

Andréa Cabral Rios

**“Só eu posso, mas não posso sozinho”: dimensões psicossociais de
um tratamento para dependentes químicos na cidade de
São João del-Rei.**

São João del-Rei
2011

Andréa Cabral Rios

**“Só eu posso, mas não posso sozinho”: dimensões psicossociais de
um tratamento para dependentes químicos na cidade de
São João del-Rei.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Sócio-Educativos

Orientador: Prof. Dr. Marcos Vieira-Silva

Coorientadora: Profª. Dra. Marília Novais da Mata Machado

São João del-Rei
PPGPSI - UFSJ
2011

A Mercês Cabral Rios, pelo amor incondicional, exemplo de dedicação.
A Ernesto de Paula Rios, homem da minha vida, exemplo maior de renascimento.
À Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos de São João del-Rei, casa
primeira que me permitiu descobrir uma vocação e plantou a semente do amor por uma causa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Poder Superior, meu refúgio, terapeuta maior. Aos meus pais, Mercês Cabral Rios, exemplo de dedicação e amor incondicional. Meu pai, Ernesto de Paula Rios, meu orgulho, exemplo de superação, que nos meus 26 anos me permitiu vivenciar o que é realmente ter um PAI: amigo, companheiro, homem da minha vida, instrumento de Deus que me levou à minha vocação. À minha avó, Maria, sempre presente e a todos familiares que me deram força e apoio. Às amigas – Rita, Aliane, Eliza, Mirele, Pati – que me permitiram entender que as verdadeiras amizades permanecem mesmo a longas distâncias e com o passar do tempo. A Adriana Alves de Sales, por abrir horizontes.

A Walter Melo Junior, pelo companheirismo e incentivo à realização desse sonho. Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Silva Vieira-Silva, por ter acreditado no meu potencial e pelo voto de confiança para realizar esse desafio. À Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria de Oliveira Cintra, pelo apoio à docência. A Prof^ª. Dr^ª. Marília Novais da Mata Machado, pela dedicação e paciência. Ao amigo Roger pela ajuda nos momentos de aperto. À Universidade Federal de São João del-Rei, que vem me proporcionando cada vez mais aprendizado, abrindo possibilidades e meios de concretização de meus ideais e projetos.

Agradeço a toda APADEQ – Vila Esperança – que abriu suas portas a meu pai e a mim: casa de concretização da minha identidade profissional. À Sra Zélia Maria de Mendonça, Sr. Rogério Godoy, Sr. Nazareno, a toda a diretoria e administração, que acreditaram no meu potencial e me deram a oportunidade de viver nesse terreno que guiou meus primeiros passos como terapeuta em dependência química. Agradeço à equipe terapêutica: Sérgio, Jaílton, Wander, Rômulo, Marco Antônio, Ronaldo, Carlos e Patrícia. Mais do que colegas de trabalho, eu encontrei neles verdadeiros amigos que me acolheram com o maior carinho e que me proporcionaram um inestimável aprendizado. Às amigas Maurielle e Mercês, pela gostosa experiência no ambulatório. Tenho certeza de que os laços que nos unem são maiores do que aqueles que nos afastariam.

A todos participantes desta pesquisa, funcionários e pacientes que deram sua contribuição a este estudo, que me permitiram por esses dois anos conviver na atmosfera de Vila Esperança e

conhecer nuances da dependência química e de uma instituição, o meu verdadeiro muito obrigado por toda essa experiência profissional, pessoal e afetiva que vivenciei.

Agradeço à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT – Instituição Padre Haroldo pelo imensurável aprendizado e indescritível experiência pela qual passei. Espero revê-los em breve!

Agradeço à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP pela abertura de horizontes que o curso de especialização em dependência química tem me apresentado.

Ao Prof. Geraldo Luis Oliveira de Resende que plantou uma semente e semeou o meu sonho de dar continuidade ao seu trabalho.

A todos os companheiros de viagem que me acompanharam na subida de mais esse degrau da minha escalada, fica aqui registrado os meus mais sinceros sentimentos e agradecimentos.

Todo mundo viu como eu cheguei aqui né. Você, todos os terapeutas, companheiros que me viram entrar aqui. Como eu cheguei, todo debilitado, doente, fraco né, cabeça toda atrapalhada, a minha vida uma bagunça, sabe? Totalmente entregue pra morte, pra falar a palavra mais clara. [...] Depois que eu saí da Santa Casa que eu tive alta que a médica falou assim que se eu voltasse a beber que eu ia morrer, que naquele dia eu ainda tinha mais quatro companheiros, três companheiros comigo no quarto de internação na Santa Casa. E nesse dia eles tiveram alta. Era uma sexta-feira que nem é hoje. E eu não sabia que ia receber alta. E quando essa médica falou essas palavras com a Aline, que se eu bebesse que eu não ia aguentar, eu ia morrer, porque o meu pâncreas já tava debilitado, quando eles foram embora eu passei a ficar sozinho dentro do quarto e um deles tinha usado televisão, já tava paga pra eles deixarem a televisão no quarto, apesar que a minha irmã ia pagar pra mim pra ficar com a televisão no quarto, aí o mesmo chegou e falou pra mim: “Ó.. Eu vou deixar a televisão aqui pra você. Tá paga até tal dia. Aí quando você tiver alta você fala que a televisão tá paga aí é só você mostrar o recibo”. Eu falei: “Tudo bem”. Então quando chegou à noite, eu ficava com aquela dor bruta no estômago, que doía tudo, eu fiquei sozinho naquela sala escutando aqueles gritos de outras pessoas que chegavam, sentindo muita dor, pedindo socorro, então aquilo tava me deixando muito conturbado, entendeu? Eu fiquei assim.. pensando assim que talvez já tava chegando a minha hora de deixar essa vida, entendeu? Partir dessa vida pra outra que era pra morte... Então eu decidi nessa hora me entregar minha vida pra Deus de corpo e alma do jeito que concebíamos, sabe? Pedindo pra ele que me desse uma chance de quando saísse de lá de me enviar dentro da APADEQ de corpo e alma também pra que a minha recuperação seja... fosse mais severa na minha mente né... e pra mim quando eu saísse daqui eu voltar lá... conseguir usar todas as ferramentas que eu consegui aqui lá fora pra mim ter uma nova reformulação de vida, conquistar a confiança de todas aquelas pessoas que eu perdi [...] Então hoje eu tô aqui, graças a Deus, com uma luta muito, muito difícil, uma luta com muitas batalhas, porque eu vivo no.. em volta do... eu convivo com o álcool ainda... com a minha família que algumas pessoas que ainda tem o problema com a bebida. Então eu aprendi a conviver com esse, com esse ritmo, mas é eles pra lá e eu pra cá, tá entendendo? Eu procuro assim, conversar com eles assim com uma maneira sem... sem ofender, sem humilhar, entendeu? Sem esquecer também que eu sou um doente alcoólico. Então isso pra mim me fortalece muito. Então graças a Deus que eu estou aqui e agradeço muito os... todos os terapeutas aqui da APADEQ, os companheiros que estive comigo quando eu cheguei, quando eu saí, aqueles que convivem comigo lá fora nas reuniões, na família, principalmente que me dão maior apoio [...] Então tudo aquilo que eu perdi, veio pra mim de uma forma assim muito rápida e eu consegui segurar assim, mas não com muita euforia, mas com uma, de uma forma que eu segurei com tanto, com tanta, assim com tanto jeito que deu tudo certo pra mim.

(Paciente 6. Primeira entrevista realizada com os pacientes)

RESUMO

O presente trabalho buscou identificar processos psicossociais subjacentes a uma modalidade de tratamento da dependência química na cidade de São João del-Rei – Minas Gerais. Este estudo se justifica pela variedade de abordagens existentes hoje para a problemática da dependência química e a escassez de trabalhos embasados teoricamente sob a perspectiva da Psicologia Social. Como referenciais teóricos, utilizamos principalmente os conceitos de identidade, processo grupal e afetividade, nos trabalhos de Baró (1989), Ciampa (1994, 1997), Lane (1997a, 1997b, 1997c, 1997d, 2008), Pagès (1976) e Vieira-Silva (2000). Foram realizadas entrevistas com pacientes, terapeutas e monitores da instituição, personagens diretamente envolvidos no processo de tratamento e recuperação. As entrevistas foram analisadas sob os referenciais da análise de conteúdo de Bardin (2009). A partir das representações trazidas pelos entrevistados, identificamos cinco categorias de análise que nortearam nossas interpretações: identidade, reflexões sobre o uso de drogas, vivências e processos individuais do tratamento e recuperação, vivências e processos grupais do tratamento e recuperação, sentido da recuperação e sentimentos pessoais. As respostas mais expressivas apontaram que o paciente em tratamento se conscientiza de que dependência química é uma doença e de que ele é um doente, um dependente químico. Apontaram também que, no processo de recuperação, o paciente aprende a lidar com suas dificuldades e seu desejo de usar drogas. Já em relação aos processos grupais, destacaram a importância do grupo de mútua-ajuda no processo de tratamento e recuperação, as mudanças benéficas nos relacionamentos familiar, amoroso e de trabalho, a mútua-ajuda entre os pacientes no processo de recuperação e a aprendizagem através das semelhanças e diferenças entre os pacientes. Tais resultados nos permitiram refletir melhor sobre a dinâmica do processo de tratamento e identificar dimensões importantes ao processo de recuperação. A literatura utilizada não somente permitiu compreender e analisar tais dimensões psicossociais como também comprovou a possibilidade da Psicologia Social contribuir no tratamento da dependência química.

Palavras-chave: Psicologia Social, processo grupal, dependência química.

ABSTRACT

The actual study aims at identifying underlying psychosocial processes at an addiction's treatment modality in the city of Sao Joao Del Rei – Minas Gerais. This study justify itself for the variety of existing approaches for the addiction's problematic and the shortage of studies theoretically grounded from the view of Social Psychology. As theoretical reference we use concept of identity, affection and group process, in the works of Baró (1989), Ciampa (1994, 1997), Lane (1997a, 1997b, 1997c, 1997d, 2008), Pagés (1976) and Vieira-Silva (2000). Interviews were conducted with patients, institute therapists and monitors, characters directly involved in the treatment and recovery process. The interviews were analyzed beneath the Bardin (2009) referential content analysis. Based on the representations brought by the interviewed, we identified five categories of analysis that directed our interpretations: identity, reflections on drugs use, experiences and individuals processes of the treatment and recovery, experiences and group process of the treatment and recovery, meaning of recovery and personal feelings. The most expressive answers pointed that the patient in treatment awareness that the addiction is a disease and he is a sick person and chemistry addict. The answers pointed too in the recovery process, the patient learns to face his difficulties and his wish for drugs. In relation to group processes, the highlight is the importance of the group of mutual help in the treatment and recovery processes, the beneficial changes in family, love and work relationship, the mutual help between patients in recovery process and the learning through similarities and differences. These results allowed better considerations about the dynamic treatment process and identify important dimensions to the recovery process. The literature used allowed to understand and analyze these psychosocial dimensions as too prove the possibility of Social Psychology helps the addiction's treatment.

Keywords: Social Psychology, group process, addiction.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO UM PROBLEMA SOCIAL	16
3. ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – NARCÓTICOS ANÔNIMOS E O MODELO MINESSOTA	25
4. A INSTITUIÇÃO	35
4.1 Descrição das atividades no tratamento residencial de Vila Esperança	40
4.2 Descrição dos Procedimentos Terapêuticos	40
5. A IMPORTÂNCIA DO GRUPO NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO	50
6. OBJETIVOS	57
6.1 Objetivo geral	57
6.2 Objetivo específico	57
7. CAMINHOS PERCORRIDOS – O MÉTODO	59
8. RESULTADOS E DISCUSSÕES	74
9. POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES	106
10. CONCLUSÕES	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
ANEXO	133
APÊNDICES.....	cd

1. INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade, o consumo abusivo de substâncias era considerado característico de um comportamento pecaminoso e imoral. Marques (2001), em seu estudo sobre a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas aponta essas como as primeiras considerações que se fez a respeito dos alcoolistas. No século XVIII, iniciaram-se as discussões entre os modelos de alcoolismo enquanto doença versus o conceito moral, mas foi somente no início do século XIX que a primeira concepção se consolidou, abrindo caminho para a reflexão a respeito do uso abusivo de outras substâncias. Em 1952, o alcoolismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) e as edições subsequentes já apresentavam uma divisão segundo as categorias de uso habitual, abuso e dependência. Atualmente, o conceito de dependência de álcool e outras substâncias está consolidado nos códigos internacionais – Código Internacional de Doenças (CID), em sua décima versão (American Psychiatric Association, 2002) e Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-IV TR), em sua quarta edição revisada (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Apesar das padronizações presentes hoje no diagnóstico da dependência química, ainda constatamos atitudes relacionadas ao alcoolismo e à dependência de outras drogas que expressam a consideração delas, não como uma patologia, mas sim como uma falta de moral, fraqueza ou falta de personalidade que conseqüentemente acarretam a estigmatização, discriminação e o preconceito. Por outro lado, vivemos um assombroso aumento da drogadição em nosso cotidiano. Cada um de nós conhece certamente alguém que abusa de álcool, outras drogas ou já foi vítima fatal desse problema que hoje se constitui num dos maiores desafios de nossa atualidade.

A sociedade sofre com as mortes, acidentes, tráfico, roubos, sequestros, assaltos, assassinatos e prisões ocasionados pelo aumento desenfreado do número de usuários, abusadores e dependentes de drogas. Conseqüentemente, cresce a demanda por políticas públicas voltadas para a prevenção, o controle do uso de drogas e por tratamento daqueles que conseguem pedir ajuda antes que seja tarde. Nós, enquanto psicólogos sociais, comprometidos ética e politicamente com os problemas que afetam nossa sociedade, não temos como fugir dessa questão e deixarmos para que apenas os psicólogos, ditos, clínicos, intervenham nos processos individuais de cada sujeito.

Ao final da graduação elaborei o anteprojeto de pesquisa intitulado “Representação Social da Velhice: uma análise de grupos de idosos de São João del-Rei”, para o processo seletivo do mestrado da Universidade Federal de São João del-Rei. Paralelamente, em minha vida pessoal, fui surpreendida, pela manifestação mais aguda da dependência química de meu pai, sua hospitalização e internação em um centro de tratamento. Foi um período em que não somente tomei consciência da gravidade do problema como também de sua influência em minha formação enquanto pessoa. Mesmo com a condição de familiar de um paciente, as visitas semanais ao centro me permitiram lançar um olhar sobre o tratamento oferecido a partir da formação que estava concluindo. A partir dessa situação tomei conhecimento sobre a realidade da dependência química e passei a interessar-me por essa área.

Fui aprovada no Programa de Mestrado e, concomitantemente ao início das aulas consegui a permissão para realizar um treinamento em Vila Esperança, centro de tratamento para dependentes químicos mantido pela APADEQ – Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos. Foi no processo contínuo de estar em contato com essa realidade que me ocorreu uma desconstrução, na qual duas temáticas, a acadêmica, referente à Terceira Idade, e a profissional, da Dependência Química, tornaram-se inconciliáveis. Assim, foi-se ampliando a necessidade, ou melhor, a ansiedade de englobar em uma só temática a prática cotidiana que estava vivenciando com meus estudos na pós-graduação. Nesse dilema em que me encontrava, obtive o apoio de meu orientador, Prof. Dr. Marcos Vieira-Silva para propor o desafio de mudar meu campo de estudo para a questão da Dependência Química e, mais do que isso, estudá-la sob a perspectiva da Psicologia Social. Sendo assim, é nesse misto de desafio e paixão pela identidade de terapeuta em dependência química que construímos este trabalho.

Desde meus primeiros contatos com o modelo de tratamento oferecido em Vila Esperança, observei que, apesar do pré-conceito vindo da graduação de que a Dependência Química era uma área da Saúde Mental, nessa instituição, o componente grupal constitui um dos pilares da modalidade de tratamento. Baseada na constatação de que, mesmo as intervenções individuais enfocam as relações que o sujeito estabelece com os outros pacientes como suporte à recuperação, senti-me instigada a estudar mais criteriosamente as dimensões psicossociais de tal processo.

Em toda minha graduação minha grande dificuldade esteve em conceber separadamente o individual do coletivo, a saúde mental do social. Considero que não há como conceber um sujeito separado de suas determinações concretas, históricas e culturais, das relações que ele estabelece com os outros, com seus grupos de pertença e as instituições que permeiam essas relações. Partindo desses pressupostos me identifiquei à Psicologia Social, na medida em que concebo também que o contato direto e prolongado com uma realidade não representa um entrave à constituição do saber, mas sim um elemento primordial à compreensão das inter-relações que emergem nesse contexto e que permitem captar os significados dessa experiência pelos diversos atores envolvidos no processo. Assim poderei obter um maior grau de correspondência à realidade, o que me permitirá auxiliar esses sujeitos a se tornarem conscientes de seus determinantes, impulsionando-os à transformação da realidade que os segrega.

No decorrer da construção do projeto de pesquisa, pude constatar que muitas das questões levantadas quanto à compreensão da dependência química e do processo de mudança das pessoas em um centro de tratamento eram semelhantes às questões levantadas por psicólogos quando começaram a questionar a validade e aplicação da “psicologia norte-americana” às questões da América- Latina. Observava que tanto o início do uso de drogas quanto o estabelecimento de uma situação de dependência continham em si uma mescla de componentes individuais e sociais em que o outro, o grupo, a família, a sociedade como um todo são partes imprescindíveis à compreensão dessa questão que não poderia ser analisada levando-se em conta somente o indivíduo. Do mesmo modo, tais elementos contribuem de forma decisiva tanto para a manutenção de uma abstinência instaurada no tratamento como também para uma possível recaída.

Durante toda minha graduação, vivenciei o embate de perspectivas: Saúde Mental, Psicanálise, Psicologia Social, Comportamental, Fenomenologia, Paradigmas Quantitativo e Qualitativo. Por diversas vezes, onde se colocavam oposições, via um diálogo ou simplesmente formas diferentes de se falar de um mesmo dado. Onde se colocavam pontos extremos, via a possibilidade de ambos se complementarem. Enfim, em vez de seguir tais mecanismos enraizados e passar a ser “discípula” de uma determinada corrente teórica, deixei-me beber nas mais diversas fontes que a Psicologia me proporcionou e somente depois de minha graduação, já no mestrado e no trabalho prático em tal instituição, encontrei maiores aproximações entre o que estava vivenciando e o

referencial teórico para o qual me enveredava e nesse contexto encontrei dúvidas e saídas que aqui exponho.

Tal como apontado por diversos autores, sob organização de Campos e Guareschi (2007) em *Paradigmas em Psicologia Social: a perspectiva latino-americana*, a questão que norteia o presente estudo é a possibilidade da Psicologia Social contribuir para a compreensão do problema da dependência química, para a busca por tratamento e mudança de vida de muitas pessoas.

Em minhas observações, antes mesmo de ingressar na APADEQ como terapeuta em dependência química, constatei que o estudo do indivíduo descontextualizadamente não conseguiria abarcar determinadas nuances dessa doença, como o processo de recaída ou de recuperação. Considerei que o lugar do outro, do grupo, do meio social ficaria deixado de lado. O companheirismo, a troca de experiências permitia a constituição de um novo sujeito, o desenvolvimento de um novo papel por intermédio das relações estabelecidas. Considero essa parte essencial e até decisiva do processo. Outro ponto observado na prática cotidiana estava no saber constituído, de profissionais que não detinham o saber acadêmico, mas que conheciam algo que ia muito além de qualquer teoria pré-concebida, nas relações estabelecidas em sua história de vida e no cotidiano de suas funções. Nesse ponto, questionei-me sobre a relação teoria e prática, pois estava acostumada a abastecer-me de teoria para depois ir a campo. Nesse contexto vi que ambos podiam retroalimentar-se sem um impor superioridade ao outro, muito pelo contrário, por diversas vezes pareceu-me que o saber prático, de vivência, conseguia alcançar, tocar melhor essas pessoas. Por outras, o saber acadêmico parecia exercer maior poder, mas enfim, aprendi também que a questão do saber não deve ser manifestada como uma questão de poder, mas como uma ferramenta de auxílio, de ajuda.

A partir dessas e de outras questões, nos propusemos a uma discussão em que exponho elementos de minha prática cotidiana enquanto terapeuta iniciante na área de dependência química e também de mestranda, sob o referencial da Psicologia Social. Foi nessa articulação que pretendemos não somente compreender melhor a realidade de Vila Esperança, centro de tratamento em que atuei por cerca de dois anos, mas também fornecer elementos para que outros profissionais, que muitas vezes saem da academia contaminados por prescrições e pressupostos descontextualizados, possam questionar tal postura e assim melhor contextualizar seus ambientes

de trabalho, compreender a realidade sem deixar de lado suas peculiaridades, sua cultura, suas representações e significados.

Minha relação com esse estudo e essa área – a dependência química – é bem descrita por P. Freire (1977/1982, p.20¹). Uma sensação de encontro, reconhecimento, satisfação e prazer em estar em contato com essas pessoas, compartilhando vidas e auxiliando-as na resolução de seus problemas. É nesse envolvimento entre pesquisador e pesquisado que se encontra o diferencial dessa proposta. O envolvimento não é visto como algo que prejudica a credibilidade da pesquisa, mas sim elemento que garante o comprometimento ético e o desejo de contribuir verdadeiramente com a mudança de tal condição opressora.

Não posso conhecer... [uma realidade como coisas que] puramente aterrissam em meu ser ou se, considerando-me um espaço vazio, pretendo enchê-lo com elas. Esta seria a melhor maneira de... esvaziá-la, de negá-la, de roubar-lhe o dinamismo ... Pelo contrário, conheço... [uma realidade], bem ou mal, na medida em que, bem ou mal... [a] vivo. Experimento... [a realidade, e nela] me experimento na prática social de que participo historicamente, com os seres humanos

O problema da dependência química é multicausal. Não se desenvolve apenas a partir de predisposições biológicas ou psicológicas, mas também a partir de contingências históricas e culturais de sujeitos sociais, constituídos pela confluência de suas múltiplas determinações em função dos grupos aos quais pertence e que constroem suas concepções, representações e formas de se colocar no mundo.

Pensando nesses sujeitos sociais torna-se indispensável lançarmos um olhar psicossocial sobre o dependente químico e sobre o tratamento oferecido a ele, procurando identificar os processos subjacentes ao tratamento que podem estimular ou dificultar a recuperação das pessoas. Sendo assim, nos propusemos a um estudo que buscou adentrar a realidade da dependência química da cidade de São João del-Rei, a partir de um recorte sobre Vila Esperança, centro de tratamento mantido pela Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos. Buscamos investigar e analisar quais são os processos psicossociais subjacentes a essa modalidade específica de intervenção que podem ter influência sobre uma possível metamorfose na identidade dos sujeitos. Sob o referencial da Psicologia Social, buscamos também descrever e compreender a realidade em foco, destacando situações que cotidianamente ocorrem em uma instituição de tratamento

¹ Esse texto compunha-se de notas a quatro jovens seminaristas alemães.

para dependentes químicos e como os autores utilizados podem contribuir para o entendimento da questão da dependência química e o tratamento de pacientes e familiares.

2. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO UM PROBLEMA SOCIAL

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, realizado em 2008 pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC, 2008), os países em desenvolvimento presenciam um elevado consumo e aumento da oferta de drogas, o que pode “aumentar a taxa de dependência química, diante dos preços mais baixos e da maior pureza nas doses”. Para os países em desenvolvimento, isso representa uma grande ameaça que deve ser enfrentada com cooperação técnica, serviços de prevenção ao abuso de drogas, tratamento e segurança pública.

O Relatório do UNODC (2008) revela que os maiores volumes de maconha apreendidos na América do Sul e o aumento mais importante no consumo de maconha na América Latina foi encontrado no Brasil. A prevalência anual do uso de maconha (uso pelo menos uma vez no último ano) aumentou de 1% da população entre 12 e 65 anos em 2001 para 2,6% dessa população em 2005. O Brasil é o segundo maior mercado de cocaína das Américas: a prevalência anual passou de 0,4% da população entre 12 e 65 anos em 2001 para 0,7% em 2005. As regiões Sudeste e Sul são as mais afetadas pelo consumo de cocaína e o aumento do tráfico na região Sudeste pode indicar maior disponibilidade nessa área. No que se refere ao consumo de anfetaminas combinado com o consumo de êxtase, na América do Sul, os índices mais elevados de prevalência anual foram obtidos no Brasil. Já com relação ao uso de estimulantes, em 2006, Argentina, Estados Unidos e Brasil lideraram os índices.

Segundo Burns (2002, p.24) a dependência química é uma doença multifacetada. Baseado na definição elaborada pela Sociedade Americana de Adicção, a conceitua como

uma doença crônica... cujo desenvolvimento e manifestação são influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais. A doença é frequentemente progressiva e fatal. Caracteriza-se por uma contínua ou periódica perda de controle, pela obsessão... e distorções na maneira de pensar, principalmente a negação.

No que se refere aos critérios diagnósticos para dependência de substâncias, Ribeiro (2011) aponta que os códigos de classificações internacionais – Código Internacional de Doenças (CID), em sua décima versão e Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM) – utilizaram o conceito de síndrome da dependência do álcool, de Edwards e Gross (Edwards,

Marshall & Cook, 2005) para classificação dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Destaca que, nos últimos cinquenta anos, se aproximaram do ponto de vista metodológico.

São sete os elementos-chave para compreensão da síndrome de dependência do álcool:

- Estreitamento do repertório
- Saliência do beber
- Aumento da tolerância ao álcool
- Síndrome de abstinência
- Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência
- Consciência subjetiva da compulsão por beber
- Reinstalação da síndrome da dependência (Edwards *et. al.*, 2005)

Uma síndrome refere-se a um conjunto de sinais e sintomas de uma patologia. O estreitamento do repertório ocorre na medida em que o estado de dependência avança. Inicialmente, no caso do álcool, a pessoa o consome “socialmente”: em eventos, festas, sem uma regularidade. Com o avançar dos estágios e desenvolvimento da dependência esse uso vai, cada vez mais, aumentando, tornando-se cada vez mais frequente. Assim, o repertório de comportamentos e situações nas quais a pessoa participa vai, cada vez mais, sendo ocupado pelo uso ou por situações relacionadas. Em estágios mais avançados de dependência de álcool, por exemplo, vemos aquelas pessoas que abandonam sua vida (pessoal, profissional e social) e passam a maior parte do tempo bebendo. No caso de outras drogas, são grandes os exemplos de pessoas que deixam suas famílias e o trabalho para viver em situação de mendicância e criminosa para adquirir e utilizar a droga. Sendo assim, o segundo elemento citado – saliência do beber – complementa o estreitamento do repertório. Na medida em que a pessoa passa a ocupar uma maior parte do seu tempo e suas atividades com o uso, ele passa então a se destacar em relação a outros elementos de sua vida: o sujeito fica cada vez mais tempo no bar e gasta cada vez mais dinheiro com bebidas, por exemplo.

A tolerância é um processo biológico de adaptação do organismo à droga. Podemos dizer que ele vai fazendo tais adaptações para alcançar determinado equilíbrio, apesar da descompensação provocada pela substância.

A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas resultantes da descompensação provocada no organismo pela retirada abrupta da droga. Quando a pessoa vai fazendo uso contínuo do álcool, o organismo busca meios de adaptar-se a essa condição e manter um

equilíbrio (tolerância). Com a retirada da droga, o organismo que tinha criado meios de estabilidade com a presença dela, novamente se desestabiliza. Assim, na maioria das vezes, a pessoa volta a usar a droga buscando cessar essas sensações desprazerosas, como tremor, ansiedade, caracterizando o quinto item da síndrome de dependência – o alívio ou evitação dos sintomas de abstinência – e muitas vezes ele passa a fazer o uso, não buscando sensações prazerosas como anteriormente, mas sim para melhorar as sensações desprazerosas acarretadas pela abstinência.

A consciência subjetiva da compulsão para beber é a percepção do paciente de sua relação com o álcool, a sensação de perda de controle, muito destacada pela literatura de grupos anônimos e de extrema necessidade do uso.

A reinstalação da síndrome de dependência ocorre quando a pessoa tem uma recaída (volta ao uso), após um período de abstinência. Nesse sentido, em um intervalo de tempo que varia de pessoa para pessoa, ela volta a desenvolver a síndrome de dependência tal como antes da abstinência.

Ribeiro, Laranjeira e Messas (no prelo) fazem um paralelo entre as classificações do CID-10 e do DSM-IV:

Critérios do CID-10 e DSM-IV para dependência de substâncias	
CID-10	DSM-IV
Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito se três ou mais dos seguintes requisitos são experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:	Um padrão mal-adaptativo de uso de uma substância, levando a prejuízo clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:
<ul style="list-style-type: none"> a) um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância; b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo; c) um estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou o uso de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; d) evidência de tolerância, de tal forma que 	<ul style="list-style-type: none"> (1) tolerância, definida por um dos seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> (a) necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado (b) efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância. (2) abstinência, manifestada por um dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> (a) síndrome de abstinência característica da substância (b) a mesma substância (ou outra bastante

- doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- e) abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
 - f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).
- parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
- (3) a substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o pretendido
 - (4) existe um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância
 - (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos
 - (6) importantes atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância
 - (7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância
-

Como já foi dito, o tanto o DSM-IV quanto o CID-10 partiram das definições de síndrome de dependência do álcool, de Edwards e Gross para classificar a dependência de substâncias. Isso justifica as similaridades entre elas.

Gitlow (2008) observa que a dependência química manifesta-se de forma fisiológica e psíquica. A dependência fisiológica está presente na reação de crescente tolerância em relação à substância que tem como consequência o aumento da quantidade utilizada e a diminuição de seus efeitos, bem como as reações de abstinência quando cessado o uso, enquanto a dependência psicológica tem um efeito mais duradouro e pode se constituir num grande entrave à recuperação, principal ponto de tratamento.

O desenvolvimento da tolerância se dá na medida em que o sujeito passa a ingerir quantidades cada vez maiores da substância e em maior frequência, para produzir determinado efeito. Essa doença inicia-se com o uso recreacional, para interagir com um determinado grupo de pessoas (constituindo hoje uma convenção social), para descontraír, ficar mais solto etc. Nessa fase, chamada de “fase do uso social”, o uso da substância é apenas um componente do cotidiano da pessoa até mesmo podendo representar um elemento facilitador de relações interpessoais. Em alguns casos, já no início do uso o indivíduo apresenta situações de descontrole ou abuso, mas essas ocorrem em intervalos de tempo maiores. Essa situação pode arrastar-se por anos e a condição de dependente se manifestar muito tempo depois, quando as perdas, os comportamentos

inadequados e dificuldades interpessoais já atingem um nível insuportável, principalmente para aqueles que convivem com o sujeito.

A abstinência ocorre quando, diante do uso contínuo da substância o sujeito sente reações desagradáveis na sua ausência e, assim, passa a administrá-la como uma tentativa de “melhorar” tal estado. Os sintomas da abstinência, isso é, da ausência da droga, são evidenciados por tremores em alcoolistas, por exemplo, podendo manifestar-se também por sensações de ansiedade, nervosismo, irritação, insônia, chegando até a alucinações e delírios, podendo vir a constituir um quadro clínico denominado síndrome de abstinência (Kaplan, Sadock & Sadock, 2007).

Como já dito, algumas pessoas, já no início do uso apresentam uma condição de abuso em que a quantidade ingerida e os efeitos se elevam a ponto de causar alguma situação constrangedora ou fora do comum para ele, como reações físicas de vômito, sonolência profunda ou embriaguez, um acidente automobilístico ou algum constrangimento para si ou para os outros. No caso do dependente químico, mesmo diante desse “alerta inicial”, ainda continua utilizando a substância e assim, colaborando com a progressividade da doença. Para outras pessoas, tal quadro de abuso pode não ser evidenciado inicialmente e a doença vai se desenvolvendo silenciosamente no decorrer de meses, anos ou até décadas².

A questão da busca por controle é outro aspecto importante a ser destacado em relação à toxicomania³. Diante de um grande desejo de consumir a substância, o dependente, frequentemente se vê compelido a controlar a vontade e a frequência ao uso. O que ocorre na fase mais aguda da doença é que ele já não consegue mais controlar e, assim, o uso que era recreacional ou um elemento a mais em seu lazer, passa a ocupar, cada vez mais, áreas e momentos do dia-a-dia não utilizados antes, como dias de semana, horários de trabalho e estudo etc. O dependente químico passa a utilizar grande parte do seu tempo para adquirir a substância, utilizá-la repetidas vezes e, posteriormente, para recuperar-se de seus efeitos. Podemos dizer que a vida do sujeito vai se restringindo, de forma cada vez mais sorrateira, ao uso da substância. Vai deixando de atuar nas diversas áreas de sua vida – familiar, afetiva, profissional, educacional, de auto-cuidado – para dedicar-se somente ao uso da substância. Sendo assim, o dependente químico

² Os critérios diagnósticos para abuso de substâncias podem ser encontrados em Kaplan, Sadock & Sadock, 2007.

³ Neste trabalho utilizaremos também os termos toxicomania / toxicômano, adicção / adicto em referência à dependência química e dependentes sem fazer distinção entre tais terminologias.

em sua fase mais aguda é aquele que passa a utilizar grande parte de seu tempo destinada a outras atividades para o uso, desempenhando em diversas áreas de sua vida exclusivamente o papel de usuário de drogas (onde se inclui o álcool) e, mesmo diante da evidência de todos os prejuízos causados pelo uso abusivo de substâncias, ele não consegue mais sair dessa condição. Nesse estágio, diz-se que a pessoa já “vive para usar e usa para viver”.

Santos (2006) aponta que a toxicomania constitui-se em uma relação de “subordinação ao uso compulsivo do produto; o uso do produto como prática alienante da relação do sujeito com o mundo” (p. 14), relação de subordinação na medida em que, mesmo diante das graves consequências acarretadas pelo uso, o sujeito não consegue parar. Essa relação é criada como uma tentativa de apaziguar um mal estar e o indivíduo passa a utilizar a substância como elemento intermediador entre ela e o mundo. A relação com o meio, com o mundo fica então comprometida, pois o indivíduo não entra mais em contato com seus sentimentos, com as reações designadas pelos acontecimentos, não sabe mais lidar com o que lhe acontece, pois entre esses dois campos - o externo e o interno, coloca-se sempre a droga.

Pereira (2008) utiliza-se de outros autores para enfatizar, sob uma perspectiva psicanalítica que a droga torna-se o objeto exclusivo de desejo do toxicômano. Nessa concepção, destaca que

as relações de alteridade perdem importância e eficácia, estabelecendo-se um curto-circuito narcísico, proporcionando uma ilusão de auto-suficiência (e conseqüente retraimento de investimento no mundo exterior). O constante re-uso é uma forma de refazer a cada dia o preenchimento narcísico, que salva o toxicômano de um desaparecimento subjetivo (Ribeiro, 1997, citado por Pereira, 2008, p. 211).

Podemos resumir que o dependente químico é aquela pessoa que não consegue manter uma relação de uso equilibrado ou ocasional de uma determinada substância. Seu consumo sai totalmente do controle a ponto de restringir sua atuação social. Concomitantemente ao afetamento das mais diversas áreas de sua vida, vai perdendo também seus papéis – filho, pai, profissional, pessoa, por exemplo, perdendo assim sua própria identidade.

No distanciamento da relação com o ambiente, o outro se distancia, o social se distancia, o sujeito já não mais tem a percepção do outro nem de si, perdem-se os vínculos, perdem-se as relações, perde-se a reflexão acerca de si, perde-se sua subjetividade.

Ao se definir em relação à adicção, a irmandade de Narcóticos Anônimos coloca:

Toda nossa vida e nossos pensamentos estavam centrados em drogas, de uma forma ou de outra – obtendo, usando e encontrando maneiras e meios de conseguir mais. Vivíamos para usar e usávamos para viver. Um adicto é simplesmente um homem ou uma mulher cuja vida é controlada pelas drogas. Estamos nas garras de uma doença progressiva, que termina sempre da mesma maneira: prisões, instituições e morte (Narcotics Anonymous World Service, 2006).

Sob uma perspectiva multifatorial, pode-se dizer que o fator psicológico é constituído pela própria história de vida do sujeito, o meio social de convívio dele, bem como o meio familiar, sua história de vida com as figuras mais próximas e que servem de referência, as crenças, valores e representações construídas no decorrer de sua constituição enquanto pessoa, suas experiências e seus grupos de referência. Sendo assim, além do tratamento medicamentoso e de desintoxicação, nem sempre necessários, é imprescindível à recuperação do dependente químico que ele tome consciência de sua condição de doente, do ponto em que sua vida chegou pelo uso abusivo da substância e, conseqüentemente, das perdas acarretadas e danos trazidos a si próprio e às pessoas de convívio. Nesse processo, devem ser repensadas suas formas de se colocar no mundo, suas representações e crenças

A progressividade envolve então não somente o desenvolvimento da tolerância, mas também o comprometimento psíquico, emocional e comportamental na medida em que o sujeito passa a desenvolver uma série de comportamentos ligados ao uso e ocasionados pela ação da substância no sistema nervoso, alterando assim o humor e as percepções em geral, em decorrência da busca por mais substância ou para tentar amenizar seus prejuízos. A condição de dependência vai se tornando cada vez mais evidente na medida em que a identidade do sujeito vai se modificando e ele passa a exibir um padrão disfuncional em que, em alguns casos passa a se comportar de maneira agressiva, inquieta, ansiosa, progredindo para a criminalidade quando não encontra meios de manter seu uso desenfreado. Em outras situações o isolamento tem presença marcante e o sujeito passa a não manifestar mais nenhuma reação com a realidade e as atividades cotidianas, restringindo seu comportamento ao uso. Em grande parte das situações encontra-se presente a perda das relações interpessoais e da auto-estima.

Apesar da evidência dessas conseqüências, a negação é um dos elementos característicos de tal psicopatologia e constitui uma das maiores barreiras à procura por tratamento, pois o indivíduo, a todo o momento busca meios para se defender de sua realidade e aceitar essa condição, que

implicaria na necessidade de abster-se da substância com a qual estabeleceu uma relação tão estreita e afetuosa.

Seguindo a perspectiva do conceito de identidade, tal como proposto por Ciampa (1994, 1997, 2006), podemos dizer que o dependente químico vai modificando sua identidade, perdendo papéis e transformando-se unicamente em um dependente químico, um “viciado ou drogado”, tal como colocado pelo senso comum. Essa condição vai sendo gradativamente reforçada pelos efeitos da substância, pelo encontro de um novo grupo de usuários que também estão na mesma situação, chamados de “amigos”. Em outros casos, essa situação se mantém pelo fato de que o sujeito encontra na situação de “desvio” um meio para ser reconhecido, seja pela família, seja pelo meio social.

Pereira (2008) corrobora essa perspectiva ao colocar que o uso de drogas constitui uma forma de produção de identidade e adquire um lugar social, o lugar do dependente, um lugar de exclusão. Em seu estudo acerca da concepção da toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível, essa autora aponta que “a assunção do significante doente proporciona um novo lugar de resposta ao sujeito, o que constitui um início de mudança” (p. 210).

A dependência química parece ser determinada, portanto, pela junção de componentes biológicos (como uma predisposição genética), sociais (as crenças e valores de nossa sociedade, que cultua o uso de álcool, por exemplo), como também pela própria personalidade do indivíduo em consonância com sua história de vida e meios de convívio que irão fornecer os seus referenciais, suas representações, bem como estimular ou inibir certos padrões de comportamento.

Pereira (2008) sugere que a concepção de toxicomania como doença incurável é algo apreendido durante o tratamento que possibilita uma limitação, mas ao mesmo tempo abre uma reflexão para as possibilidades e sustenta uma continuidade no tratamento no sentido de um autocontrole permanente. Como a própria autora conclui, em vez de representar uma imposição, essa condição aponta para “uma nova possibilidade de identidade a ser construída” (p. 217).

Para o tratamento da dependência química, pressupõe-se que essa se manifesta por um padrão de comportamento inadequado e destrutivo que foi adquirido e mantido no decorrer da história de vida do sujeito em relação a seus grupos de pertença, por representações e crenças instauradas

pelo intermédio do outro em um processo interpessoal de aprendizagem. Do mesmo modo, consideramos que o caminho inverso possa ser realizado, não pela busca de causas, mas pela modificação e controle dos sintomas que se dá pela mudança de crenças a respeito do uso de substâncias e pelo desenvolvimento de um novo estilo de vida, alternativo à adicção. Pelo desenvolvimento de novos papéis criados e desenvolvidos no tratamento, mantidos no cotidiano, pela inserção em um novo grupo de referência que dê suporte às mudanças, considera-se que seja possível paralisar o processo da dependência química.

Somente quando o tóxico é deslocado da posição de suposto objeto ideal na relação com o sujeito é que fica um buraco' (Conte, 2002, p.39)... é necessário que o paciente faça o luto de um objeto que nunca foi a droga, admitindo que sempre esteve perdido. A interdição desse objeto para sempre perdido deve se dar pela reconstrução de uma lei e não mais pela intervenção do tóxico, isso permitirá que o desejo ressurgja, ocorrendo assim a transformação do dito toxicômano em um sujeito propriamente desejante (Pereira, 2008, p. 212).

3. ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – NARCÓTICOS ANÔNIMOS E O MODELO MINNESOTA

O tratamento oferecido em Vila Esperança é baseado no Modelo Minnesota, desenvolvido na década de 30 nos EUA, fundamentado nos “Doze Passos” de Alcoólicos Anônimos. Minnesota foi o estado americano onde tal modelo se desenvolveu. Sua história confunde-se com a própria história de Alcoólicos Anônimos, que forneceu os princípios básicos a essa modalidade de tratamento e recuperação para dependentes químicos.

Alcoólicos Anônimos é uma irmandade constituída por pessoas que tem o desejo de se recuperar do alcoolismo. Foi fundado por Bill Wilson e Robert Smith Holbrook⁴ (Bob), em 1935. Burns (2002) faz referências às contribuições de Carl Jung no que se refere à necessidade de uma experiência espiritual e religiosa na recuperação.

Bill era analista financeiro, tido como gênio em Wall Street. Membro de uma família tradicional americana, desde a adolescência se apegou ao que chamava de “elixir da vida” (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 48). Episódios de abuso, ressacas, vexames, tentativas de abstinência e recaídas eram constantes na vida de Bill. Em outubro de 1929, diante de uma queda da Bolsa de Valores no mercado financeiro americano, Bill perdeu tudo e juntamente com sua esposa teve que mudar radicalmente seus níveis de vida, o que para ele foi motivo para um descontrole ainda maior no uso de álcool. Conseqüentemente à sua dependência, foi hospitalizado por quatro vezes, tal como apontado por Opperman (2005).

No verão de 1934, Bill encontrava-se internado no Hospital Charles B. Tows mais uma vez, sob os cuidados do Dr. Silkworth, porém dessa, sem esperanças. Saindo do hospital e buscando se manter sóbrio, Bill passou inicialmente a falar com as pessoas sobre o que tinha aprendido com o médico e com sua própria experiência acerca de sua doença, o alcoolismo. Essa foi a estratégia encontrada por ele para apaziguar o medo que sentia de se embriagar, contribuindo, assim para que ele se mantivesse abstinente. Tal tentativa não foi suficiente e Bill voltou a beber ao frequentar um bar. Seu uso de álcool tornou-se ainda mais compulsivo, trazendo a ele várias

⁴ Mais detalhes sobre a biografia de Bob recuperado em 20 julho, 2011, de <http://historiacongregacional.blogspot.com/2009/01/robert-smith-holbrook-dr-bob-grandes.html>

consequências, atingindo “um fundo que nunca tinha chegado” (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 51).

Em uma tarde, Bill reencontrou Ebby, um antigo amigo que por diversas vezes o acompanhou no uso de álcool. Ao perceber que Ebby estava sóbrio, Bill tomou conhecimento sobre os Grupos Oxford, um grupo religioso cristão, de origem britânica, que na década de 20 e 30 representou “uma resposta revolucionária à reação anti-religiosa que se seguiu à Primeira Grande Guerra” (Rahm, 2005, p. XXIII). Para Rahm (2005), esse movimento era nitidamente eclesiástico e respeitava a autoridade da igreja.

Aprendi que tinha que admitir que estava derrotado; aprendi que devia fazer um inventário de mim mesmo e confessar meus defeitos a outra pessoa, em confidência; aprendi que precisava reparar os danos que eu tinha causado aos outros. Disseram-se que eu deveria encontrar uma forma de dar a mim mesmo, sem usufruir benefícios pessoais... me ensinaram que eu deveria tentar orar, para qualquer Deus, que eu achasse que tinha um poder para apoiar esses simples preceitos. E se não acreditasse que havia um Deus, então seria melhor que eu tentasse a experiência de orar a qualquer Deus que pudesse existir... assim que decidi tentar com a mente aberta, parece-me que meu problema de bebida desapareceu. [Ebby relatando sua experiência a Bill.] (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 51).

Com essas descobertas, Bill passou a não somente falar mais acerca da doença do alcoolismo como também procurar locais e pessoas que passavam por essa experiência. Foi à uma missão da Igreja do Calvário, de Sam Shoemaker, um abrigo para necessitados. No auditório, alguns se levantavam e davam seus testemunhos. Ele se levantou também e deu o seu. Apesar dessas experiências e de se sentir tocado pelas conversas que vinha tendo a respeito de seu alcoolismo com diversas pessoas, entre elas, Ebby elas não fizeram imediatamente Bill parar de usar, mas gradativamente foram tocando-o. Para Bill, essas experiências tinham como produto final a aceitação, como processo e ponto de partida o desespero, a dor, o sofrimento, a desesperança e o fundo do poço que já tinham sido sinalizadas pelo Dr. Silkworth em 1934. À medida que foi elaborando tais ideias, Bill não somente se atentou para a importância que havia na partilha de experiências entre um alcoólico e outro na busca por sobriedade, mas também surgiu daí o desejo de trabalhar com outros alcoólicos.

Bill passou a participar das reuniões do grupo Oxford, da Missão do Calvário, de Sam Shoemaker e de atividades no Hospital Tows, no qual havia sido internado anteriormente.

Juntamente com Ebby começou sua missão de busca pela salvação de dependentes, o que infelizmente não teve sucesso.

Diante de diversos problemas que vinha enfrentando, como o insucesso de seu projeto e a dificuldade em se levantar financeiramente novamente, começou a assombrá-lo a ideia de recorrer ao álcool como fuga. Nessa situação de conflito, suas experiências e discussões acerca do alcoolismo lhe vieram à tona e para evitar uma recaída, mais uma vez Bill compreendeu que sua sobriedade dependia do contato e ajuda de outro dependente. Assim, bastava procurar outro dependente e desabafar. Aleatoriamente, Bill procurou pessoas na lista de igrejas. Pelo telefone, encontrou um padre (Walter Tunks) e pediu orientação para encontrar alguém que pudesse ajudar, como por exemplo algum membro do grupo Oxford. Pelo telefone, Bill Wilson recebeu uma lista de 10 pessoas. Ao final, chegou em Henrietta Seiberling, que lhe indicou o médico Bob Smith, destacando suas várias tentativas de parar de beber.

Ao encontrar-se com Bob, Bill se lembrou das sugestões feitas pelo Dr. Silkworth que o advertiu para que não fizesse pregações a alcoólicos, não desse ordens embasadas em preconceitos. Dr. Silkworth apontou que antes de apresentar fatos médicos, Bill deveria deixar as pessoas se sentirem derrotadas e depois explicá-las acerca da obsessão que os leva a beber, embasadas na sua própria experiência. Assim Bill teve seu primeiro contato com Bob, falou primeiro a respeito de seu caso o que trouxe como consequência a identificação de Bob que viu naquela, sua própria história⁵.

Podemos dizer que foi nessa interação que se constituiu a base de Alcoólicos Anônimos. Como apontou Bill, a experiência de reciprocidade entre ambos, a experiência de mútua-ajuda em que ao mesmo tempo em que ajudava Bob, o ajudava também. Falar de sua experiência de perda de controle devido ao uso do álcool não somente ajudava o outro que via nele seu espelho, mas também o ajudava a lembrar de seu passado e direcionar seu presente. A experiência da partilha fazia os interlocutores tomarem consciência “da loucura e da morte... que o levaram a uma nova vida” (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 61).

⁵ Destaca-se que Bob manteve-se durante muito tempo depois que cessou seu uso atordoado pela vontade compulsiva de beber. Bill destaca que “levar a mensagem a outros alcoólicos, dia e noite, era a única coisa que fazia com que ele se esquecesse disso” (Alcoholics Anonymous World Services, 1957, p. 60).

Com início dessa amizade, Bill, que estava procurando reerguer sua vida profissional e financeira foi morar com o Dr Bob. Bob ainda teve episódios de recaída, tal como havia ocorrido anteriormente com Bill. Do mesmo modo, levou um tempo para que as novas ideias e reflexões fossem realmente se apoderando dele. Em 10 de junho de 1935 Bob ingeriu seu último gole e juntamente com Bill, começaram a procurar e trabalhar com alcoolistas no Hospital Municipal de Akron. Inicialmente alguns se recuperaram, mas não vieram a se tornar membros de AA.

Paramos brevemente aqui para fazer um resumo. Nessa história com diversos personagens, Dr. Silworth, sob referência de William James e Carl Jung declarou a desesperança em relação ao caso de Bill, que foi ajudado também por Ebby. Assim ele conheceu os grupos Oxford e posteriormente ajudou Bob a se recuperar, constituindo os pilares de Alcoólicos Anônimos. Cerca de seis meses decorreram entre o último gole de Bill e o de Bob – dezembro de 1934 e junho de 1935, em que Alcoólicos Anônimos foi fundado.

Bill voltou para Nova York e lá um grupo começou a se formar. Louis, esposa de Bill chegou a ter a ideia de abrigar alcoólicos em uma antiga casa de sua família, mas não funcionou e eles não conseguiram a recuperação de nenhum. As reuniões inicialmente ocorriam na sala de visitas da casa deles e eles paralelamente continuavam trabalhando com os Grupos Oxford, na missão do Calvário e no Hospital Towns. Assim surgiu os dois primeiros grupos de Alcoólicos Anônimos: em Nova York e Akron. Em 1937, os Alcoólicos Anônimos de Nova York se separaram dos Grupos Oxford, por seu objetivo ser limitado a alcoólicos, pela discordância de AA em relação a seus conceitos radicais e absolutos e principalmente pelo desejo de muitos de seus membros de ficarem anônimos. Em Akron, a relação com os Grupos Oxford foi mantida por mais tempo.

Aos poucos, os grupos foram se multiplicando. Em novembro de 1937, Bill volta a Wall Street e em Akron, reconhecem a existência de quarenta casos de sobriedade. Visando difundir ainda mais a mensagem e também evitar distorções de princípios teve-se a ideia de construção de um livro, além desses objetivos contaria a história de fundação do grupo. Apesar de opiniões adversas, começou-se a procurar fundos para montagem e publicação do livro. Buscavam auxílio financeiro e para isso ocorreram reuniões, encontros e discussões com possíveis colaboradores. O resultado foram recusas e fracassos que serviram para orientar o grupo acerca de normas e princípios da própria irmandade, na medida em que acabaram por reconhecer que esse tipo de

apoio externo poderia criar uma classe profissional e retirar a autonomia da associação e assim arruinar toda a irmandade. Como aponta Bill, nessas situações AA foi salvo do profissionalismo.

Algumas contribuições foram feitas diretamente a Bill e Bob temporariamente, para que organizassem sua situação e dessem prosseguimento ao trabalho de forma independente.

Em maio de 1938 foi criada a Fundação do Alcoólico e Bill começou escrever o livro de Alcoólicos Anônimos. Para arrecadar fundos para o livro tiveram a ideia de vender ações aos companheiros do grupo de Nova York de modo que a própria Irmandade controlasse e publicasse sua própria literatura. Assim conseguiram algum dinheiro. Paralelamente Bill ia rascunhando os capítulos, apresentando-os nas reuniões do grupo e enviando ao Dr. Bob para revisão.

A “espinha dorsal” de Alcoólicos Anônimos (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 138), isso é, as Doze Passos foram escritos por Bill em dezembro de 1938, uma junção de todos os princípios e orientações que Bill tinha recebido e experienciado até o momento e que não somente o ajudou, mas a centenas de pessoas a se libertarem do alcoolismo. ideias vindas de conversas com Ebby, originadas do grupo Oxford, de William James e consequentemente do Dr. Silkworth. Para Rahm (2005), a maior parte dos Doze Passos foi absorvida dos grupos Oxford. Inicialmente Bill resumiu essas orientações em seis passos:

1. Admitimos que estávamos derrotados, que éramos impotentes perante o álcool.
2. Fizemos um inventário moral de nossos defeitos e pecados.
3. Confessamos ou compartilhamos nossas imperfeições com uma outra pessoa de forma confidencial.
4. Fizemos reparações a todos aqueles que tínhamos prejudicado, devido à nossa bebedeira.
5. Tentamos ajudar outros alcoólicos, sem buscar recompensa em dinheiro ou prestígio.
6. Pedimos a Deus, na forma em que achávamos que existia, a força para praticar esses preceitos (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 139).

Após vários rascunhos, apresentações e discussões nos grupos, algumas correções ocorreram e houve a disposição de se escrever mais seis passos. Uma das correções mais significativa referiu-se à defesa de uma espiritualidade em vez de uma religião. Assim, foram substituídas as palavras “Deus” para palavra “*Poder Superior*”, foi também acrescentado o termo “*Deus, na forma em que O concebíamos*”, não restringindo assim o tipo de crença de cada um. Essas e outras alterações refletiram também a independência do grupo de AA de Akron dos Grupos Oxford e consolidou a abertura desses princípios para qualquer pessoa que tenha problemas com álcool, independente da presença ou ausência de qualquer crença religiosa. Feitas as devidas correções, acréscimos e rearranjos, os Doze Passos ficaram dispostos e enunciados da seguinte maneira:

Primeiro Passo – “Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas”.

Segundo Passo – “Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade”.

Terceiro Passo – “Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos”.

Quarto Passo – “Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos”.

Quinto Passo – “Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas”.

Sexto Passo – “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter”.

Sétimo Passo – “Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições”.

Oitavo Passo – “Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados”.

Nono Passo – “Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem”.

Décimo Passo – “Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente”.

Décimo Primeiro Passo – “Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade”.

Décimo Segundo Passo – “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades” (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 junho).

Em abril de 1939 o livro *Alcoólicos Anônimos* foi publicado, descrevendo como o programa de recuperação funciona, histórias, testemunhos de membros da irmandade e os Doze Passos. Ele veio a se constituir não somente em um meio de ajuda para aqueles que buscavam se recuperar ou a seus familiares e amigos dos males do álcool, mas também em fonte de sustento para a irmandade. Nesse mesmo ano, Alcoólicos Anônimos alcançou a quantia de cem membros. Posteriormente, ocorreram publicações em revistas e rádio acerca da irmandade e do programa. Pedidos de ajuda surgiram iniciando uma correspondência com dependentes, familiares e amigos de alcoólicos em todo o país, aumentando também os pedidos de livros e a distribuição de folhetos com diversos temas abordados no programa, divulgando e expandindo assim a irmandade para outras localidades. Bill (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro) aponta que de 1939 a 1940 estima-se que o número de recuperações saltou de cem para oitocentas. No início de 1941 AA possuía cerca de 2000 membros e ao final desse ano chegou a 6000.

Com tal expansão, surgiram novos problemas e novos grupos fundados e organizados de modo discordante dos primeiros, saindo de certo modo das origens e orientações. Gradativamente tais problemas consequentes ao grande crescimento de AA no decorrer de seis anos foram sendo discutidos e sanados. A partir de tais questões foram sendo criadas e estabelecidas tradições de AA⁶, princípios e atitudes que posteriormente foram condensados para assegurar a unidade, estrutura e sobrevivência da irmandade. Elas se referem à definição, organização, unidade, auto-suficiência do grupo, à rejeição de doações de fora, ao profissionalismo e admissão de trabalhadores assalariados entre outras.

Concomitantemente à expansão dos grupos de Alcoólicos Anônimos, houve também um expressivo crescimento da literatura de A.A., que foi traduzida em diversos idiomas. Em Nova York em 1944, A.A. deu início à publicação de uma revista mensal chamada *Grapevine* que, apesar de não ter sido a primeira revista de A.A., mantém-se ainda hoje como revista internacional de Alcoólicos Anônimos. Outras publicações também foram feitas em diversos jornais e revistas. As 12 Tradições de Alcoólicos Anônimos foram publicadas em *A.A. Grapevine* em maio de 1946.

Depois de muitos ensaios e erros, às vezes acentuados por erros dolorosos, as atitudes e soluções que poderiam funcionar melhor para nós, surgiram. As soluções básicas podem ser encontradas hoje nas Tradições de A.A.: cem por cento anonimato em nível público; nenhum uso do nome de A.A. para benefício de outras causas, por mais meritória que seja; nenhum endosso ou afiliação; levar a mensagem como único propósito para Alcoólicos Anônimos; nenhum profissionalismo; relações públicas baseadas no princípio da atração em vez da promoção - essas foram algumas das lições duramente aprendidas (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro, p. 191)

Narcóticos Anônimos é uma “associação comunitária” voltada para dependentes de álcool e outras drogas que segue um programa adaptado de Alcoólicos Anônimos (Narcotics Anonymous World Service, 2006), incluindo os Doze Passos e as Doze Tradições. O “movimento de “NA é um dos maiores e mais antigos desse tipo, com aproximadamente quarenta mil reuniões semanais em 130 países⁷”.

⁶ Para os objetivos desse estudo, daremos maior enfoque aos 12 Passos. No tratamento em questão, as tradições não são efetivamente enfocadas, apenas a primeira que se refere à importância da unidade do grupo para a reabilitação individual de cada membro.

⁷ Recuperado em 11 novembro, 2010 de <http://www.na.org.br/portal/index.php?pagina=sobre>

Diferentemente de A.A., ainda não se tem uma publicação oficial acerca da história de fundação de N.A. e os relatos existentes são algumas vezes contraditórios quanto a eventos e datas. A maior parte das referências atribui ao ano de 1953 seu início, no sul da Califórnia e destaca Jimmy Patrick Kinnon (1911 – 1985) como um de seus mais importantes fundadores. Além dele, participaram também do movimento Frank e Doris C., Guildia K, Paul R., Steve R. e outros. Jimmy após vários problemas ocasionados pelo uso compulsivo de drogas (incluindo o álcool) começou a frequentar Alcoólicos Anônimos e paralisou o uso em 2 de fevereiro de 1950. No A.A. encontrou outras pessoas que, como ele, tinham problemas não somente com álcool, mas com outras drogas. Como aponta o próprio Kinnon (1973), N.A. surgiu da necessidade de membros de Alcoólicos Anônimos que, por terem problemas não somente com o álcool, mas com outras drogas, precisavam de um espaço para falar sobre sua doença, espaço não encontrado na irmandade. Com essa demanda, Jimmy e alguns companheiros participaram de vários grupos e reuniões formados por dependentes de outras drogas, porém não se identificaram com o formato e a organização dessas. Um dos problemas era a impossibilidade de se divulgar essas reuniões e a sua clandestinidade, como apontado por Cardoso (2006). Assim, eles mesmos procuraram se organizar, mas durante um tempo, isso também não funcionou. Tanto nos primeiros grupos quanto nas reuniões organizadas por eles mesmos, a grande dificuldade estava no movimento de centralização em torno de um líder, o que já sabiam que não funcionaria nesse tipo de irmandade. Depois de um período de dificuldades, o grupo começou a tomar força com o auxílio dos próprios membros de A.A., como destaca Kinnon (1973).

nossos amigos em AA ajudaram-nos a levantar-nos, e disseram-nos, "Não deixem que isso vos incomode." Esses eram os nossos verdadeiros amigos no início; membros de AA que acreditavam em nós, membros de AA que tinham também um duplo problema e reconheciam isso - vieram e ajudaram-nos a começar de novo.

Nesse modelo acreditavam que, para dar certo, tanto o Programa dos Doze Passos quanto as Tradições deveriam ser preservadas, a exemplo de Alcoólicos Anônimos. Inicialmente mantiveram as mesmas orientações de A.A., inclusive foi proposto o nome “Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos”, mas esse não foi permitido. O crescimento da irmandade não foi contínuo e linear, mas repleto de idas e vindas, com pouca adesão nas duas primeiras décadas. O primeiro folheto de Narcóticos Anônimos foi publicado em 1956, contendo um resumo do

programa dos Doze Passos para N.A. e endereços de dois grupos na Califórnia. Em 1962 foi publicado o primeiro livro da irmandade, o “Livreto Branco”. Kinnon escreveu e adaptou de A.A. a maior parte da literatura de N.A. Em 1972, ocorreu a abertura do Escritório Mundial de Serviço de N.A. (World Service Office) em Los Angeles, Califórnia, que representou a maior maturidade do grupo. O “Livreto Azul” ou texto básico foi publicado em 1983 em inglês e em 1991 em português.

Narcóticos Anônimos possui atualmente cerca de 12.000 membros e está presente em 131 países com publicações disponíveis em 39 idiomas⁸.

Voltando a 1939, ano de publicação do livro de A.A., Bill já sinalizava uma abertura de algumas instituições à proposta de Alcoólicos Anônimos e dos 12 Passos. No Hospital St. Thomas, em Akron, Dr Bob e irmã Ignatia iniciaram uma ala de trabalho com alcoolistas e trataram milhares de casos até a morte de Bob, em 1950. Bill (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro) aponta também o trabalho feito pelo Dr. Silkworth no Hospital Knickerbocker, em Nova York, a partir de 1945.

Podemos dizer que o modelo Minnesota teve suas raízes nesse trabalho realizado em Akron, por Bob e Irmã Ignatia, sob os princípios de A.A. Com a morte de Bob, Irmã Ignatia deu continuidade à sua missão no Hospital de Caridade St. Vincent, em Cleveland, tratando mais de 5.000 casos de alcoolismo a partir de 1957.

Burns (2002) complementa o relato de Bill (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 dezembro) apontando que nessa mesma época ocorreram também outras tentativas de membros de A.A. para desenvolvimento de clínicas e centros de tratamento que não tiveram êxito, uma delas em Nova York e outra (mais significativa para nós) fundada em um sítio chamado Hazelden, localizado no estado de Minnesota. Com o fracasso dessa segunda, os membros de A.A. envolvidos nessa empreitada foram convidados pelo psicólogo Daniel Anderson para desenvolver um trabalho no manicômio estadual de Minnesota (Wilmar State Hospital). Assim formou-se uma equipe multidisciplinar em que os membros da irmandade passaram a atuar juntamente com os doentes e desenvolver reuniões dentro do hospital, alcançando assim um expressivo sucesso. A partir de tais resultados, o Dr. Anderson foi contratado pela Hazelden para

⁸ Dados de um levantamento feito na 29ª Conferência Internacional de Narcóticos Anônimos, realizada em Barcelona, Espanha, em 2009. Recuperado em 12 novembro, 2010 de <http://www.na.org/?ID=PR-index>

tentar reverter o quadro de insucesso que a clínica vinha alcançando e assim se desenvolveu o Modelo Minnesota, baseado nos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos.

No Brasil, o modelo Minnesota foi importado por um grupo de pessoas em Vila Serena, no Rio de Janeiro, em 1982. A partir de Vila Serena, essa metodologia foi difundida para outras instituições em diversos estados brasileiros.

O Modelo Minnesota baseia-se na concepção de dependência química como doença multifacetada e multidimensional, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde. Nessa perspectiva, o dependente químico de álcool e/ou outras drogas é mantido em residência educacional para sua recuperação e conscientização acerca das implicações de sua doença. A recuperação é concebida como um processo contínuo de aprendizagem e mudança do estilo de vida que visa tratar a dependência química e não curá-la. O modelo Minnesota pressupõe também a ausência do papel tradicional terapeuta/cliente, na medida em que o tratamento não é considerado como algo “consumido”, mas uma troca de experiências em que ambos recebem e dão-se uns aos outros. A reabilitação depende do apoio dos sistemas básicos de convívio, que inclui a família, os amigos e o grupo (visa-se instaurar a participação nos grupos de mútua-ajuda). É importante ressaltar ainda que o Modelo Minnesota apresenta princípios básicos norteadores, mas não determina uma metodologia fixa, devendo essa ser adaptável à realidade em foco. O residente é incentivado a reexaminar seus valores e relacionamentos, por meio de palestras, aconselhamento individual e dinâmicas de grupo (Burns, 2002). Sendo assim, faz-se necessário apresentar os contornos que o modelo Minnesota adquiriu, em Vila Esperança, centro de tratamento para dependentes químicos da cidade de São João del-Rei, em Minas Gerais.

4. A INSTITUIÇÃO

A APADEQ – Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos de São João del-Rei é uma instituição filantrópica, sem conotação política ou religiosa, de caráter assistencial, educativo e científico, destinada ao tratamento da dependência química. Fundada em fevereiro de 1988 tem como principais objetivos a prevenção, o apoio para a recuperação de dependentes químicos e sua reintegração na sociedade. Vila Esperança, enquanto centro de tratamento para dependentes químicos mantido pela APADEQ conta com um quadro de funcionários composto por médico, psicólogos, conselheiros em dependência química, auxiliares de enfermagem, monitores e profissionais da administração, organização e manutenção do centro. Desde 1998 foram realizadas mais de 2000 internações. Além do tratamento principal de internação, a partir de março de 2004, vem sendo desenvolvido um projeto em parceria com o Departamento de Psicologia da UFSJ oferecendo também tratamento ambulatorial a pacientes dependentes químicos e seus familiares.

Vila Esperança é integrante da Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico do Estado de Minas Gerais que reúne entidades e grupos da sociedade civil que desenvolvem projetos nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de dependentes de álcool e outras drogas. Essas instituições são norteadas pela RDC 101, resolução da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 31 de maio de 2001 que estabelece as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas⁹.

A ANVISA (2001, p.3) define como comunidades terapêuticas todas as instituições de atendimento a dependentes químicos que atuam em regime de residência em dois turnos, seguindo o modelo psicossocial de tratamento.

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA)... segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa

⁹ É importante destacar que a resolução RDC 101 foi revogada em 1º de julho de 2011 – posteriormente à realização deste estudo, data em que entrou em vigor a resolução RDC N° 29, de 30 de junho de 2011. Recuperado em 16 de agosto de 2011, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>.

terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Faz-se importante destacar nessa definição da ANVISA que são consideradas “serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas segundo modelo psicossocial” tanto instituições denominadas centros de tratamento quanto aquelas denominadas “fazendinhas” ou “comunidades terapêuticas”, não havendo distinção entre elas.

Temos hoje, inúmeras modalidades e *settings* de intervenção e reabilitação do usuário de drogas, como prontas-socorros, unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial (CAPS-AD), hospitais gerais, hospitais-dia, grupos anônimos, tratamentos em regime ambulatorial e de internação, entre outros, como exemplificados em Diehl, Cordeiro, Laranjeira e cols. (2011). Cada paciente terá maiores possibilidades de se beneficiar e se adaptar a determinada modalidade de tratamento de acordo com sua história de vida, a gravidade de seu uso de drogas, a presença ou ausência de comorbidades etc. Mesmo entre as modalidades residenciais ou de internação em que o paciente passa a residir por um período de tempo na instituição, encontramos grandes diferenças no que se refere à formação e atuação profissionais e ao enfoque dado a uma determinada dimensão. Assim, encontramos tratamentos com predomínio de profissionais de formação técnico-científica, tratamentos que priorizam a experiência de vida dos profissionais, tratamentos de cunho religioso, etc.

O que pretendemos destacar nessa discussão é que dentro do que a resolução da ANVISA conceitua como “serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas segundo modelo psicossocial”, encontramos diferentes modalidades de tratamento.

Em comparação com o modelo de comunidades terapêuticas, proposto por Alves (2006) e Queiroz (2001), Vila Esperança apresenta características diferentes das citadas. Não é proveniente de nenhum movimento religioso nem utiliza terapia ocupacional ou laborterapia enquanto proposta de trabalho. Apesar disso, compartilha a defesa de uma espiritualidade como componente essencial ao envolvimento do paciente (chamado residente) no tratamento, no sentido de acreditar em sua recuperação. Outro ponto de congruência entre essas duas propostas

de tratamento se refere à questão da disciplina como um dos pilares do tratamento. As regras têm o objetivo de desenvolver novos comportamentos do sujeito, de modo que ele aprenda a organizar seus pertences, trabalhe sua auto-estima e dê um novo significado às suas atividades cotidianas a partir da instauração da abstinência e desenvolvimento da sobriedade. A proposta de trabalho em Vila Esperança ainda concorda com o descrito por Alves (2006, p. 4) em que “a convivência em sistemas grupais é enfatizada... com o objetivo de que os pacientes compartilhem seus problemas buscando facilitar a ressocialização”.

Como já indicado, Vila Esperança adota o Modelo Minnesota para tratamento da dependência química. Nessa instituição, juntamente à base do Programa dos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos¹⁰, foram adaptadas técnicas de diversas vertentes da Psicologia.

É pressuposta do tratamento a motivação do paciente em se recuperar. A admissão do dependente na instituição se inicia a partir de uma entrevista realizada por um clínico que avalia suas condições físicas e mentais e, em seguida, por um psicólogo ou conselheiro em dependência química¹¹ que avalia sua motivação para o tratamento, tendo em vista que é voluntário e não compulsivo. A não admissão à internação ou o encaminhamento para outras instituições ocorre em situações em que o candidato não apresenta motivação para se tratar, ou seja, ainda não reconhece tal necessidade, ou quando são identificadas comorbidades severas que estejam além do escopo do tratamento e da capacidade técnica e instrumental do Centro, tendo em vista que ele não é estruturado para intervenções clínicas maiores como contenção de pacientes com exacerbações de comportamento e comprometimentos psicofísicos agudos.

Em caso de admissão, após o primeiro contato com o novo residente, é realizada também uma entrevista breve com o familiar ou responsável que o acompanhou, quando são passadas as normas e procedimentos da instituição. Com o familiar, é informada também a necessidade da participação em uma atividade semanal, o Programa Familiar, direcionado àqueles que convivem com o dependente e são diretamente influenciados pelo uso de drogas de seu familiar, constituindo-se em co-dependentes. Essa atividade é realizada aos sábados, durante o período de

¹⁰ Posteriormente, os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos foram adaptados à diversos grupos anônimos existentes hoje, como Narcóticos Anônimos, Al-Anon (para familiares de dependentes de álcool), Nar-Anon (para familiares de dependentes de álcool e outras drogas), M.A.D.A (Mulheres que amam demais anônimas), E.A. (Emocionais Anônimos), entre outros.

¹¹ Tanto psicólogos quanto conselheiros em dependência química (dependentes químicos em recuperação que passaram por um curso de formação) são denominados “terapeutas”.

internação do paciente. Consta de palestras, depoimentos, exibição de filmes sobre dependência química e realização de dinâmicas de grupo. O objetivo é conscientizar a família acerca da doença da dependência química e seus reflexos nos comportamentos, na personalidade e na autoestima dos familiares. Tais afetamentos em nível familiar precisam ser tratados, pois exercem influência na manutenção da abstinência do paciente e podem também constituir-se em entraves à recuperação. Todos esses aspectos são abordados e é sugerida à família a participação em grupos anônimos (ALANON/NARANON) e, na medida do possível, elaborar planos de recuperação pessoal.

O tratamento oferecido em Vila Esperança dura em média de 30 a 45 dias e é focado na conscientização acerca das implicações da doença, na mudança de crenças e comportamentos do dependente e na busca por uma reformulação de vida. O paciente é afastado do seu convívio social e pode receber visitas semanalmente. Sua alta do período de internação, considerada primeira fase do tratamento, depende do cumprimento de expectativas e metas individuais, associadas a mudanças de valores e comportamentos. Os comportamentos e atitudes expressos no decorrer do processo de tratamento são avaliados e monitorados por uma equipe terapêutica que acompanha o residente 24 horas por dia, com o auxílio dos monitores. Caso não apresente evolução ou não cumpra as normas essenciais do centro¹², o residente pode ser desligado do tratamento. O paciente pode também abandonar voluntariamente o tratamento a qualquer momento, mas, nesse caso, não lhe é permitido o retorno imediato.

No período de residência o dependente é inserido numa série de atividades diárias que vão desde a adequação às normas do centro, que inclui a obediência a horários, responsabilidade e tarefas cotidianas, como arrumar o quarto, sua cama, seus pertences, acordar, dormir, tomar banho e fazer as refeições no horário certo bem como as atividades grupais efetivamente relacionadas ao tratamento (que incluem leitura de textos, realização e apresentação de tarefas orais e escritas, reflexões, palestras, dinâmicas de grupo, relato de história pessoal, dramatizações etc). As tarefas visam identificar e modificar de antigos padrões de comportamento típicos do dependente químico (sem horários, sem responsabilidades, baseado em mentiras, manipulações, desonestidades e em formas de expressão típicas de usuários) para uma nova forma de vida, mais

¹² As normas principais de bom funcionamento e convivência do centro incluem a não violência, não envolvimento afetivo ou sexual com outros internos e não entrada e utilização de drogas no centro.

consciente, adequada e responsável. Nesse sentido, o foco do tratamento é a reformulação e a base é a livre vontade de se recuperar.

Para a manutenção do centro de tratamento e também para focar a responsabilidade e o relacionamento interpessoal, a cada semana são distribuídas atividades comunitárias em que os residentes são designados a determinadas funções como limpeza dos cinzeiros, limpeza e arrumação das cadeiras, responsabilidade pelo jardim, pelo refeitório, pelo auditório, pelos jogos de lazer, supervisão de quartos, coordenação de caminhada, meditação e grupos internos de mútua-ajuda etc. Tais atividades têm como objetivo dispor situações em que o paciente terá de agir com responsabilidade, liderança e respeito ao outro, bem como cuidar dos bens comuns do Centro. Essas funções permitem também que se identifiquem problemas e dificuldades do grupo, já que convivem em comunidade e precisam se organizar.

Além das atividades em grupo, no decorrer do processo de tratamento, o dependente é acompanhado individualmente por um terapeuta que fica responsável pelo seu caso, em particular. Nesse trabalho individual, são realizadas atividades de levantamento de problemas decorrentes da dependência de substâncias, uma entrevista com o familiar responsável, que traz informações sobre o dependente e a subsequente confrontação das duas perspectivas, quando se busca conscientizar o sujeito acerca das insanidades realizadas pelo uso compulsivo de substâncias e das perdas acarretadas para, a partir daí, traçar as metas para o período de pós-internação.

Durante todo o tratamento o residente é familiarizado com a literatura dos grupos de Alcoólicos-Anônimos e Narcóticos Anônimos (A.A. e N.A). Quatro vezes por semana alguns residentes são levados a reuniões dos grupos de mútua-ajuda. Os residentes que não vão para as reuniões externas promovem reuniões internas, seguindo o mesmo modelo.

Ao completar a fase de reclusão, o dependente ainda é acompanhado por seis meses, em sessões grupais de pós-tratamento que vão gradativamente diminuindo de frequência. O pós-tratamento tem como objetivo oferecer suporte terapêutico na ressocialização do paciente e continuar implementando mudanças de comportamentos e atitudes para manutenção da abstinência e do processo de sobriedade. Nessa perspectiva, espera-se que, ao saírem do centro, os dependentes continuem participando dos grupos de Narcóticos Anônimos ou Alcoólicos

Anônimos. Pode-se dizer, portanto, que o tratamento articula as dimensões individual e grupal, dando ênfase à influência e efetividade do grupo na manutenção da abstinência.

4.1 Descrição das atividades no tratamento residencial de Vila Esperança

A dinâmica de tratamento residencial oferecido em Vila Esperança funciona de modo ininterrupto, havendo constantes internações, altas, abandonos e desligamentos, além de readmissão de ex-residentes recaídos, obedecendo ao critério de intervalo de tempo mínimo de um ano. Todo esse fluxo de entrada e saída de usuários do serviço é supervisionado de forma a existir um equilíbrio na população dos residentes levando-se em conta fatores como idade, tipo de dependência química, gênero, etc. As ações normalmente desenvolvidas são:

- Avaliação Clínica e Entrevista Motivacional com candidatos à internação
- Internação dos pacientes selecionados;
- Elaboração do Plano Individual de tratamento
- Avaliação e acompanhamento constante dos pacientes no desenvolvimento do Plano Individual de tratamento;
- Alta dos pacientes que cumpriram tempo e metas estipuladas;
- Desligamento de pacientes que não cumpriram metas ou que infringiram o regulamento do centro;
- Pós tratamento dos pacientes que obtiveram alta;
- Realização das atividades (todos os sábados) do programa familiar durante o período do tratamento.

4.2 Descrição dos Procedimentos Terapêuticos

Os procedimentos utilizados fazem parte da metodologia do Modelo Minnesota que, como já dito, alia a Programação dos Doze Passos a técnicas da Psicologia. As atividades individuais e em grupo sempre contam com a presença de um profissional responsável, mesmo que esse seja um vigia, no caso de atividades noturnas fora do expediente normal.

Atividades Terapêuticas Individuais

Com exceção da avaliação clínica, realizada por um médico, as demais atividades terapêuticas individuais são conduzidas pelo terapeuta do paciente, designado no ato da sua admissão. Trata-se de um membro da Equipe Terapêutica, podendo ser um Psicólogo ou um Conselheiro em Dependência Química.

O terapeuta elabora um plano terapêutico individual para cada residente que ele acompanha, a partir de sua história de vida e situações que surgem no decorrer do tratamento. Nesse plano trabalham-se demandas emocionais, o fortalecimento do vínculo terapêutico e formula-se a proposta do Programa de Tratamento, tendo como pano de fundo os cinco primeiros Passos dos Grupos Anônimos de Ajuda Mútua. O terapeuta individual é responsável também por acompanhar as questões formais e burocráticas relacionadas ao seu residente.

Entrevista Admissional

Processo no qual o paciente é submetido à avaliação clínica e motivacional. Visa verificar se seu perfil é adequado ao modelo de tratamento (idade, comprometimento físico, comorbidades etc), avaliar condições clínicas, psicológicas, a motivação para o tratamento e também fornecer as devidas orientações aos familiares.

- Avaliação Clínica inicial: Tem como objetivo avaliar o quadro clínico, presença de comorbidades, risco de síndrome de abstinência do paciente e necessidade de prescrição medicamentosa.
- Avaliação Motivacional: Visa fazer um levantamento inicial do caso, isso é, da história de comprometimento do uso de drogas nas mais diversas áreas de convivência do paciente. Visa também identificar o nível motivacional do paciente para o tratamento, fornecer-lhe

informações a respeito dos procedimentos utilizados e do funcionamento do centro. Posteriormente, em caso de admissão, é realizada uma breve entrevista com o familiar que o acompanhou onde são coletados dados iniciais a respeito da visão do familiar quanto ao uso abusivo de substâncias. Nesse momento já se pode identificar possíveis minimizações ou omissões apresentadas pelo dependente. Ao familiar também são apresentadas as normas e expectativas do tratamento e esse recebe orientações sobre a co-dependência e a importância de buscar ajuda nos Grupos Anônimos (ALANON/NARANON).

Plano Terapêutico

As tarefas terapêuticas são elaboradas, pelo terapeuta designado a acompanhar o residente, sendo fundamentadas nos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos, mais especificamente, nos cinco primeiros. Essas tarefas têm como objetivos trabalhar a conscientização da doença, avaliar as consequências do uso abusivo de substâncias químicas, reconhecer a necessidade do tratamento, retomar a fé e confiança, a espiritualidade, trabalhar perdão e auto-perdão, auto-conhecimento, entre outros.

Levantamento de Problemas (LP)

Investiga-se com o residente, através de entrevista direcionada, como o uso de substâncias químicas afetou sua vida nas mais diversas áreas e com as pessoas mais significativas de seu convívio como pais, irmãos, cônjuge etc. Avaliam-se os prejuízos sociais, profissionais, educacionais, financeiros, na saúde física, nos comportamentos, pensamentos, sentimentos, crenças e as principais consequências danosas.

Levantamento de Problemas Familiares (LPF)

Realizado com os familiares. Com base na mesma entrevista realizada com o residente (LP), são investigados os problemas e consequências da dependência química nas mais diversas áreas da vida do residente e as implicações biopsicossociais. Essa atividade visa trazer à tona a visão do

familiar quanto à situação do residente, seu nível de comprometimento e os danos causados as pessoas de seu convívio, para que posteriormente essas informações sejam cruzadas com as já trazidas por esse.

Reconhecimento de Problemas (RP)

Apresentação ao residente da confrontação das informações coletadas no LP e no LPF a fim de que esse reconheça sua perda de controle e impotência diante do uso de substâncias. Visa também a quebra dos Mecanismos de Defesa que possam prejudicar o bom andamento do processo de recuperação.

Alta

Essa atividade é realizada em três sessões, sendo a primeira individual, a segunda com a presença da família e a terceira com o grupo de residentes.

Individualmente com seu terapeuta, o paciente faz uma auto-avaliação de seu tratamento desde sua chegada em Vila Esperança a respeito do processo de reformulação, apontando as mudanças ou pontos que ainda precisam ser trabalhados quanto a agressividade, tolerância à frustração, procrastinação, relacionamentos, comportamentos etc. Nesse momento, é também elaborado um plano de metas reais como suporte preventivo de recaídas e para a continuação da mudança de comportamentos e reformulação de vida.

Na segunda parte, realizada juntamente com os familiares do residente, são passadas informações sobre o processo de tratamento residencial realizado e dadas orientações para prevenção de recaídas e manutenção da abstinência. Num último momento ocorre um ritual de despedida, com a participação somente dos residentes em que esses passam uma mensagem para o companheiro.

Atividades Terapêuticas em Grupo

As atividades terapêuticas em grupo são realizadas por um terapeuta ou monitoradas por um funcionário capacitado e têm duração de 50 minutos. Têm como objetivo levar os residentes a tomar conhecimento a respeito da Dependência Química, a assumir-se enquanto dependente químico (cada um em sua individualidade) através de um processo de identificação com seus pares, despertar o entusiasmo pelo seu processo de recuperação, discutir estratégias preventivas de recaída, trabalhar conflitos grupais, abordar questões relacionadas a essa doença e ao processo de recuperação e de qualidade de vida. Os residentes são estimulados a ter uma participação ativa, dar e receber *feedbacks* a seus companheiros num processo de mútua-ajuda, constituindo-se em uma comunidade onde o bem-estar comum deve estar em primeiro lugar e a reabilitação individual depende de tal unidade, tal como sugere a Primeira Tradição de Alcoólicos Anônimos.

Meditação

De segunda a sexta, ao início do dia, os residentes se reúnem para fazer uma reflexão sobre a Programação dos Doze Passos. Essa atividade é monitorada por um funcionário, mas ele não intervém no seu desenvolvimento. A atividade é gerida pelos próprios residentes, sendo em deles responsável por sua coordenação. O coordenador faz a leitura da meditação do dia e cada participante relata o que refletiu sobre o colocado e sobre o sentimento que foi despertado no processo.

História Pessoal (HP)

Orientado pelo terapeuta responsável, o residente relata sua história de vida ao grupo, focando principalmente nos acontecimentos associados ao uso de substâncias químicas. Após esse relato, é aberto um espaço para realização de questões ou para *feedback* dos demais ouvintes e do terapeuta, visando a conscientização acerca dos prejuízos trazidos pelo uso abusivo de drogas.

Grupos de Tarefa (GT)

Os residentes apresentam tarefas escritas, feitas de acordo com seu plano terapêutico individual. Essas tarefas são baseadas nos Cinco primeiros passos dos grupos anônimos e visam à conscientização acerca das implicações da dependência química e da necessidade do tratamento, dos prejuízos causados pelo uso abusivo de substâncias, a necessidade de se trabalhar o resgate da fé e a confiança em um Poder Superior, boa-vontade e o autoconhecimento. Os demais residentes dão retornos a respeito da tarefa proposta, avaliando não somente o exposto, mas também os comportamentos do sujeito no dia-a-dia na comunidade e o processo de reformulação, mudança de velhos hábitos e o cumprimento das normas do centro. O terapeuta avalia a performance do residente na compreensão, reflexão e assimilação das sugestões da Programação baseada nos Doze Passos, considerando a atividade como satisfatória ou insatisfatória. No segundo caso, é sugerido que a atividade seja refeita. Esse procedimento, por sua vez, trabalha com a tolerância à frustração, imposição de limites e a aceitação.

Grupos de RES (Resumo dos Eventos Significativos)

Ao final de cada dia, o residente escreve sobre o que foi significativo para ele naquele dia, acrescentando os sentimentos suscitados e as reflexões sobre sua vida e seu processo de recuperação, como em um diário pessoal. Na manhã seguinte é feita a apresentação de tais relatos ao grupo, com acompanhamento de um terapeuta ou monitor quando os residentes dão e recebem sugestões dos companheiros e do coordenador da atividade sobre as questões e dificuldades colocadas bem como sobre seu comportamento cotidiano no Centro.

Grupo de Reformulação (GR)

O grupo de reformulação tem como foco os comportamentos do residente com o grupo, a relação interpessoal e o cuidado com seus pertences e os bens materiais do centro. Nas sextas-feiras, essa atividade visa a fazer uma avaliação do desempenho dos residentes no que diz respeito à mudança comportamental e à realização das tarefas comunitárias. O terapeuta responsável avalia juntamente com o grupo o desempenho de cada residente em sua função,

verificando se foram alcançados os objetivos. O desempenho do grupo como um todo também é avaliado, no que diz respeito à união e o cumprimento das normas.

Grupo de Recaída

Os residentes se reúnem, acompanhados por um terapeuta ou monitor para relatar e discutir processos anteriores de recaída, de forma a identificar situações de risco, os sentimentos envolvidos e conseqüentemente, ressignificar essas experiências de modo a desenvolver estratégias de prevenção.

Grupo de Sentimento (GS)

Nesse grupo os residentes têm oportunidade de aprender a trabalhar seus sentimentos, identificando-os e partilhando-os, a fim de aliviar tensões, aprender a lidar assertivamente com eles e lhes dar um novo significado. Esses grupos também são realizados caso haja alguma situação especial no dia ou semana que tenha causado impacto no grupo, como por exemplo, crises agudas de síndrome de abstinência, abandono, desligamento de algum residente ou quando se percebe um expressivo desequilíbrio do grupo por falta de identificação entre os participantes ou dificuldades de convivência. Nessas situações, cada participante é estimulado a expor o que está sentindo para que, através da troca de experiências, possa aprender a lidar melhor com isto, tendo em vista que, na história de uso, a droga era utilizada na maior parte dos casos diante de uma inabilidade em lidar com sentimentos.

Grupos de Sexualidade

Trabalha-se a sexualidade como um todo. Abordam-se temas como afetividade, corpo, doenças sexualmente transmissíveis, auto-estima, orientação sexual etc. São formados grupos de homens e mulheres separadamente e são colocados em questão o desenvolvimento muito comum de uma promiscuidade ou compulsividade sexual, a perda de autocontrole pelo uso de substâncias psicoativas ou, por outro lado, o surgimento de uma apatia sexual. Essa atividade visa a

resignificar também a questão da auto-estima e a vivência da sexualidade, destacando a importância de uma vida saudável consigo mesmo, o que inclui a sexualidade como um dos fatores essenciais no processo de abstinência e reformulação de vida.

Reuniões Internas de Mútua-Ajuda

As reuniões internas de mútua-ajuda são realizadas de segunda a sábado, seguindo o modelo das reuniões dos grupos de ajuda mútua: Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. São coordenadas pelos próprios residentes sem a interferência dos funcionários.

Grupos Externos de Mútua-Ajuda

Durante 04 (quatro) noites na semana, um grupo de 09 (nove) residentes é escalado, rotativamente, pelos terapeutas, para participar das reuniões de Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, que acontecem em determinados locais da cidade. São levados em veículo terceirizado e monitorados por um profissional capacitado para essa atividade, que permanece no local e os traz de volta ao Centro. Essas atividades (reuniões externas e internas de mútua-ajuda) visam iniciar o paciente na participação desses grupos que se constituirão como o principal suporte e base à recuperação deles.

Grupos de Estudo (GE)

Os residentes, monitorados por um funcionário, estudam em sub-grupos e discutem temas referentes à Programação dos Doze Passos de AA/NA (Alcoólicos Anônimos /Narcóticos Anônimos), com o objetivo de uma melhor compreensão e prática dos Passos.

Teatro

Sob supervisão de um terapeuta, os residentes apresentam situações concretas da adicção com a ajuda de outros participantes para compor a cena. A escolha de um tema tem relação com sua

trajetória de uso abusivo de substâncias químicas e suas características emocionais e comportamentais. Ao final da apresentação, os companheiros fazem perguntas sobre a situação colocada e dão retornos ao residente. Essas atividades têm como foco a identificação de defeitos de caráter acarretados pela compulsividade da doença, resultantes de mudanças comportamentais decorrentes dela. A apresentação dessa situação visa, como em outras atividades, a identificar situações de perda de controle e de prejuízos trazidos a si e a outras pessoas e assim refletir sobre elas para que atuem como propulsoras do processo de mudança.

Dinâmicas

São intervenções lúdico-terapêuticas, que têm por objetivo descontrair, fortalecer o vínculo grupal, provocar reflexão sobre situações ocorridas e conscientização para mudanças no estilo de vida do dependente químico em recuperação. Ao mesmo tempo em que visam a simular situações que demandam a tomada de decisões ou a exposição de sentimentos, as dinâmicas permitem captar respostas inconscientes que passam despercebidas aos participantes e que são identificadas em suas atuações. Permitem também identificar crenças distorcidas que eles têm a respeito do que consideram que deve ser feito em uma atividade ou da forma que consideram que devem agir.

Reunião Comunitária

Atividade realizada com a presença de funcionários de setores do Centro mais envolvidos com o tratamento, juntamente com os residentes. Tem como objetivo a discussão de assuntos referentes à comunidade, verificar o andamento das atividades, resolução de problemas, reclamações, elogios e sugestões. É realizada de quinze em quinze dias.

Palestras

As palestras são realizadas de segunda a sexta. Consistem em atividades didático-informativa que abordam temas relacionados à dependência química, reformulação de vida e estratégias para

manutenção do processo de recuperação. A cada semana é trabalhado um passo dos grupos de mútua-ajuda com o grupo, do primeiro ao quinto passo, sendo realizadas conseqüentemente palestras sobre esses cinco passos. Além das cinco, os demais temas referem-se, à assertividade, maturidade emocional, mecanismos de defesa, terapia racional emotiva, prevenção de recaídas, fissura, 1ª tradição de grupos de mútua-ajuda, sexualidade, responsabilidade financeira, trama psicológica da dependência química, espiritualidade, medo e culpa, raiva, entre outras.

Depoimentos

Realizados por ex-residentes de Vila Esperança e/ou membros dos grupos de mútua ajuda (AA/NA) que se encontram em recuperação há mais de 06 (seis) meses. Relatam as suas experiências da adicção e seu processo de recuperação. Têm como objetivo principal aumentar a confiança mútua e a motivação dos residentes. Essa atividade é acompanhada por terapeuta ou monitor.

5. A IMPORTÂNCIA DO GRUPO NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Na vasta produção da Psicologia Social sobre os grupos, encontramos diferentes perspectivas e enfoques. Silvia Lane, em sua obra, apresentou teorias sobre esse tema, efetuando uma articulação entre aspectos fundamentais para a análise do grupo como um processo. Em seu enfoque, grupo não é somente uma mera reunião de pessoas com objetivos comuns, mas abarca uma série de relações e vínculos que agregam necessidades individuais ou coletivas que se expressam na interação cotidiana (Martins, 2007). Para Lane (1997a, 1997b), o grupo constitui um fenômeno histórico e dialético, construído num determinado espaço e tempo, fruto das relações que ocorrem no cotidiano e que implicam em contradições que articulam aspectos pessoais, grupais, vivência subjetiva e realidade objetiva.

Ignacio Mantín-Baró (1989, p. 206) define o grupo como uma “estrutura de vínculos e relações entre pessoas que canaliza em cada circunstância suas necessidades individuais e/ou interesses coletivos”.

Vieira-Silva (2000) também se debruçou sobre essa temática, com destaque ao trabalho que objetivou investigar as relações entre afetividade, identidade e poder e sua ocorrência no desenvolvimento do processo grupal em grupos comunitários. Para ele:

Se a Psicologia Social pretende estudar as várias facetas da relação indivíduo/sociedade, os grupos se tornam um espaço/objeto privilegiado de análise, já que a maior parte das atividades humanas é realizada em grupos ou sob influência deles. (p. 20)

Pichon-Rivière (2005), em seu trabalho com pacientes psiquiátricos, desenvolveu um instrumento teórico e metodológico chamado Grupo Operativo em que considera grupo como

conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna.... Esta situação está sustentada por uma rede de motivações e nela interação entre si, por meio de um complexo mecanismo de assunção e adjudicação de papéis, É nesse processo que deverá surgir o reconhecimento de si e do outro, no diálogo e no intercâmbio permanente. Essa situação grupal constitui o instrumento mais adequado para essa aprendizagem de papéis (aprendizagem social) em que consiste a internalização operativa da realidade (Pichon-Rivière, 2005, p. 163).

Lane (1997d) corrobora tal concepção ao se utilizar das pressuposições de Pichon-Rivière complementando também que, segundo os estudos tradicionais sobre pequenos grupos, a função

dele é definir papéis e a identidade social dos indivíduos. Destaca a importância de se remeter ao grupo em toda análise que se pretende fazer sobre o indivíduo, tendo em vista a constituição sócio-histórica do homem através de seus grupos de pertença, mediadores entre indivíduo e sociedade. Lane também demarca um ponto de extrema importância que se refere à concepção de grupo como processo e não como determinante estático, tendo em vista a reciprocidade da relação homem-meio em que ambos se modificam mutuamente na medida em que o sujeito é constituído pelo seu meio e ao mesmo tempo o modifica a partir de sua ação. Nessa concepção, a produção do grupo constitui sua própria ação “nas relações entre os indivíduos, pela participação entre eles” em que “se transformam e transformam o grupo” (Lane 1997b, p. 89).

Tal como Lane (1997b) ao tratar a vivência subjetiva e a realidade objetiva e, também, Pichon-Rivière (2005), Vieira-Silva (2000) argumenta que o grupo constitui-se como um espaço de apoio e reflexão para o cumprimento das tarefas de reconstrução da história e produção da identidade de cada participante e também da construção da história do grupo e da produção de uma identidade coletiva. Por sua vez, Pichon-Rivière (2005) articula a tarefa externa do grupo, referente aos seus objetivos explícitos, e sua tarefa interna, referente à resolução de ansiedades e de componentes subjetivos. Martins (2003) também vai ao encontro dos autores citados acima, afirmando ser essencial considerar o compartilhamento grupal de normas e objetivos.

Desde os primeiros contatos com o modelo de tratamento oferecido em Vila Esperança, observou-se a importância do grupo e das relações estabelecidas entre os residentes (chamados “companheiros”) para o desenvolvimento de cada residente em seu processo de recuperação, a começar pela persistência ou não na internação. Desse modo, pode-se supor uma estreita relação entre os vínculos estabelecidos entre os pacientes e a continuação do tratamento no período de pós-internação bem como nos grupos de mútua-ajuda. Diante de tais suposições, optou-se por focar este estudo no grupo enquanto espaço supostamente determinante à continuação do tratamento e à manutenção da abstinência. Destacam-se os processos de afetividade entre os componentes do grupo, a identificação entre eles e as relações interpessoais desenvolvidas, que permitem ao paciente assumir a condição de dependente químico através do outro, modificar seu comportamento pelas atividades propostas e assim estabelecer uma nova identidade.

Martins (2003, p. 209) exemplifica essas considerações ao destacar que

o processo grupal estimula a reflexão individual e coletiva, no sentido de possibilitar que seus membros se conscientizem de sua identidade psicossocial. É o espaço para a problematização do cotidiano, para o desencadeamento de novas relações e vínculos afetivos, para a expressão de opiniões e sentimentos. A partir do grupo torna-se possível identificar as diferenças e as semelhanças nas experiências individuais. Portanto, formação e informação possibilitam o confronto de valores, de experiências, de sentimentos e de informações... que geram reflexão e a valorização dos indivíduos, e os impulsionam para a ação.

Para Vieira-Silva (2000), pensar o grupo como processo grupal nos possibilita observar seu movimento permanente com idas e vindas, de reorganizações a partir da história de cada membro e de sua história coletiva na realização de suas tarefas cotidianas, seus objetivos e interesses pessoais. Sendo assim, “o grupo é, com certeza, o lugar da multiplicidade e não da homogeneidade” (p. 17). Seu desafio é constituir uma unidade a partir dessa multiplicidade. Uma unidade a partir das diferenças entre seus membros e uma unidade diferente em relação a outros grupos. É a partir dessa relação igual-diferente, unidade-heterogeneidade que o grupo se constitui. Ele não pode ser restrito à soma de seus membros e às identidades individuais deles, mas cada parte tem influência no todo, isso é, na identidade grupal, constituída pelo movimento do grupo, seu desenrolar, seus objetivos e sua história. A identidade do grupo é constituída então “paralelamente ao desenvolvimento de um sentido e de um sentimento de ‘pertença’ ao grupo” (p. 17) e pelos contornos adquiridos no decorrer da história grupal.

Tendo em vista que um dos objetivos principais do processo de recuperação do dependente químico é a reconstrução de sua identidade, a concepção de identidade metamorfose proposta por Ciampa (1994) vem complementar esse quadro, na medida em que se concebe cada pessoa como co-criadora de *sua* própria identidade, participante ativa de um processo no qual se constrói e reconstrói permanentemente a identidade “ao mesmo tempo que vamos construindo um universo de significados que nos constitui” (p. 212). Nessa perspectiva, um *dependente químico* pode reconstruir sua identidade para um *dependente químico em recuperação*, na medida em que reconstrói seus significados, suas representações e crenças a respeito de seu mundo e de seus grupos de pertença. Como bem exprime Ciampa (1994, p.241):

O conteúdo que surgirá dessa metamorfose deve subordinar-se ao interesse da razão e decorrer da interpretação que fazamos do que merece ser vivido. Isso é busca de significado, é invenção de sentido. É autoprodução do homem. É vida.

É importante destacar que tal processo ocorre a partir das relações que o sujeito estabelece com o outro, com o meio social, com o grupo que dará suporte ou não aos papéis desenvolvidos por ele. A mudança de comportamento, ou a reformulação de vida pleiteada por dependentes químicos em recuperação decorre, então, necessariamente de uma mudança de papéis, da adoção de um novo modo de se relacionar com o outro que seria estimulado e implementado no processo de tratamento.

Santos (2006), em seu estudo acerca da construção da memória e da subjetividade no tratamento de alcoolistas e toxicômanos, identificou que a instauração da abstinência e o contato com o coletivo adquirem papéis fundamentais na recuperação do dependente químico na medida em que “forçam” um encontro do sujeito consigo mesmo, um pensar e refletir acerca do passado visando dar sentido ao presente. Nessa perspectiva, a autora localiza a memória como construção, ou re-construção, da subjetividade, mediada pelo grupo.

Ao discutir sobre o processo grupal, Martins (2003, p. 205) complementa que “o grupo passa a ser para o indivíduo uma referência para sua própria identidade ou vida, referência essa criada a partir do sentimento de pertença subjetiva a um grupo”. Podemos dizer então que o grupo, a partir da interação entre seus participantes, daria suporte a um novo papel aí criado e desenvolvido, na medida em que comportamentos concretos fossem inseridos no cotidiano das relações. O dependente químico em um grupo de mútua-ajuda, por exemplo, é visto como uma pessoa em busca de reformulação e não como um drogadicto, como a família muitas vezes teima em continuar rotulando, apesar das mudanças de comportamento apresentadas.

Campos e Ferreira (2007) compartilham dessa premissa ao dizer que qualquer característica da identidade, para se manter, precisa ser socialmente compartilhada, isso é, reconhecida pelo meio, para depois passar pela realidade subjetiva do indivíduo. Esses autores reiteram que o “indivíduo não conseguirá mudar a visão de si, se, ao mesmo tempo, os membros de seu grupo social também não o fizerem, legitimando essa nova visão” (p. 217). Por outro lado,

uma visão pejorativa, de si mesmo, construída e internalizada em relações sociais estigmatizadoras, pode levar o alcoolista a manter sua condição de dependente químico, determinando, em muitos casos, a não adesão ao tratamento e sucessivas recaídas (Campos e Ferreira, 2007, p. 218).

O grupo acolhe pela semelhança e ao mesmo tempo obriga a enxergar as diferenças. Esse diálogo incita a construção de uma narrativa sobre si mesmo, de uma reflexão sobre as

lembranças, buscando a produção de um novo sentido e de uma conscientização no sentido amplo da palavra: a tomada de consciência dos fatos e comportamentos do passado rumo a uma nova posição, rumo à ação (Santos, 2006).

Lima (2008), em seu artigo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria da identidade aponta que o grupo, através dos processos de identificação e de retroalimentação, proporciona nos indivíduos o desenvolvimento de um pensamento crítico que conduz a uma percepção de si mesmos como sujeitos ativos de suas histórias, possibilitando assim que saiam da alienação que os mantém na condição de objetos passivos que sofrem a história.

Na perspectiva de Lane (1997b), os significados adquiridos e compartilhados socialmente adquirem para o indivíduo uma significação pessoal a partir de sua história de vida e seus motivos, por um processo de identificação. Ele é um sujeito constituído de suas relações sociais e a mudança vai depender de seu grau de autonomia e iniciativa para mudar essas relações.

A teoria dos grupos operativos vem complementar esse quadro na medida em que considera que os objetivos em comum de um grupo se condensam em uma tarefa que constitui sua finalidade. Na situação em pauta, a tarefa do grupo de dependentes químicos atendidos em Vila Esperança consiste no tratamento da dependência química, na manutenção da abstinência. Porém, para que a tarefa seja realizada é preciso que o grupo de tratamento como um todo (organizado como uma comunidade segundo o modelo psicossocial) consiga resolver seus próprios problemas, criados a partir das ansiedades que surgem diante da necessidade de abandonar o que se tem (o uso de drogas) e de vivenciar uma nova condição (a de viver abstinente com qualidade de vida). Esses sentimentos se manifestam no relacionamento entre os membros.

Pela mobilização das estruturas estereotipadas por causa do montante de ansiedade que desperta a possibilidade de mudança (ansiedade depressiva por abandono do vínculo anterior...), chegamos a captar no aqui-agora-comigo e na tarefa do grupo, um conjunto de experiências, afetos e conhecimentos com os quais os componentes do grupo pensam e atuam, tanto em nível individual como grupal. No grupo operativo... coincidem o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa porque na operação da tarefa é possível resolver situações de ansiedade (Pichon-Rivière, 2005, p. 143).

No dia-a-dia das atividades do tratamento, constata-se que a partir das atividades propostas e pela interação entre os residentes vão aflorando dificuldades que se encontram num outro nível:

resistências, mecanismos de defesa, reações que tem uma estreita relação com o uso de drogas e se manifestam por uma dificuldade de se relacionar com o outro e consigo mesmo. Sendo um grupo centrado em torno da tarefa, seu processo de desenvolvimento se dá quando consegue analisar os fatores que se manifestam como dificuldades na dinâmica grupal no sentido de resolvê-las. O coordenador se coloca como figura primordial no sentido de ajudar o grupo a identificar as resistências e dificuldades em realizar a tarefa, em atuar como grupo e em elaborar rumo a uma ação transformadora da identidade dos participantes e, conseqüentemente, operar uma mudança na identidade do grupo.

Do mesmo modo, Pagès (1976) apresenta importantes pontos a serem considerados nessa perspectiva de compreensão das atividades grupais desenvolvidas em Vila Esperança no que se refere à importância de se considerar os aspectos afetivos ou sentimentais existentes entre os integrantes de um grupo. Pagès ressalta a importância de se considerar os fenômenos afetivos em suas dimensões conscientes e inconscientes buscando interpretá-los, haja visto que, apesar de se manifestarem individualmente de modos diferentes, governam o comportamento do grupo e guiam sua evolução. Destaca que “a realidade grupal é, no fundo, da ordem da afetividade ou do sentimento” (p. 15).

Os grupos são... conjuntos de pessoas, onde se vivencia de forma especial a relação vivida entre os homens. Ao mesmo tempo ela se modifica. Os grupos são de certo modo, cooperativas de explicitação e de transformação da relação. Sua especificidade é a de um sistema de defesa coletiva, diferente de um grupo para outro, influenciado pela história individual dos membros, pela história do grupo, pela cultura... Os grupos são, portanto lugares em que se elabora, se trabalha, e se modifica uma relação universal, vivida em nível inconsciente.... Os fenômenos de grupo são, no fundo, fenômenos psicológicos da ordem de sentimentos, mas logo se situando em nível coletivo (Pagès, 1976, p. 16).

Pagès (1976) e Pichon-Rivière (2005) apontam de forma semelhante a presença de um sentimento de angústia presente nos grupos, em Pagès identificado como angústia de separação e solidão, em Pichon-Rivière como medo da mudança, de perder o que já se tem. Esse sentimento constitui um dos aspectos também já observados no cotidiano de Vila Esperança em que inicialmente os residentes apresentam uma resistência em entrar em tratamento e admitir a condição de dependente químico, bem como em entrosar com os companheiros, uma espécie de estranhamento diante do novo, da necessidade de abster-se do uso da substância e participar das atividades sugeridas.

Tendo em vista as posições adotadas a respeito da importância do grupo no processo de recuperação dos dependentes químicos e na manutenção de uma nova identidade, para a compreensão e embasamento teórico das observações feitas e entrevistas realizadas neste estudo, utilizaremos trabalhos da área referentes aos temas principais abordados – dependência química, Psicologia Social, processo grupal, identidade – tendo como marcos teóricos autores aos quais nos identificamos e com os quais encontramos maior aproximação diante da realidade em foco: Baró (1989), Ciampa (1994, 1997), Lane (1997a, 1997b, 1997c, 1997d, 2008), Pagès (1982), Pichon-Rivière (2005), Vieira-Silva (2000).

A partir de tais conceituações, pretendemos elucidar as contribuições que a Psicologia Social pode fornecer à compreensão do processo de recuperação da dependência química, no contexto da instituição em foco, a partir do modelo de tratamento utilizado. Assim esperamos ter em mãos ferramentas mais delineadas para análise dos processos grupais e individuais que ocorrem no decorrer do tratamento, permitindo o questionamento e a melhoria das estratégias e intervenções realizadas.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Tendo em vista que a reformulação do projeto de vida e a reconstrução da identidade é um dos propósitos centrais do tratamento oferecido a dependentes químicos, pretendemos realizar um estudo que visa a identificar os processos psicossociais subjacentes ao tratamento da dependência química oferecido em Vila Esperança, centro coordenado pela Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos (APADEQ) de São João del-Rei, em Minas Gerais.

É importante ressaltar, mais uma vez, que consideramos ser de grande necessidade identificar, delimitar e ressaltar os elementos essenciais a essa perspectiva de tratamento, tendo em vista sua extrema importância no processo de recuperação de dependentes químicos e a escassez de estudos sistematizados na área. Pela identificação e análise dos procedimentos inerentes ao tratamento (nesse caso, sob a perspectiva psicossocial), teremos em mãos ferramentas que permitirão repetir essa experiência em outros contextos, questionar, problematizar e refletir sobre ela, orientando assim profissionais da área em suas atuações, a partir de uma base conceitual mais consistente, aprimorando cada vez mais o trabalho realizado e contribuindo para possíveis soluções desse que é um dos problemas mais relevantes da atualidade. Outro ponto essencial a ser destacado refere-se também à possibilidade de se inserir o tema da dependência química dentro de uma perspectiva psicossociológica, já que tem ficado restrito à área de saúde mental. Tal como apontado por Guerriero (2006) acerca dos métodos qualitativos de pesquisa, consideramos que este estudo pode ser útil a populações e contextos semelhantes embora não vise à generalização.

6.2 Objetivo específico

- Analisar as percepções a respeito da importância dos processos grupais na recuperação dos dependentes químicos atendidos a partir da análise dos fenômenos coletivos realizados pelos diversos atores participantes no processo de tratamento de Vila Esperança: ex-residentes do centro de tratamento, dependentes químicos em recuperação, psicólogos e conselheiros em dependência química, que compõem a Equipe Terapêutica e os monitores, que acompanham os residentes em todas as atividades diárias.

7. CAMINHOS PERCORRIDOS – O MÉTODO

Partindo do pressuposto de que a metodologia de uma pesquisa ou a escolha de uma perspectiva metodológica deve ir ao encontro dos objetivos do pesquisador e do objeto, faz-se necessário apontar os caminhos e questionamentos levantados rumo a uma possível opção metodológica tendo em vista que a construção de um estudo passa por diversos esboços.

A formatação do presente trabalho seguiu as orientações do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei¹³.

No decorrer da realização da presente pesquisa pretendíamos realizar um estudo predominantemente qualitativo. Sendo assim, os pressupostos da pesquisa qualitativa foram o pano de fundo, desde o início, sob o qual o projeto se constituiu e desenvolveu.

Minayo (2007) apresenta uma concepção de pesquisa qualitativa que muito bem se encaixa na proposta deste estudo e, conseqüentemente descreve o por quê dessa opção metodológica. Argumenta que a pesquisa qualitativa

trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada por seus semelhantes (Minayo, 2007, p. 21).

A abordagem qualitativa deve ser vista como uma atividade contextualizada que busca produzir sentido ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas atribuem aos lugares, relações e coisas que fazem juntas, visando a mudança social, o fortalecimento de indivíduos e de comunidades. Para ela, a participação do pesquisador nas rotinas e processos da comunidade permite melhor captar os significados das interações e vínculos que os próprios participantes atribuem a si e à sua realidade.

Assim, nos textos produzidos a partir de uma pesquisa qualitativa, muitos aspectos diferentes figuram simultaneamente: diferentes vozes, perspectivas e pontos de vista. Esses textos se movem do pessoal para o histórico e cultural, são dialógicos e presumem uma audiência ativa, com os leitores sendo convidados a explorar diferentes visões do contexto, a mergulhar e emergir com novas realidades a compreender (Guerriero, 2006, p. 28).

¹³ Disponível em 16 julho, 2011, de <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestrادopsicologia/2009/Normas/APA%20-%20ANPAD.pdf> e de http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestrادopsicologia/2011/Normas/APA_para_a_dissertacao.pdf

Guerriero (2006), em seu estudo acerca dos aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde, destaca como importante considerar o entrelaçamento sujeito-objeto na medida em que, pelo contato com características do pesquisado, também se conhece peculiaridades do pesquisador. O método apresenta-se nesse referencial como uma estratégia para contornar a influência da subjetividade do pesquisador, pela delimitação de seus referenciais e pressupostos, sem cair assim numa busca por uma neutralidade ilusória.

Esse foi o pressuposto adotado, o da construção social da realidade, o de que o tratamento oferecido em Vila Esperança adquire contornos e dimensões demarcados pelos atores envolvidos e que compartilham determinadas representações e significados a respeito do cotidiano da instituição, mais especificamente do setor de internação. Tais significados referem-se não somente às práticas do tratamento, mas também às relações entre os residentes, entre residentes e terapeutas, residentes e monitores, monitores e terapeutas. Considera-se que as representações acerca do tratamento estão contextualizadas de acordo com a função de cada um na instituição, bem como outros fatores, que podem incluir a formação, tempo de serviço na atividade, as experiências pessoais de vida etc.

A linguagem, como produto de uma coletividade, reproduz através dos significados das palavras articuladas em frases os conhecimentos – falsos ou verdadeiros – e os valores associados a práticas sociais que se cristalizaram, ou seja, a linguagem reproduz uma visão de mundo das relações que se desenvolveram a partir do trabalho produtivo para a sobrevivência do grupo social (Lane, 1997b, p. 33).

Como a dependência química representa hoje um mega problema mundial, não se pode deixar de ressaltar o grande crescimento do número e da variedade de tratamentos encontrados. Apesar disso, observa-se que a taxa de recuperação ainda é muito pequena. Consideramos que a efetividade do tratamento para dependência química depende de vários fatores, inclusive do tipo de tratamento. Diante do baixo índice de recuperação observado nos centros de tratamento para a dependência química existentes hoje e da grande variedade de intervenções realizadas, faz-se necessário identificar quais os elementos que podem contribuir para o sucesso ou fracasso do processo de recuperação, quais os elementos do tratamento podem ser decisivos para a manutenção da abstinência. Consideramos, portanto, que é necessário ir a um nível micro, mais demarcado, das atividades desenvolvidas e das relações iniciadas no processo de tratamento que

tem uma estreita ligação com uma possível metamorfose na identidade individual e grupal dos sujeitos envolvidos.

A partir de situações identificadas no decorrer da atuação enquanto terapeuta e também sob o olhar da revisão bibliográfica da presente pesquisa criou-se uma necessidade de identificar as perspectivas dos diferentes atores desse universo: os ex-residentes que já concluíram o tratamento residencial e estavam terminando o pós-tratamento, terapeutas que coordenam grande parte das atividades e monitores que não somente fazem a ponte entre esses dois segmentos, mas que estão em contato com os residentes durante todo o tempo e têm maior acesso às relações estabelecidas entre os pacientes para além das atividades coordenadas.

Consideramos que essa perspectiva vai ao encontro do que Minayo (1993) aponta ao colocar que a abordagem qualitativa encontra-se no campo da subjetividade e do simbolismo, na compreensão das relações e atividades humanas com os seus significados, diferente de uma análise calcada em agrupamentos a partir de conceitos ou categorias obtidas por observações ou experimentações que visam identificar uma ordenação do social.

Este estudo teve início em fevereiro de 2009, quando a pesquisadora iniciou um estágio na instituição. Retrata os questionamentos, conclusões e também a trajetória acadêmica e profissional, o aprimoramento e o aprendizado na área de dependência química, a experiência enquanto aluna de mestrado, estagiária docente, terapeuta e pessoa.

Nos primeiros quinze meses de realização da pesquisa, transcorreram o estágio, as observações e o conhecimento da metodologia de trabalho da instituição, a montagem do projeto, revisão bibliográfica (que perdurou por toda a pesquisa até o último momento), confecção de um artigo para conclusão da disciplina do programa de mestrado “Intervenções Psicossociais” (lecionada pela Prof^a Maria Lucia Afonso) e apresentação do projeto de qualificação. Em seguida foram planejadas as entrevistas, realizadas em maio, junho (pacientes) e setembro de 2010 (profissionais).

O procedimento de entrevista foi escolhido partindo do pressuposto de que por meio delas pode-se identificar as representações que os respondentes fazem do tratamento e das relações que os residentes estabelecem entre si e com os profissionais da instituição bem como a influência de tais relações na subjetividade dos envolvidos.

Concordamos com Duarte (2004, p. 215) ao sugerir que

se forem bem realizadas, [as pesquisas] permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados.

Nesse mesmo trabalho, Duarte (2004) faz indicações para uma boa entrevista em que destaca a necessidade do pesquisador ter bem definidos os objetivos da pesquisa, um conhecimento em profundidade do contexto de investigação, estabelecer um clima de informalidade e livre expressão das vivências e também considerar os sujeitos, sem perder de vista os objetivos de tal procedimento.

Considerando o cotidiano das atividades desenvolvidas no tratamento para a dependência química em Vila Esperança, as entrevistas com os pacientes foram incluídas no cronograma de atividades dos grupos de pós-internação, realizados na última sexta-feira de cada mês. Essa atividade consiste em um encontro com todos os ex-residentes, de São João del-Rei e outras cidades e é realizado em duas sessões, sendo a primeira constituída por uma palestra ou dinâmica e a segunda por uma atividade em que os clientes em alta partilham seus sentimentos quanto à conclusão do tratamento. Foram selecionados para compor nossa amostra todos os pacientes que passaram pelo período de internação, retornaram há cerca de seis meses para seus ambientes de convívio, continuaram frequentando as sessões de pós-internação na instituição e conseguiram, até o momento da entrevista, manter a abstinência. Nessa atividade, foi realizada uma entrevista em grupo onde a terapeuta e pesquisadora levantou o tema de sua pesquisa: a importância das relações grupais estabelecidas no decorrer do tratamento para a manutenção da abstinência e construção de uma nova identidade. A partir de um roteiro pré-estabelecido, buscamos estimular a participação de todos de modo a identificar o que realmente deu estímulo e suporte à manutenção da abstinência e também outros elementos que podem ter representado entraves ou dificultadores.

A partir da primeira entrevista grupal realizada com os pacientes em maio de 2010, iniciamos a transcrição e a análise dos dados. É importante destacar que em setembro de 2010, a pesquisadora foi convidada a compor a equipe técnica da instituição. Essa atuação foi realizada até março de 2011.

Podemos dizer que a amostra da pesquisa é representativa da instituição no recorte de tempo feito. Compôs-se de todos os pacientes que concluíram o tratamento nos meses de maio e junho de 2010, oito dos nove monitores que trabalhavam na instituição e seis dos sete terapeutas que atuavam diretamente com os pacientes, exceto a pesquisadora.

Todas as entrevistas tiveram a duração de cerca de cinquenta minutos. Primeiramente foram realizadas as entrevistas grupais com os pacientes. Inicialmente foi exposto a eles que essa seria uma atividade externa ao tratamento de Vila Esperança, em que eles estariam participando de uma pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei. Foi explicitada a questão da preservação do anonimato deles e de que a atividade seria gravada e posteriormente transcrita. A pesquisadora também assumiu o compromisso de informar a todos os voluntários acerca da conclusão da pesquisa e apresentação dos resultados. Em seguida foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e sanadas as dúvidas. A entrevista grupal foi composta de somente duas questões abertas:

“Qual a importância das relações vividas em grupo no período de internação para recuperação de vocês?”

“Qual a importância das relações vividas em grupo no período de pós-internação para recuperação de vocês?”

Iniciamos com a pergunta referente à importância do grupo no período de internação e a palavra foi aberta a todos os participantes. Após se colocarem, foi feita a segunda pergunta. Nas duas atividades com os pacientes foram entrevistadas quatorze pessoas, no total, sendo onze homens e três mulheres. No que se refere à coleta de dados dos profissionais, na entrevista grupal com a equipe terapêutica participaram seis pessoas, todos homens, sendo cinco Conselheiros em Dependência Química e dois psicólogos. Por fim, foi realizada a atividade com os monitores e participaram oito profissionais, sendo duas mulheres e seis homens.

As entrevistas foram transcritas após sucessivas escutas, visando retratar com a máxima fidedignidade as palavras e expressões tal como colocadas pelos entrevistados. Essa parte do processo demandou mais tempo e foi a mais minuciosa. As entrevistas, na íntegra e as análises dos dados foram organizadas em apêndices organizados no cd anexado no final deste texto.

Os apêndices contêm a versão final das análises das entrevistas e foram organizados da seguinte forma:

- O cd contém seis pastas de arquivos;
- A pasta de número 1 – Entrevistas – contém quatro arquivos que correspondem às transcrições das quatro entrevistas em grupo realizadas: duas com os pacientes, uma com os monitores e uma com os terapeutas;
- A pasta de número 2 – Categorias de análise individuais – contém vinte e oito itens que correspondem às análises das respostas dos vinte e oito entrevistados: em cada documento, apresenta em tabela o trecho da fala do entrevistado (segunda coluna) e a representação ou categoria identificada no fragmento de resposta (terceira coluna).
- A pasta de número 3 – Análise das respostas dos pacientes entrevistados – visa trazer uma exposição dos procedimentos utilizados para análise das respostas dos pacientes entrevistados. As análises das respostas por segmento iniciaram-se na revisão das respostas, dispostas lado a lado (Apêndice 1P), passando pela distribuição das respostas em categorias (Apêndice 2P), codificação de respostas (Apêndice 3P), identificação de similaridades entre as respostas (Apêndice 4P), compilação de respostas em subcategorias e frequências de respostas (Apêndice 5P) e resumo da análise (Apêndice 6P).
- A pasta de número 4 – Análise de respostas dos monitores entrevistados – apresenta os procedimentos utilizados para análise das respostas dos monitores e segue os parâmetros da pasta 4, com a utilização da letra “M” para designar o segmento analisado (Apêndices 1M, 2M, 3M, 4M, 5M e 6M).
- A pasta de número 5 – Análise de respostas dos terapeutas entrevistados, do mesmo modo, segue os parâmetros das pastas 3 e 4, para analisar as respostas dos terapeutas entrevistados.
- A pasta 6 – Análises das respostas de todos os segmentos entrevistados – visa compilar e analisar todos os entrevistados em conjunto (pacientes, monitores e terapeutas), separados por segmento. Inicialmente traz os resumos das análises de cada segmento (Apêndices 1TT, 2TT e 3TT). Em seguida dispõe, lado a lado, as subcategorias de respostas de cada segmento, separadas nas cinco categorias (Apêndice 4TT). Posteriormente, apresenta as similaridades de subcategorias de respostas encontradas em cada categoria (Apêndice 5TT) e as subcategorias obtidas pela análise do conjunto (Apêndice 6TT). Por fim, a pasta de número 6 traz o resumo da análise de respostas dos três segmentos em conjunto (Apêndice 7TT) e, para auxiliar na

compreensão de nossas interpretações, apresenta a distribuição das subcategorias de respostas por segmento (Apêndice 8TT).

É importante destacar que esta breve descrição do conteúdo dos apêndices tem o objetivo de familiarizá-los com os nossos procedimentos de análise e interpretação dos dados, mas serão novamente citados no decorrer do presente capítulo.

Duarte (2004) aponta que analisar entrevistas não é tarefa simples, pois exige do pesquisador uma atenção concentrada e monitorada no sentido de evitar retirar do discurso apresentado elementos que confirmem ou refutem suas hipóteses e os pressupostos do referencial teórico. Para ela, é imprescindível “estar muito atentos à interferência de nossa subjetividade, ter consciência dela e assumi-la como parte do processo de investigação” (p. 216). Visando contornar esse possível viés, após a primeira entrevista, ela foi avaliada pelo orientador, Prof. Dr. Marcos Vieira-Silva, e pela co-orientadora, Prof.^a Dra. Marília Novais Mata Machado, de modo a identificar influências do pesquisador nas respostas dos entrevistados.

Baseados em nossos objetivos, concordamos com Duarte (2004, p. 219) ao apontar que a tarefa de interpretar e analisar uma entrevista consiste em

extrair daquilo que é subjetivo e pessoal... o que nos permite pensar a dimensão coletiva, isto é, que nos permite compreender a lógica das relações que se estabelecem (estabeleceram) no interior dos grupos sociais dos quais o entrevistado participa (participou), em um determinado tempo e lugar.

A teoria das representações sociais de Serge Moscovici (1978) nos proporciona também o embasamento acerca de nossa concepção de representações, tendo em vista que é dado destaque aos processos cognitivos sociais e não individuais. Moscovici, em referência a Durkheim, coloca que

nós somos filhos de nossas representações passadas e presentes. São elas que nos impõem nossas condutas e mesmo nossas regras, na medida em que elas nascem dentro da vida da própria sociedade. “Nunca seria exagerado repetir que tudo o que é social consiste de representações e, conseqüentemente, é produto de representações” (Moscovici, 2003, p. 14).

Com tal colocação, Moscovici procura enfatizar o caráter mediador das representações, concepção partilhada por Farr (1994) ao afirmar que “o indivíduo tanto é um agente de mudança na sociedade como é um produto dessa sociedade” (p. 51). As representações são veiculadas e

compartilhadas na interação entre as pessoas e no entrelaçamento de discursos nos quais são expressas as significações, os valores e as visões de mundo.

Siqueira (1993) também recorre a Moscovici visando a explicitar como as cognições sociais permitem o processamento de um dado conhecimento, veiculado pela linguagem e a aquisição de uma impessoalidade e de uma publicidade desse conhecimento, o que permite a cada indivíduo agregá-lo aos valores e motivações da coletividade à qual pertence. Sob a perspectiva da Psicologia Social, elencando os conceitos de processo grupal, afetividade e identidade, consideramos que temos subsídios para melhor compreender o processo de tratamento oferecido em Vila Esperança e o significado que ele adquire para os sujeitos atendidos, articulando assim as dimensões individual e coletiva. Dessa forma, a Psicologia Social demonstra a possibilidade de contribuir para a compreensão e o tratamento da dependência química.

Diante dos contornos que o presente estudo alcançou, optamos por utilizar, para a análise de dados, as referências de análise de conteúdo, segundo Bardin (2009). Consideramos que essa metodologia conseguiu abarcar a profundidade, os significados, as percepções e representações de cada entrevistado, ao mesmo tempo em que permitiu uma visão do todo da instituição no recorte da entrevista e com a amostra dos três segmentos envolvidos no processo de tratamento.

Minayo (2007) indica um ponto importante a ser destacado: as entrevistas nos permitem ter acesso às narrativas e visões dos entrevistados e não necessariamente às suas práticas. Porém, no que se refere às práticas, tivemos um quarto personagem desse estudo, a pesquisadora que participou durante vinte e seis meses do cotidiano da instituição e, ainda, os personagens exteriores, o orientador e a co-orientadora desta pesquisa, que muito contribuíram com uma visão “de fora” da situação. O trabalho de orientação nos permitiu visualizar o fenômeno sob outro olhar, sob outras posições e assim refletir sobre as diversas nuances das relações estabelecidas entre os atores institucionais.

A análise de conteúdo veio conciliar duas dimensões do fenômeno: a compreensão das contradições e da profundidade das representações na sua totalidade. Assim veio a complementar também esse estudo a dimensão quantitativa, por meio das análises de frequências de respostas e suas respectivas proporções. Minayo (2007) acrescenta a respeito das abordagens qualitativa e quantitativa que

Os dois tipos de abordagem e os dados delas advindos, porém não são incompatíveis. Entre eles há uma oposição complementar que, quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa (p. 22)

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo consiste em um esforço interpretativo que passa por processos de validação. “A tônica é colocada nas orientações de valor, afetivas ou cognitivas, dos significantes ou enunciados de uma comunicação” (Bardin, 2009, p. 23). Nessa perspectiva, os objetivos da análise de conteúdo são:

- a superação da incerteza: o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo essa “visão” muito pessoal ser partilhada por outros? Por outras palavras, será minha leitura válida e generalizável?
- e o enriquecimento da leitura: se um olhar imediato, espontâneo, é já fecundo, não poderá uma leitura atenta aumentar a produtividade e a pertinência? Pela descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam (ou infirmam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a priori não possuíamos compreensão (Bardin, 2009, p. 31).

Consideramos que os referenciais da análise de conteúdo conferiram rigor ao presente estudo sem obscurecer as interpretações. Mais uma vez, recorrendo a colocações feitas pela própria Bardin (2009), ressaltamos que tais pressupostos nos serviram somente como referenciais. Os instrumentos e as estratégias utilizadas no decorrer das análises, como se verá adiante, seguiram um caminho próprio, construído pelas inquietações da pesquisadora e seus objetivos de realizar análises claramente descritas a fim de que outros pesquisadores possam acompanhar seu trajeto e suas linhas de raciocínio e assim colocá-los em discussão.

Tal como apontado por Gaskell e Bauer (2008, pp. 482-483), a confiabilidade de um estudo qualitativo é indicada pela clareza de seus procedimentos, construção do corpo da pesquisa e descrição detalhada. Destacam ainda que a transparência desempenha funções semelhantes à validade interna e externa. Esclarecem melhor, utilizando-se de Lazarsfeld, que diz:

Nem seria necessário dizer que a boa documentação, a transparência e clareza dos procedimentos na busca e na análise dos dados são uma parte essencial da qualidade do trabalho de pesquisa. A função central da documentação deve ser capacitar outros pesquisadores para reconstruir o que foi feito, a fim de testá-lo, ou imitá-lo para registro histórico (Lazarsfeld, 1951).

Esses foram nossos objetivos metodológicos na trajetória desse trabalho. Como já apontado, os diferentes procedimentos estão descritos no corpo deste capítulo e mostrados detalhadamente em cd anexo.

Sob essa perspectiva podemos dizer que este estudo visou não somente a identificar as dimensões e relações estabelecidas no tratamento que podem facilitar ou dificultar a recuperação dos pacientes, mas também, pretendeu levantar os significados e representações que o tratamento e o grupo adquiriram para os sujeitos, a dimensão simbólica que pode ser decisiva para a manutenção da abstinência no sentido da constituição de uma identidade individual e coletiva.

Consideramos que a atividade de coleta de dados, além de servir aos objetivos da pesquisa trouxe um retorno também para os segmentos envolvidos – pacientes, monitores e terapeutas – na medida em que incitou um pensar mais organizado a respeito da importância das relações estabelecidas no tratamento e na recuperação das pessoas.

Segundo Duarte (2004, p. 220):

o pesquisador oferece ao seu interlocutor a oportunidade de refletir sobre si mesmo, de refazer seu percurso biográfico, pensar sobre sua cultura, seus valores, a história e as marcas que constituem o grupo social ao qual pertence, as tradições de sua comunidade e de seu povo. Quando realizamos uma entrevista, atuamos como mediadores para o sujeito apreender sua própria situação de outro ângulo, conduzimos o outro a se voltar sobre si próprio; incitamo-lo a procurar relações e a organizá-las. Fornecendo-nos matéria-prima para nossas pesquisas, nossos informantes estão também refletindo sobre suas próprias vidas e dando um novo sentido a elas. Avaliando seu meio social, ele estará se auto-avaliando, se auto-afirmando perante sua comunidade e perante a sociedade, legitimando-se como interlocutor e refletindo sobre questões em torno das quais talvez não se detivesse em outras circunstâncias.

Pode-se dizer que ao realizar as entrevistas com dependentes químicos no momento de alta do tratamento, estávamos, também, intervindo no sentido de provocar uma reflexão sobre todo o processo de recuperação, possibilitando assim a organização do que já foi feito no sentido de direcionar o que virá.

Como já dito, as entrevistas com os pacientes que estavam concluindo o tratamento ocorreram em duas sessões de pós-internação, no momento da alta. Tal como previmos, consideramos que a entrevista, atendeu, ao mesmo tempo, aos objetivos deste estudo e também trouxe um retorno aos próprios pacientes, a realização de uma retrospectiva do tratamento e das fases do processo de recuperação. Mais do que responder aos questionamentos, observou-se que os pacientes trouxeram, em suas narrativas, fragmentos de suas histórias de vida.

Tal como sugerido por autores como Guerriero (2006), Goldim, Pithan, Oliveira e Raymundo (2003) e Araújo (2003), buscamos estabelecer e manter uma relação de confiança e proximidade entre a universidade e a instituição, para que houvesse uma abertura à análise, compreensão e

questionamento, visando a seu fortalecimento e à melhoria do serviço oferecido. Guerriero (2006) aponta a “importância de avaliar o funcionamento de instituições, apresentando o resultado à sociedade e possibilitando julgamento público” (p. 6), o que constitui um compromisso e um dever ético, de informação para a sociedade.

Para assegurar à instituição confiança em nossos procedimentos, foi documentada a autorização da Diretoria da APADEQ por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresenta os objetivos e procedimentos da pesquisa. O projeto de pesquisa foi também levado à Diretoria da instituição, esclarecendo as dúvidas que surgiram. Por fim, o estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da UFSJ.

O processo de consentimento livre e esclarecido tem por objetivo permitir que a pessoa que está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa compreenda os procedimentos, riscos, desconfortos, benefícios e direitos envolvidos, visando permitir uma decisão autônoma. A obtenção de consentimento livre e esclarecido é um dever moral do pesquisador, é a manifestação do respeito às pessoas envolvidas no projeto. (Goldim *et al.*, 2003, p. 372).

Depois da transcrição das entrevistas, foi feita uma análise em separado por segmento: primeiro os pacientes, depois os monitores e por último os terapeutas. Todo esse processo está descrito nos apêndices contidos no CD anexo, sendo que as pastas 3, 4 e 5 referem-se, respectivamente, às análises das respostas dos pacientes, monitores e terapeutas à entrevista.

As falas de cada entrevistado foram separadas e colocadas em tabela de modo a separar o fragmento da fala e o significado do fragmento, constituindo assim, subcategorias de resposta. Foram excluídas, respostas que se repetiam. As análises individuais das falas de cada entrevistado constam na pasta 2 dos apêndices, com o título “Categorias de análise individuais”.

Posteriormente à essa categorização inicial, as subcategorias foram dispostas em tabelas do programa Microsoft Office Excel e constituíram o apêndice 1 das pastas 3, 4 e 5, intituladas “Revisão das respostas dos entrevistados (usamos a letra P para pacientes, M para monitores e T para terapeutas). Nas tabelas feitas em Excel, as respostas foram dispostas em cores diferentes segundo a categoria de resposta na qual foram agrupadas. Esse procedimento foi realizado também com o objetivo de facilitar o manuseio e a classificação das respostas.

Foram feitas no total três revisões sistemáticas das entrevistas realizadas e suas respectivas categorias e subcategorias de respostas identificadas. Nas duas primeiras revisões, as respostas

foram divididas em cinco categorias a partir dos pressupostos que tínhamos e das perguntas feitas aos entrevistados:

- Identidade;
- Reflexões acerca do uso de drogas;
- Vivências e aspectos individuais do processo de tratamento e recuperação;
- Vivências e processos grupais do processo de tratamento e recuperação;
- Sentido da recuperação e sentimentos pessoais do entrevistado.
- Uma das lacunas encontradas nessa divisão foi a de que as vivências e situações apontadas pelos respondentes não tinham um marco temporal delimitado, se ocorrido na internação ou após a internação, por isso, optamos por redistribuir as respostas em:

- Identidade;
- Reflexões acerca do uso de drogas;
- Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação;
- Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação;
- Sentido da recuperação e sentimentos pessoais do entrevistado.

Nessa nova distinção de categorias de análise, passamos a considerar o período de tratamento e de recuperação como um todo. Porém, é indispensável ressaltar que essa separação é meramente didática, com o objetivo de auxiliar a compreensão dos elementos estudados, vivências e aspectos referentes a indivíduos e vivências e aspectos grupais, interacionais ou coletivos. Para facilitar a compreensão do leitor, trouxemos nos apêndices apenas a última revisão feitas das respostas, categorias e subcategorias analisadas.

No processo de categorização das respostas, elas foram então inicialmente destacadas em cores (Apêndices 1 e 2 das pastas 3, 4 e 5 do cd e Apêndices 4, 5 e 6 da pasta 6 do cd) de modo que cada cor corresponde à categoria na qual a resposta foi alocada:

- As respostas em amarelo referem-se à categoria “Identidade”;
- As respostas em cor laranja referem-se à categoria “Reflexões acerca do uso de drogas”;
- As respostas em cor lima referem-se à categoria “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação”;
- As respostas em cor verde referem-se à categoria “Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação”;

– As respostas em cor ameixa escuro referem-se à categoria “Sentido da recuperação e sentimentos pessoais do entrevistado”.

A identidade do dependente químico é representada pelo modo como ele se define e define sua condição. Esse modo é influenciado pelas relações que ele estabeleceu em toda sua história de vida, como uma colcha de retalhos. Nesse sentido, a identidade do dependente químico, que foi descrita pelos entrevistados em respostas agrupadas na categoria A é constituída por elementos das quatro demais categorias, o que demonstra que as categorias e subcategorias se afetam reciprocamente. A identidade é constituída pelas vivências de toda a trajetória da pessoa e como ela as elabora no presente; por isso, não há como separar as experiências de internação e pós-internação. Na categoria “Reflexões acerca do uso de drogas”, temos percepções de como o dependente químico interage no meio, “desconsiderando sua família” e “fugindo dos problemas”, segundo os entrevistados. A identidade atual do dependente – identidade considerada como processo constante de metamorfose, resultante do modo como elaboramos nossas experiências e como nos comportamos no meio social, promovendo assim uma imagem para o outro que nos devolve sua compreensão – é então resultante do modo como o dependente vivencia e elabora as experiências do processo de tratamento e como atua no meio social, após o período de internação. É resultante de um processo de reflexão promovido no tratamento, mas principalmente de como essas vivências e reflexões vão impulsionar novos comportamentos e interações no meio social e como elas vão ser reconhecidas pelas pessoas.

As cinco amplas categorias de análise utilizadas se encontram em extrema interligação, designam elementos subjetivos correlacionados com experiências coletivas que têm como produto uma transformação na identidade da pessoa. A conquista da abstinência do paciente traz a melhoria da qualidade de vida e das relações dessa pessoa, refletindo-se em todo o seu ambiente de convívio, inclusive em todos os seus grupos: familiar, profissional, social.

Após terem sido separadas e dispostas em cores, transpusemos as respostas identificadas para uma segunda tabela, dessa vez, com as respostas dispostas em colunas segundo a categoria de análise identificada. Elas podem ser vistas nos apêndices 2 das pastas 3, 4 e 5, intitulados “Categorização das respostas dos entrevistados”.

Visando acompanhar todo o processo realizado, voltamos a trabalhar com os dados em Microsoft Office Word e criamos códigos de referência para cada resposta, codificando-as.

Assim, podemos identificar qual entrevistado apresentou determinada resposta e localizá-la na entrevista na íntegra (Apêndices 3 das pastas 3, 4, e 5: Codificação de respostas dos entrevistados)¹⁴.

Tendo dispostas todas as respostas separadas por categorias, buscamos agrupar aquelas que consideramos equivalentes em seu conteúdo e sentido. Mais uma vez, visando à discussão e divulgação pública dos procedimentos (Alvez-Mazzotti & Gewandsnajder, 1998; Gaskell & Bauer, 2008), relacionamos quais respostas foram agrupadas sob determinada subcategoria (Apêndices 4 das pastas 3, 4, e 5: Categorias, subcategorias e respostas agrupadas). Em seguida, relacionamos em tabelas, as subcategorias de respostas, divididas por categoria de análise, conservando os códigos de referência de cada resposta agrupada na subcategoria, o número de cada entrevistado que apresentou tal resposta e o total de entrevistados que a apresentou (Apêndices 5 das pastas 3, 4, e 5: Categorias, subcategorias e frequências de respostas dos entrevistados). Para análise de cada segmento, organizamos um resumo, contendo apenas as subcategorias de respostas divididas em categorias e o total de entrevistados que apresentou cada resposta (Apêndices 6 das pastas 3, 4, e 5: Resumo da análise de respostas dos entrevistados).

Para a realização da análise de todos os segmentos entrevistados, reunimos os resumos das análises de respostas dos entrevistados (Apêndices 1TT, 2TT e 3TT da pasta 6) e pusemos as subcategorias de respostas por categoria em tabela (Apêndice 4TT da pasta 6). Em seguida, buscamos semelhanças entre as subcategorias dos três segmentos, colocando-as lado a lado (Apêndice 5TT da pasta 6 do cd: Análise das subcategorias de respostas dos segmentos entrevistados). Tendo identificadas equivalências, as organizamos no Apêndice 6TT da pasta 6 do cd, apontando primeiramente as subcategorias de respostas apresentadas pelos três segmentos (PMT), em seguida as apresentadas por pacientes e monitores (PM), por pacientes e terapeutas (PT), por monitores e terapeutas (MT) e por fim as respostas individuais de cada segmento: pacientes (P), monitores (M) e terapeutas (T). Do mesmo modo que o realizado nas análises individuais de cada segmento, apresentamos também o resumo da categorização de respostas de todos os segmentos entrevistados (Apêndice 7TT da pasta 6), contando o número de entrevistados por segmento que apresentou cada resposta e a proporção do total de entrevistados

¹⁴ É importante destacar que os referenciais descritos, valem para as análises individuais dos três segmentos: pacientes, monitores e terapeutas (pastas 3, 4 e 5 dos apêndices). As pastas 1, 2 e 6 dos apêndices seguem outra ordem.

que responderam à subcategoria. Por fim, o apêndice 8TT da pasta 6 traz uma outra forma de apresentação da análise das respostas de todos os segmentos entrevistados, destacando separadamente as respostas semelhantes entre os segmentos e as respostas particulares de cada um.

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como já colocado no capítulo referente à metodologia utilizada e escolha dos critérios de codificação, as categorias de análise se complementam mutuamente e auxiliam na busca de uma compreensão das dimensões psicossociais que influenciam no tratamento e na recuperação do dependente químico.

A amostra utilizada representa todos os pacientes que concluíram o tratamento nos meses de maio e junho de 2010. Quanto aos profissionais entrevistados, somente dois não participaram da entrevista por estarem cumprindo férias (um monitor e um terapeuta). Sendo assim, foram entrevistados quatorze pacientes, oito monitores e seis terapeutas.

A média de idade dos pacientes entrevistados foi 42 anos. O paciente mais velho tinha 55 anos e o mais novo 27. Dois pacientes entrevistados possuem nível de escolaridade superior, três possuem 2º grau completo, três relataram 1º grau completo e os outros seis têm 1º grau incompleto. Seis dos quatorze pacientes entrevistados residem em São João del-Rei, três residem em distritos e cidades próximos e os outros cinco procedem de outras cidades de Minas Gerais. Dos entrevistados, oito são dependentes de álcool, quatro de álcool, maconha, cocaína e crack, um de álcool e maconha e um de álcool, maconha e cocaína. A média de idade de início de uso de drogas foi 18 anos, variando a idade de início dos 9 a 26 anos. O período de abstinência que eles haviam conseguido anteriormente variou de uma semana a 12 anos. Para a maior parte dos pacientes – nove deles – esse foi o primeiro tratamento para dependência química realizado. Cinco deles já tinham realizado outro tratamento: uma internação em hospital-geral, duas em clínicas psiquiátricas, um tratamento ambulatorial e outro em comunidades terapêuticas ou “fazendinhas”.

Dentre os oito monitores entrevistados, a média de idade foi de 46 anos, sendo que o mais novo tinha 24 anos e o mais velho 68 anos. Três deles têm formação técnica em enfermagem, sendo que dois possuem também formação superior. Os cinco restantes têm o segundo grau completo. Como já foi dito, três dos oito monitores são dependentes químicos em recuperação, sendo que dois realizaram o tratamento na instituição. A experiência média na função entre eles

era de dois anos e meio, sendo que um deles estava na instituição havia oito meses e outro 13 anos.

Na equipe terapêutica, a média de idade dos seis foi de 47 anos. O terapeuta mais novo entrevistado tinha 33 anos e o mais velho 57 anos. Quatro dos seis entrevistados são técnicos (conselheiros em dependência química); são dependentes de álcool e outras drogas que passaram pela experiência de tratamento (um deles na instituição) e se encontram em recuperação. Os outros dois são psicólogos e não são dependentes de nenhuma substância.

A tabela 1 apresenta as respostas dispostas na categoria “Identidade” (nP, nM e nT referem-se respectivamente ao número de pacientes, monitores e terapeutas e N ao número total de entrevistados). A tabela enumera itens que são, no caso dos dependentes químicos em recuperação, representações de si-próprios e, no caso de monitores e terapeutas, representações relativas às transformações subjetivas acarretadas pelo tratamento. As células à direita apresentam o número de entrevistados de cada segmento que deu resposta passível de ser classificada em cada um dos itens que descrevem a categoria em pauta e suas respectivas proporções (por exemplo, 3 é o número de terapeutas que se expressou acerca do item 01 da categoria “Identidade”, o que corresponde à metade (0,50) do número de terapeutas entrevistados). Embora o número total de entrevistados seja 28, os totais podem ser superiores (ou inferiores) a esse número, pois cada segmento pode se expressar mais de uma vez a respeito do item ou não se expressar de todo. Observa-se na última linha da tabela que, proporcionalmente, os que mais se expressam, nessa categoria, são os terapeutas, seguidos pelos monitores.

Tabela 1: Categoria A – Identidade

Categoria IDENTIDADE		Entrevistados por segmento			
		nP	nM	nT	N
		=	=	=	=
		14	8	6	28
01	O paciente em tratamento se conscientiza de que dependência química é uma doença e que é um doente	5	4	3	12
		0,35	0,50	0,50	0,42
02	O paciente em tratamento se conscientiza de que é um dependente químico, um adicto	6	3	1	10
		0,42	0,37	0,16	0,35
03	O grupo e o tratamento contribuem com a restauração da identidade da pessoa		1	2	3
			0,12	0,33	0,10

04	No tratamento, o paciente se conscientiza de que é impotente perante às drogas	2 0,25	2 0,07
05	O paciente vê o adicto como uma pessoa sentimental e carente	1 0,07	1 0,03
06	O dependente químico em recuperação conscientiza-se de que se voltar a usar drogas, voltará a ser a pessoa que era	1 0,12	1 0,03
07	A perda da identidade é um dos principais sintomas da dependência química		1 0,16 0,03
08	A pessoa, na dependência de drogas passa a se resumir a um dependente químico		1 0,16 0,03
09	No tratamento o paciente percebe que não se resume a um usuário de drogas		1 0,16 0,03
10	O dependente químico cria problemas para si todos os dias		1 0,16 0,03
TOTAL DE RESPOSTAS		12 0,85	11 1,37
		10 1,66	33 1,17

Na tabela 1 podemos observar duas subcategorias com respostas semelhantes entre os três segmentos entrevistados: os itens 1 e 2. Eles se referem ao processo de conscientização do paciente de que seu uso de drogas tornou-se patológico, isso é, uma doença, uma relação de dependência e, conseqüentemente, uma assunção da identidade de dependente químico ou adicto. A 3ª subcategoria traz respostas de três entrevistados (monitores e terapeutas) que destacam que “o grupo e o tratamento contribuem com a restauração da identidade da pessoa”. As demais subcategorias de resposta são particulares a cada segmento.

Esses indicadores são de grande importância no tratamento e recuperação do paciente, na medida em que a identificação do paciente como portador de uma doença crônica, incurável e que possui uma série de sinais e sintomas, abre possibilidade de tratamento e recuperação. Essa identificação como doente e dependente permite ao paciente não somente compreender seus comportamentos, mas também o situa como semelhante em um grupo de pessoas que tem as mesmas questões psicopatológicas, mas que conseguem viver com qualidade de vida.

E como eu disse, quando a pessoa vem para o tratamento, eu penso que a principal função do tratamento em si é fazer com que essa pessoa possa ressignificar a vida dela. De que forma? Primeiro. Isso é o primeiro passo dentro do modelo Minesotta: Assumir essa... é... Assumir essa condição. Que condição? Dependente químico. À partir do momento que eu faço isso, eu começo a ressignificar minha vida, porque eu começo a perceber que eu sou muito mais do que isso. Eu não me resumo a usuário de droga (Terapeuta 1).

Eu pra mim no meu caso, a influência aqui dentro é muito mais do que você libertar do álcool, no meu caso, aqui é muito mais fácil porque aqui todo mundo compreende o que você já passou porque aqui todo mundo somos dependentes químicos, entendeu? (Paciente 1)

A representação do terapeuta, apresentada nas subcategorias de respostas particulares (itens 7, 8, 9 e 10) enfoca a importância de se trabalhar a identidade do dependente químico no uso de drogas e do tratamento contribuir com sua restauração.

Pois é. Essas pessoas chegaram aqui e eu disse anteriormente, o meu modo de entender, são os principais sintomas da dependência química é justamente a perda da identidade. De que forma que eu perco essa identidade? Pela minha assim, pelo meu não vínculo mais a esses grupos. Então a droga, a dependência em si, ela tem a capacidade de interromper essas relações sociais que eu tenho. Enquanto participante de uma igreja, enquanto participante de uma família, de membro, de uma família, enquanto trabalhador, então eu perco esses laços e com essa perda, com essa ruptura, justamente, eu vou perdendo a minha identidade. Então é muito comum a gente ver as pessoas aqui, a identificação, não assim como participante daquela família, como filho de fulano de tal, como aquele trabalhador, como aquele, aquela pessoa religiosa, seja qual for a religião que ela faça opção, mas ele resumindo a ser dependente químico. “É o cachaceiro, é o maconheiro, é o vagabundo, é o sem vergonha”. É aquela pessoa que as pessoas não confiam mais. Muitas vezes isso é até de forma velada, né? E como eu disse, quando a pessoa vem para o tratamento, eu penso que a principal função do tratamento em si é fazer com que essa pessoa possa ressignificar a vida dela (Terapeuta 1).

A tabela 2 vem complementar essa distinção fazendo referência ao uso de drogas, isso é, como os entrevistados vêem o usuário e como o dependente químico se vê quando as está utilizando.

Tabela 2: Categoria B – Reflexões sobre o uso de drogas

Categoria	Entrevistados por segmento			
	nP	nM	nT	N
REFLEXÕES SOBRE O USO DE DROGAS	=	=	=	=
	14	8	6	28
01 O dependente químico, quando está usando drogas, não percebe o que ocorre à sua volta	3	1		4
	0,21	0,12		0,14
02 O dependente químico usa drogas para fugir da sua realidade	2	1		3
	0,14	0,12		0,10
03 Quando a pessoa está fazendo uso de drogas, tudo é desculpa para usá-las	1		2	3
	0,07		0,33	0,10
04 Na fase de uso de drogas, o dependente não pede ajuda às pessoas	1	1		2
	0,07	0,12		0,07
05 A dependência química faz a pessoa adquirir defeitos de caráter e cometer insanidades		1	1	2
		0,12	0,16	0,07
06 No uso de drogas o dependente químico perde o controle sobre sua vida		1	1	2
		0,12	0,16	0,07
07 No uso de drogas o dependente químico perde a confiança das pessoas		1	1	2
		0,12	0,16	0,07
08 O paciente relata que tratamentos podem ser	2			2

	experiências ruins	0,14			0,07
09	O dependente químico, quando está fazendo uso de drogas fica egocêntrico e só pensa em si mesmo	2			2
		0,14			0,07
10	Na fase de uso de drogas, o paciente não quer se tratar	2			2
		0,14			0,07
11	No uso de drogas, o dependente químico não sabe lidar com seus sentimentos		2		2
			0,25		0,07
12	No uso de drogas, o dependente é nervoso	1			1
		0,07			0,03
13	Antes de entrar em recuperação, o paciente não aceita o que lhe é sugerido	1			1
		0,07			0,03
14	O dependente químico, no uso de drogas, usa-as com vontade, excessivamente	1			1
		0,07			0,03
15	O paciente diz que não se consegue parar de fazer o uso de drogas sozinho	1			1
		0,07			0,03
16	O dependente químico tem uma dupla personalidade		1		1
			0,12		0,03
17	O dependente químico não tem limites		1		1
			0,12		0,03
18	No tratamento, o paciente percebe que não gosta da pessoa que se tornou com o uso de drogas		1		1
			0,12		0,03
19	O usuário de drogas é rotulado pelas pessoas			1	1
				0,16	0,03
20	Dependência química é uma doença primária			1	1
				0,16	0,03
21	Dependência química é um problema incurável			1	1
				0,16	0,03
22	O uso de drogas torna-se crônico para o dependente químico			1	1
				0,16	0,03
23	Quando o residente chega ao tratamento, ele já vem na tentativa de sair daquele mundo			1	1
				0,16	0,03
24	O dependente químico no uso de drogas fazia “palhaçadas”			1	1
				0,16	0,03
TOTAL DE RESPOSTAS		17	11	11	39
		1,21	1,37	1,83	1,39

As subcategorias de respostas dos entrevistados categorizadas em “Reflexões sobre o uso de drogas” foram diversificadas. O maior índice de semelhança de respostas encontrado nessa categoria obteve proporção de respostas de 0,14 (item 1).

Nas respostas, pacientes e monitores apontaram que na fase de uso, o dependente “não percebe o que ocorre à sua volta”, “usa drogas para fugir da sua realidade” e “não pede ajuda às pessoas”. Já os pacientes, em conjunto com os terapeutas apontaram que “tudo é desculpa para usá-las”.

Noutra perspectiva, monitores e terapeutas (um de cada segmento), destacaram que no uso de drogas o dependente químico “adquire defeitos de caráter e comete insanidades”, “perde o controle de sua vida” e “perde a confiança das pessoas”.

Quando a gente tá doente a gente não vê... As pessoas de fora que vê (Paciente 6).

É... pra mim a passagem também foi de extrema importância sabe? Várias capacidades. Me acordou, enxergar uma vida totalmente diferenciada. Eu vivia uma vida num mundo ilusório que eu tinha montado pra mim com a minha doença aflorada, sabe? E com a potencialização disso aí no uso compulsivo de drogas. E aqui, sabe? A partir do momento que você entra numa atmosfera de todo mundo praticamente falido, derrotado, você começa a admitir sua impotência perante a droga, perante a doença, perante o outro, perante a sua pequenez, sua fragilidade, igual o Felipe, que vivia totalmente egocêntrico, achando que era o cara, querendo olhar tudo por cima e a partir do momento com essa convivência em grupo, sabe? Eu fui me sintonizando (Paciente 13).

Nesses dois fragmentos de entrevista, os pacientes exprimem como o tratamento permitiu que eles ressignificassem suas vivências. Segundo os relatos, a partir da experiência de grupo, eles puderam perceber de outro modo as situações que estavam vivendo, dar um novo sentido a elas e assim direcionar as presentes e futuras. O paciente 13 chama de “*mundo ilusório*” a forma anterior na qual estava vivendo e o paciente 6 diz que não via o que estava acontecendo, mas quem via era o outro.

Em outra entrevista, dois monitores apontam que o dependente químico não sabe lidar com seus sentimentos e faz uso de drogas diante dessa inabilidade. Segue abaixo o exemplo de um deles:

Eu acredito que o mais importante na minha situação nessa convivência entre eles é os sentimentos que despertam neles essas relações, que a maioria dos sentimentos lá fora quando eles tinham, falando de mim também, quando tava internado, quando tinha a gente recorria de uma outra maneira, anestesiava, se drogava e não aceitava aquele sentimento, principalmente quando era um sentimento de difícil aceitação (Monitor 3).

Um ponto interessante a se destacar encontra-se na fala do terapeuta que apresenta a concepção acerca da dependência química como doença primária.

É a questão da consciência dele porque é falado pra ele aqui, Andréa, que essa doença é uma doença primária. Se você resgatar esse conceito e dar prioridade em cima do problema ele vai ter condição de se reintegrar na situação de família, trabalho, porque a dependência química tirou tudo dele. [...] Mas ele só vai ter sucesso se tiver com a concepção que essa doença é primária pra ele recuperar os outros pontos (Terapeuta 2).

A perspectiva de dependência química como doença primária abre a discussão sobre o conceito de comorbidade (Laranjeira, Ribeiro e Cividanes, 2005). Nos sites de buscas no meio on-line temos, por exemplo, cerca de 71.500 resultados que apontam a dependência química como “doença primária, progressiva e fatal”. A literatura psiquiátrica (como citada anteriormente no que se refere ao conceito de comorbidade) aponta que a dependência química pode ser a patologia primária, isso é, primeira patologia e agravadora de outras, como depressão e ansiedade, por exemplo, mas pode também, em outros casos, ser secundária e não primária. Utilizando o mesmo exemplo acima, uma pessoa pode apresentar um transtorno depressivo ou transtorno de ansiedade e vir a desenvolver dependência de uma substância, progressivamente, como resultado de uma tentativa de apaziguar tais sintomas com a droga. Sendo assim, a dependência de drogas não necessariamente é uma patologia primária. Em alguns casos, pode ser secundária.

Essas considerações visam demonstrar apenas o quanto a dependência química é um fenômeno multifacetado. Algumas de suas diversas sintomatologias foram citadas também nas respostas da categoria B. Outro ponto importante que pode explicar a baixa frequência de respostas nas subcategorias identificadas deve-se ao fato de que as duas perguntas feitas na entrevista referem-se diretamente a aspectos grupais e não a situações da fase de uso de drogas.

Por outro lado, ao considerar tal categoria, podemos nos remeter também aos critérios diagnósticos para dependência de substância e à discussão acerca da cultura do uso de drogas. Não podemos nos esquecer de que o dependente químico, no uso, faz parte também de um grupo. Na fase de experimentação, um dos fatores que levam ao uso de drogas é a interação, para socializar, fazer parte de um grupo. Entre a experimentação e a dependência, ocorreria todo um processo de socialização da pessoa com outros usuários, para adquirir e utilizar a droga, seja o álcool, nos bares, festas, na própria família, sejam as drogas ilícitas, quando muitas das vezes é necessária toda uma interação para adquirir, portar e utilizar a drogas sem que a família ou as autoridades vejam. Sendo assim, os comportamentos apontados na categoria B trazem um quadro do usuário em fase de dependência; porém, nas fases anteriores, de uso e abuso, o dependente muitas das vezes mantém a convivência social e até aumenta a convivência com outros pares que também fazem uso. Está aí, mais uma vez a questão da identificação. Do mesmo modo que o

usuário encontra acolhimento, por ver pessoas com questões iguais à dele, quando entra no tratamento, ele também encontra¹⁵.

A tabela 3 traz as respostas alocadas na categoria “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação”. Como já dito, fizemos essa separação didática visando destacar aspectos coletivos ou interacionais do processo de tratamento e recuperação, alocados na categoria D.

A categoria C traz elementos individuais que são trabalhados no tratamento, referentes a aspectos cognitivos e comportamentais do sujeito. Refere-se às mudanças de percepção e representação acerca de si e do outro (algumas já citadas na categoria A) e também às mudanças no modo como o indivíduo se relaciona com o meio e com suas dificuldades.

Tabela 3: Categoria C – Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação

Categoria	Entrevistados por segmento			
	nP	nM	nT	N
VIVÊNCIAS E PROCESSOS INDIVIDUAIS DO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO	=	=	=	=
	14	8	6	28
01 No processo de recuperação, o paciente aprende a lidar com suas dificuldades e seu desejo de usar drogas	9	6	4	19
	0,64	0,75	0,66	0,67
02 No tratamento o paciente passa a refletir sobre o que fazia no uso de drogas	4	5	3	12
	0,28	0,62	0,50	0,42
03 No processo de recuperação é importante colocar em prática as sugestões adquiridas no tratamento	3	6	3	12
	0,21	0,75	0,50	0,42
04 No processo de recuperação, o paciente passa a ter maior aceitação de situações e pessoas que ele não controla	5	3	2	10
	0,35	0,37	0,33	0,35
05 No processo de recuperação, ocorre uma mudança na compreensão do paciente acerca de sua vida e no seu modo de viver	9			9
	0,64			0,32
06 O tratamento traz auto-conhecimento	2	3	2	7
	0,14	0,37	0,33	0,25
07 É importante ter força e determinação para se tratar	6	1		7
	0,42	0,12		0,25
08 No processo de recuperação, a fé em um Poder Superior é importante	5	1		6
	0,35	0,12		0,21
09 O acompanhamento terapêutico pós-internação é importante à continuidade da recuperação	3		2	5
	0,21		0,33	0,17

¹⁵ Marques e Ribeiro (2006) trazem uma apresentação clara e objetiva dos critérios de abuso e dependência de substâncias bem como de fatores de risco e proteção.

10	No tratamento o paciente passa a reformular seus comportamentos e sua vida	2	3	5
		0,25	0,50	0,17
11	O paciente chega ao tratamento debilitado física e/ou psicologicamente	5		5
		0,35		0,17
12	Ao sair da internação, o dependente químico deve continuar sua recuperação individualmente	1	3	4
		0,12	0,50	0,14
13	No processo de recuperação, o paciente passa a colher as conquistas decorrentes de sua abstinência	4		4
		0,28		0,14
14	No tratamento, o paciente aprende a lidar com seus sentimentos	4		4
		0,50		0,14
15	No processo de recuperação, o paciente passa a se responsabilizar pelas consequências de seu uso de drogas	2	1	1
		0,14	0,12	0,16
16	No processo de recuperação, o paciente conscientiza-se de que problemas continuam a existir do mesmo modo	1	1	3
		0,07	0,12	0,10
17	Vivenciar a possibilidade de morte é decisivo no processo de recuperação	2		2
		0,14		0,07
18	No processo de tratamento o paciente tem recaídas no uso de drogas	2		2
		0,14		0,07
19	No processo de recuperação, o paciente busca ter uma vida normal e melhor	2		2
		0,25		0,07
20	O programa dos 12 Passos é espiritual		2	2
			0,33	0,07
21	O centro de tratamento representa um espelho da realidade e um treinamento para a volta ao convívio social	1		1
		0,07		0,03
22	O método de tratamento é provocativo	1		1
		0,07		0,03
23	O tratamento provoca uma “lavagem cerebral” no paciente	1		1
		0,07		0,03
24	O período de internação é um momento exclusivo do paciente, longe da família	1		1
		0,07		0,03
25	Na internação, o paciente se encontra por causa de pequenos detalhes	1		1
		0,07		0,03
26	Na internação, o paciente questiona algo que surge	1		1
		0,07		0,03
27	Mesmo em recuperação, o paciente não aceita ser sinalizado	1		1
		0,07		0,03
28	A volta da organização de sua vida é um fator importante à manutenção da abstinência do paciente	1		1
		0,07		0,03
29	Com as mudanças promovidas pela abstinência, o paciente volta a sentir depressão	1		1
		0,07		0,03
30	No tratamento o paciente começa a trabalhar para que seus defeitos de caráter não aflorem	1		1
		0,12		0,03
31	O profissional também aplica as sugestões do programa	1		1

	dos 12 Passos em sua vida	0,12		0,03	
32	Não é a internação que vai resolver o problema	1		1	
		0,12		0,03	
33	Quando ocorre a recaída significa que a releitura da vida feita no tratamento não valeu a pena	1		1	
		0,12		0,03	
34	O paciente deve se dedicar ao tratamento e esquecer o que ocorre fora da internação	1		1	
		0,12		0,03	
35	Ao sair da internação, o dependente químico tem que fazer escolhas	1		1	
		0,12		0,03	
36	O tratamento é um processo de aprendizado	1		1	
		0,12		0,03	
37	A vida está sempre ensinando alguma coisa		1	1	
			0,16	0,03	
38	A eficácia do tratamento é baixa		1	1	
			0,16	0,03	
39	Há situações que são de responsabilidade de todo um contexto		1	1	
			0,16	0,03	
40	Existem outras formas de se recuperar		1	1	
			0,16	0,03	
TOTAL DE RESPOSTAS		70	43	28	142
		5,00	5,37	4,66	5,07

Na categoria “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação” a assertiva mais apresentada foi de que “no processo de recuperação, o paciente aprende a lidar com suas dificuldades e seu desejo de usar drogas”, apresentado por 67% dos entrevistados, uma proporção de 0,64 dos pacientes, 0,75 dos monitores e 0,66 dos terapeutas.

Nas respostas identificadas nessa subcategoria, vimos exemplos acerca da mudança dos pacientes na interação com pessoas que fazem uso de drogas, na ida a lugares de uso e venda, na forma como ele lida com o desejo de usar e no que deve e não deve fazer. Essa mudança é decisiva no seu processo de recuperação e muito enfatizada na Psicologia dentro do programa chamado Prevenção de Recaídas (Marlatt & Donovan, 2009), que consiste em trabalhar com o paciente visando a identificar situações que podem representar risco à abstinência e traçar estratégias para evitá-las ou aprender a superá-las.

Às vezes eu ia no barzinho buscar no barzinho assim, perto da minha casa. Porque agora eu mudei. [...] Tem um barzinho perto da minha casa, não pertinho da minha casa. Eu ia buscar pão [...] e aí às vezes chegava lá, tinha gente tomando cachaça assim de manhã, aí eu falava pra ela: “Maria José, por favor, arruma aí o pão rapidinho, porque eu não quero ficar aqui, não quero dar motivo pro meu filho falar.” [...] Então aí eu parei de ir lá. [...] “Ah, Amélia, você sumiu!” Falou assim: “Você tá

evitando por causa de bebida?” – Ai eu falei assim: “Ah, Maria José! Não é só por isso, é porque eu também não p aguentando andar mesmo, eu não p com vontade, sabe? Parei de sair...” E melhorou agora porque agora ele não tem como ele falar nada, porque teve uma quadrilha lá perto de casa, eles foram. Ai minha a vizinha ainda me chamou: “Vamos lá. Tem [...] quentãozinho, tem um choconhaque.” – Eu falei: “Não! Vou não!” Eu não vou, já pra não ser induzida, já assim, porque às vezes, [...] eles ficavam me instigando e ... [...] Parei de ir, parei. Já aprendi, pra não dar mais problema, ai eu parei de ir, graças a Deus, eu resolvi (Paciente 13).

Porque é lógico, tem festa, casa de família, tem show e eu vou, eu vou. É... Vejo pessoas se drogando, bebendo, mas geralmente eu estou bem estudado, eu estou consciente do que eu quero que é a recuperação e com pessoas que não fazem uso. Porque a partir do momento que você sair daqui e continuar convivendo no mesmo círculo ou muito próximo é meio caminho andado pra uma recaída e a recuperação é.. tanto aqui como lá fora é uma coisa só. É só plantar uma consciência do problema. Eu não posso, eu não quero, eu não devo (Monitor 7).

Nessa mesma categoria, 12 entrevistados apontaram que “no tratamento o paciente passa a refletir sobre o que fazia no uso de drogas” e que “é importante colocar em prática das sugestões adquiridas no tratamento”. Deve-se destacar que nessas duas subcategorias, embora não tenham sido apresentadas pela maioria dos entrevistados (0,42), analisando separadamente as respostas de cada segmento, elas foram apresentadas por mais da metade dos profissionais.

Essas questões já foram apontadas nas categorias anteriores nas quais o tratamento seria um processo de ressignificação de experiências anteriores e de mudança de comportamentos e interações sociais. Sendo assim, o que o tratamento realiza, principalmente no período de internação, é um estímulo à mudança de representações, crenças e atitudes. O tratamento estimula novas interações, uma nova forma de se relacionar com o outro, por meio dos funcionários, entre os pacientes e com os familiares que vêm visitá-los, mas o processo de recuperação vai efetivamente se concretizar quando essas interações e comportamentos, esse novo personagem criado no tratamento começar a ser atuante também no meio de convívio, após a saída da internação e ali se desenvolver e perpetuar, realimentando-se todos os dias.

Quando eu vim pra cá eu em todos os dias que eu fiquei aqui fiz muita reflexão sobre tudo da minha vida, tanto que eu era muito calado, eu ficava era fumando muito e observava muito o comportamento das pessoas e essa reflexão me levou a ver muita coisa, refazer minha.... meu modo de vida, relembrar da forma que eu vivia por causa de algumas disciplinas que tinham aqui que eu havia perdido. Coisas idiotas como dobrar um cobertor adequadamente, horário pra acordar, bater sino. Eu sempre fui muito disciplinado. Eu tinha perdido e aqui eu consegui resgatar isso, sabe? (Paciente 10)

Eu acredito que... Bom... No meu caso, por exemplo, como ex-residente, foi determinante na minha recuperação, tanto aqui dentro como lá fora, eu entrar em contato com a realidade que estava sendo a minha vida (Monitor 7).

Eu ia falar, mas ele falou quase tudo então. É importante o que ele falou não é? Porque eu ia falar sobre essa, por causa dos sentimentos e a reflexão dele aqui dentro. Então ele possa refletir realmente tudo que ele fez lá fora e começa a perceber e sentir esse sentimento que ele não sentia lá fora. [...] Eu falei, não, pra mim agora ficou fácil porque eu enxerguei quem eu era. E eu vi que aquela pessoa que eu estava enxergando eu não gostava (Monitor 5).

Em relação a falas particulares, mais expressivas do segmento na categoria C, nove pacientes apontaram uma “mudança na compreensão do paciente acerca de sua vida e no seu modo de viver” no processo de recuperação. Três terapeutas destacaram que “no tratamento o paciente passa a reformular seus comportamentos e sua vida” e que nesse processo ele “deve continuar sua recuperação individualmente”. Quanto aos monitores, quatro deles destacaram que “no tratamento o paciente passa a se responsabilizar pelos seus sentimentos”.

A reformulação de vida, um termo utilizado pelos profissionais nesse estudo, refere-se ao conjunto das mudanças do paciente no processo de recuperação, mudança no modo de pensar que reflete em sua mudança comportamental e conseqüentemente em atuação nos grupos. O terapeuta exemplifica essa colocação:

Eu vejo que a gente tá diante de um programa que baseia muito na questão da sugestão. Por isso que eu falo da importância do grupo ainda mais nesse processo de pós-internação que vejo que é a maior dificuldade que o dependente químico se encontra lá fora é manter-se no processo de reformulação de vida. O parar de usar é muito fácil, manter-se limpo na rua encontra-se uma série de dificuldades. Ainda mais quando se encontra famílias de co-dependentes que não exercitam o programa, não tem uma vivência de programação. Como os objetivos do pós: isolar, ventilar, modificar tensões familiares, manter a disciplina diária. Acho que tudo isso é crescimento e ele só consegue superar essas dificuldades que eles vão encontrar lá fora, desenvolver uma capacidade de enfrentamento com as circunstâncias do dia-a-dia se ele manter-se frequente nos grupos de mútua ajuda. A relação que ele vai ter com o grupo, com o padrinho, aquilo que é passado pra ele aqui dentro dar continuidade lá fora. Porque pra mim a recuperação ela se dá do portão pra fora. É lá fora que ele vai ter que desenvolver a capacidade dessa mudança que foi sugerida a ele praticar lá fora. Então ele só consegue manter-se lá fora com esse processo de reformulação. (Terapeuta 5).

É dentro dessa perspectiva que os entrevistados dizem também que o “tratamento traz auto-conhecimento”, no sentido de que o paciente passará a conhecer melhor como estava sua vida, quais são seus limites e dificuldades e a partir dessa compreensão poderá mudar sua vida.

Outro ponto colocado pelos entrevistados diz respeito ao conceito de aceitação, amplamente utilizado pelos grupos anônimos (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 junho; Narcotics Anonymous World Service, 2006). Dez dos entrevistados apontaram que “no processo de recuperação, o paciente passa a ter maior aceitação de situações e pessoas que ele não controla”.

Só que o que eu aprendi aqui dentro, que eu tenho que assim, por em prática nesse momento é que o principal é que eu não posso mudar o próximo. Então foi o que meu padrinho me falou, entendeu? “Você pode mudar você mesmo, Tadeu. Você pode mudar você mesmo.” Você não pode mudar o seu chefe, a sua esposa, mudar o... o seu colega de trabalho. Entendeu? E... e juntando isso, a aceitação e a serenidade, eu acho que conta assim o que tá me ajudando a atravessar essa fase no meu trabalho é isso, entendeu? Que é que eu tô levando lá pra fora. Não posso mudar o próximo, mas eu posso mudar a mim mesmo, pela serenidade e boa-vontade pra tentar entender o próximo, né? (Paciente 9).

Mais uma vez a questão do grupo insere-se nesse contexto e vem a complementar esse quadro. Veremos nas respostas adiante que o meio de convívio, os ambientes de interação do paciente vão auxiliar ou dificultar seu tratamento, no sentido de estimular ou não ao uso. Utilizando como exemplo a subcategoria de respostas citada – “No processo de recuperação, o paciente aprende a lidar com suas dificuldades e seu desejo de usar drogas” – os grupos nos quais o paciente está interagindo podem servir de suporte e base à sua recuperação e assim ajudá-lo a lidar com suas dificuldades. Um bom exemplo disso que temos está nos grupos anônimos. Vemos em muitas situações (e será citado na categoria D), que a pessoa que se identifica com esses grupos sente-se fortalecida e assim desenvolve maiores habilidades para lidar com situações de risco. Por outro lado, aqueles que não encontram um grupo que dê suporte à manutenção de sua abstinência (seja o grupo anônimo, a própria família ou o trabalho, entre outros), estarão em uma situação de risco para sua abstinência. A ausência de um ambiente que dê suporte à nova identidade de dependente químico em recuperação estimula ou representa um componente facilitador da volta aos antigos comportamentos, grupos de convivência e à volta ao uso de drogas.

Mais da metade dos entrevistados de todos os segmentos – pacientes, monitores e terapeutas – apresentaram respostas categorizadas na subcategoria “No processo de recuperação, o paciente aprende a lidar com suas dificuldades e seu desejo de usar drogas”, o que demonstra a importância de se considerar no tratamento as habilidades do paciente em lidar com inabilidades e situações de risco e assim buscar não somente trabalhar elementos cognitivos e comportamentais, mas também buscar formar uma rede de apoio e suporte à sua recuperação.

Outro ponto que observamos na tabela 3 é destacado nas respostas dos pacientes e monitores, que destacam a importância da força, determinação (7 entrevistados) e fé em um Poder Superior no tratamento (6 entrevistados). Pacientes e terapeutas concordaram quanto à importância do acompanhamento pós-internação para a continuidade da recuperação (5 entrevistados).

Exemplificando, vemos a colocação de um terapeuta acerca das dificuldades que o paciente encontrará na volta ao seu ambiente de convívio e que ele terá que aprender a lidar com elas sem recorrer ao uso de drogas, sem condicionar sua recuperação:

Existem alguns fatores aí que vão contribuir sim pra recuperação, mas tudo que o dependente químico quer é uma desculpa, uma justificativa, um álibi. Família, família sem problema não existe entendeu? Trabalho sem cobrança, sem estresse também não existe. Então, a responsabilidade – vou falar pra você Joaquim. A responsabilidade da recuperação é do dependente químico. Independente do que o mundo tá vivendo lá fora. [...] Vão ter sim ambientes mais propícios sim pra recuperação. Isso não resta a menor dúvida, mas que ele é que tem que mudar. Ele é que precisa, o dependente químico é que precisa. Se ficar dependente de grupo, disso, daquilo não vai longe não (Terapeuta 6).

Quando buscamos interpretar as respostas encontradas por meio da entrevista e análise de conteúdo, algumas ressalvas são importantes de serem feitas.

As respostas consideradas são somente aquelas registradas no tempo decorrido da entrevista e por meio de palavras ou expressões que foram consideradas significativas para serem classificadas em determinada categoria e não a outra. Por exemplo: na subcategoria 8 da tabela 3, foi utilizado como indicador a palavra “fé” e também a referência à importância da crença em um Poder Superior no tratamento. Essa expressão foi considerada com um sentido diferente de “Graças a Deus” ou “Graças ao Poder Superior”, expressões que foi entendidas e utilizadas no sentido de agradecimento, na última categoria – Sentido da recuperação e sentimentos pessoais. Destacamos esse ponto para ressaltar que as análises e interpretações feitas são baseadas na nossa amostra, isso é, entrevistas realizadas em grupo, com duração de cerca de cinquenta minutos cada. Sendo assim, respostas não apresentadas por determinado segmento não indicam que ele não considera relevante tal tema, mas que não foi apresentado em sua fala no momento da entrevista.

A tabela 4 traz as respostas consideradas indicativas de vivências e processos grupais, interacionais ou coletivos do tratamento e recuperação.

Tabela 4: Categoria D – Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação

Categoria	Entrevistados por segmento			
	nP	nM	nT	N
VIVÊNCIAS E PROCESSOS GRUPAIS DO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO	=	=	=	=
	14	8	6	28

01	O grupo de mútua-ajuda é de grande importância no processo de recuperação do dependente químico	8 0,57	4 0,50	5 0,83	17 0,60
02	No processo de recuperação, o paciente vivencia mudanças benéficas nos relacionamentos familiar, amoroso e de trabalho	11 0,78	3 0,37	2 0,33	16 0,57
03	No processo de recuperação, os recuperandos ajudam-se uns os outros (mútua-ajuda)	8 0,57	2 0,25	4 0,66	14 0,50
04	No período de internação, o paciente aprende através das semelhanças e diferenças entre ele e seus companheiros	6 0,42	2 0,25	6 1,00	14 0,50
05	O despreparo do meio de convívio do dependente químico em lidar com sua condição são prejudiciais à sua recuperação	5 0,35	4 0,50	4 0,66	13 0,46
06	No processo de recuperação, o paciente começa a fazer coisas que não estava fazendo no uso de drogas e muda seus comportamentos	10 0,71		3 0,50	13 0,46
07	No tratamento, o paciente volta a conviver no meu social	6 0,42	1 0,12	5 0,83	12 0,42
08	No processo de recuperação, o paciente vivencia a afetividade e apoio entre os companheiros	7 0,50		2 0,33	9 0,32
09	No período de internação e na volta ao convívio social, o paciente vivencia dificuldades	6 0,42	2 0,25		8 0,28
10	O dependente químico, quando está fazendo uso de drogas, se isola das pessoas e torna-se solitário	2 0,14	2 0,25	2 0,33	6 0,21
11	No processo de recuperação é importante estar sempre integrado em grupos e não se isolar	1 0,07	3 0,37	2 0,33	6 0,21
12	No período pós-internação, o paciente vivencia novas relações com pessoas que não fazem uso de drogas (amorosa e de amizade)	5 0,35			5 0,17
13	Ao sair da internação, o paciente passa a ser visto de outra maneira pelas pessoas	5 0,35			5 0,17
14	No tratamento o dependente químico vai reconquistar a confiança das pessoas e o que ele tem de melhor	1 0,07	2 0,25	1 0,16	4 0,14
15	No uso de drogas, o paciente não pensa na família	3 0,21	1 0,12		4 0,14
16	O paciente em recuperação passa a ajudar outras pessoas, transmitindo uma mensagem de recuperação	2 0,14	2 0,25		4 0,14
17	Após a internação, o paciente se torna mais ativo, ajudando as pessoas, se vendo como útil	3 0,21		1 0,16	4 0,14
18	No tratamento, o paciente começa a perceber que precisa de ajuda		2 0,25	1 0,16	3 0,10
19	Antes e durante o tratamento, o paciente vivencia a descrença das pessoas quanto a sua capacidade de recuperação	3 0,21			3 0,10
20	No período de internação, o grupo alerta o paciente	2			2

	sobre as consequências do uso de drogas	0,14			0,07
21	A família está preparada para receber o paciente na volta ao ambiente de convívio		2		2
			0,25		0,07
22	O paciente diz que o uso de drogas tem a ver com históricos familiares	1			1
		0,07			0,03
23	O paciente relata que poucas pessoas sabiam do seu envolvimento com drogas	1			1
		0,07			0,03
24	Na internação, os pacientes que chegam falando sobre drogas atrapalham os outros que já estão em tratamento	1			1
		0,07			0,03
25	No período de internação, as famílias se mostram preocupadas nas visitas	1			1
		0,07			0,03
26	Com o tratamento do paciente, outro familiar também abandonou o uso de drogas	1			1
		0,07			0,03
27	Grupo base é onde ele vai ouvir o que ele precisa ouvir		1		1
			0,12		0,03
28	Continuar convivendo no mesmo círculo é situação de risco para uma recaída		1		1
			0,12		0,03
29	O tratamento tira a pessoa de uma realidade e a coloca em outra			1	1
				0,16	0,03
30	Muitos pacientes não tem família			1	1
				0,16	0,03
31	As pessoas que tem uma boa adesão no tratamento conseguem permanecer sem usar drogas			1	1
				0,16	0,03
32	Os profissionais tem outra função, de pontuar e colocar limites			1	1
				0,16	0,03
33	O grupo é composto somente pelos residentes			1	1
				0,16	0,03
TOTAL DE RESPOSTAS		99	34	43	176
		7,07	4,25	7,16	6,28

Na categoria “Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação”, quatro subcategorias foram apresentadas por pelo menos a metade dos entrevistados. Elas apontam: a importância da mútua-ajuda no processo de recuperação, as mudanças nos relacionamentos do paciente, na mútua-ajuda entre os pacientes no período de recuperação e na aprendizagem através das semelhanças e diferenças entre os pacientes.

A subcategoria de respostas mais apontada pelos entrevistados refere-se à importância do grupo de mútua-ajuda no processo de recuperação do dependente químico (60% do total). Foi apontada por cinco dos seis terapeutas entrevistados que relataram que “o tratamento visa integrar os pacientes à atividade de grupos anônimos” (Terapeuta 2), “não funciona se não houver adesão aos grupos de mútua-ajuda” (Terapeuta 2), “a participação em grupos de mútua-ajuda permite

que a pessoa desenvolva habilidades de enfrentamento diante das dificuldades” (Terapeuta 3), entre outras¹⁶.

Eu, no meu processo de recuperação, as dificuldades que eu enfrentei foi até durante uns sessenta, cinquenta, sessenta, dias que eu vou ter uma frequência regular de reuniões sabe? Eu vejo que hoje me conhecendo melhor eu preciso da vivência de atmosfera de recuperação com constância. Então eu tive de me ausentar ir em reuniões só finais de semana é devido a tal preparação para concurso, minhas aulas aconteciam a noite tal. É essa, esse afastamento de onde um ambiente onde fala da doença e onde eu extravaso onde eu falo de mim onde tenho meus semelhantes que me ouvem me entendem sabe, isso aí é o ponto onde começa surgir dificuldade na minha vida. [...] Me deixa bem áspero, me deixa totalmente impaciente, começa me deixar inaceitável sabe! É... começa... se eu vejo que a doença começa a colocar as asinhas de fora. É um aspecto, identifiquei que a partir do momento que eu retomei minha constância, minha regularidade das reuniões, sabe? Isso tudo já foi se assentando (Paciente 13).

Eu vejo que aqui dentro, quando ele sai falam muito para eles dar continuidade no tratamento lá fora. Então acho que deve procurar o seu grupo base. Grupo base é onde ele vai ouvir o que ele precisa ouvir. Não o que ele quer ouvir, o que ele precisa ouvir. E isso sendo que ele mesmo que vai sentir isso (Monitor 4).

Então ele começa a estabelecer aqui dentro aqui, uma coisa que ele vai precisar lá fora: o relacionar com as pessoas de grupo de mútua ajuda, que são essas pessoas que vão fazer parte da vida dele de agora em diante. [...] Nós só conseguimos manter o que temos se tiverem vigilância e com pessoas o que? Que estão no mesmo propósito (Terapeuta 5).

A segunda questão mais apontada pelos entrevistados (57%) faz referência às mudanças que o paciente vivencia nas suas relações familiares, amorosa e de trabalho no processo de recuperação. Foi indicada por onze dos quatorze pacientes entrevistados. Os pacientes apontaram em suas assertivas o reconhecimento da família, a resolução de problemas, a atenção e apoio deles e a boa convivência com amigos e no trabalho, entre outras

Ah, os outro do serviço. É que sempre agora eles têm mais confiança na gente porque antes chegava meio com a cabeça já no álcool, já não tem aquela confiança da gente né? Agora a gente já fica mais tranquilo. Se deixa algum tipo de serviço pra gente fazer, já fica tranquilo que faz consciente né! Amanhece consciente. Às vezes tava fazendo um serviço aqui, mas a cabeça tava, pensamento tá em outro, em outro lugar, [...] preocupada, cheia de golo. Agora não! Agora p tranquilo. [...] Ah, ajudou, porque não sou muito de ficar perto da família. Eu moro mais sozinho, fico mais longe deles eles, mas todos ficam satisfeito de ver o jeito que p agora. Fica alegre e agrada mais a gente também (Paciente 12).

Quando eu usei droga, eu me afastei de tudo, toda minha família e todo mundo. Eu era um viciado sozinho, tanto que poucos sabiam do grau do meu envolvimento com droga. Quando eu saí, eu

¹⁶ Todas as respostas identificadas em cada subcategoria podem ser visualizadas no Apêndice 4 de cada segmento (Apêndice 4P para pacientes, 4M para monitores e 4T para terapeutas).

percebi, aliás aqui dentro já tava percebendo do afeto de toda minha família, da preocupação da minha família, então quando eu fui, eu moro sozinho, tenho meu dinheiro, tenho meu carro, tenho meu trabalho, não dependia de nada de ninguém, meu telefone tocava vinte vezes por dia e por noite. Era minha ex- mulher, meu filho, era minha mãe, meus amigos, tudo atrás de mim querendo saber onde eu tava, que que eu tava fazendo, com quem eu tava e você sabe que eu fazia? “Oh! Tô aqui. Já to saindo, quando eu chegar em casa, eu ligo pra avisar pra falar que cheguei em casa.” Acatei isso com maior respeito e admiração do mundo! Hoje tenho uma relação com a minha família e com meus amigos maravilhosa, porque cada telefonema que eles me davam, duas horas, três horas da manhã, se eu sáisse com uma mulher e fosse pra minha casa, eles ligavam: “Quem está aí? Quem que é” Sabe... “Já foi embora?” Eu falava assim: “Não! Pode ficar tranquilo. Tá tudo bem.” Nunca me desesperei, nunca fiquei chateado, com ninguém. [...] É... Isso é uma das coisas que eu sempre falo pra vários amigos meus que tem problema com dependência química, não aceitam [...] é esse tipo de comportamento. Eles acham isso ruim e eu mostro pra eles que não é ruim, que isso é muito bom cara! Sabe, isso te... te... isso te dá força, isso te dá apoio, mostra que você ta no caminho certo, sabe? Há pouco tempo, há duas semanas atrás, minha primeira esposa me ligou e... Domingo, onze horas da noite, no meu trabalho, falou: “Lauro, eu te liguei só pra te falar que eu tô orgulhosa de você.” Isso pra mim cara, é maravilhoso, sabe? O quanto as pessoas ficam incomodadas da família ficar ligando, ficar procurando, ficar passando na porta dos lugares onde você trabalha, onde eu p, pra mim é uma satisfação imensa, eu tava resgatando minha família também, afinal de contas eu vim pra cá resgatar minha família, resgatar minha moral, tudo, tudo que tava perdido, sabe? (Paciente 10)

A terceira subcategoria mais apontada pelos entrevistados (50% do total) refere-se à mútua-ajuda entre os pacientes no tratamento; ela evidencia a importância da relação de apoio e ajuda entre os pacientes no período de internação. Essa pode ser considerada a base de muitas modalidades de tratamento para dependência química utilizadas hoje. Os pacientes entrevistados relataram a “colaboração” entre os pacientes no tratamento (Paciente 1), “apoio quando chegou ao tratamento” (Paciente 2), “ajuda para enfrentar as dificuldades no tratamento” (Paciente 12). Monitores indicaram que “na internação, um sinaliza o outro” (Monitor 3) e que “os companheiros ajudaram em seu tratamento” (Monitor 7). Terapeutas apontaram que “o companheiro divide o mal-estar provocado pela abstinência” (Terapeuta 3) e que “o grupo permite a pessoa exercitar a solidariedade” (Terapeuta 4).

Segue abaixo fragmentos da fala de alguns entrevistados acerca dessa subcategoria:

O negócio pra mim, Andréa, foi muito legal ter vindo pra cá né, porque, uma primeira.. Em primeiro lugar, eu tenho muita dificuldade de ler e escrever como vocês mesmo deve ter visto minha letra. Então as meninas me ajudou muito, as meninas que coisa me ajudou, entendeu? Então tinha dias que às vezes eu queria ir embora, tinha dia que às vezes a gente fica com raiva tem hora né? Às vezes até sem motivo, mas a gente fica. Então eu conversava com eles, conversava com o José muito também, com o Antônio eu conversava muito. Então a gente compartilhava problemas, eu compartilhava com ela, ela compartilhava comigo, eu conversava com ele, ele conversava comigo, entendeu? (Paciente 3)

Essa questão da...da...da força do grupo, né. Inclusive nessa perspectiva de manutenção da abstinência é uma estratégia inclusive de você estar ali interagindo com esse grupo, compartilhado as dificuldades, é... trocando aí experiências e verbalizando realmente a vontade, porque a gente... A gente trabalha aqui no pós e um dos objetivos do pós-tratamento é que o até então residente, agora ex-residente, porque já é a pós-internação, é ele desenvolver esse aprendizado de lidar com a necessidade premente e urgente de se intoxicar. E uma das formas assim dele estar aprendendo a lidar com essa necessidade é verbalizando e ele tem que ter um ouvinte, ele tem de ter uma, um grupo ali, uma escuta. (Terapeuta 3)

A quarta subcategoria mais expressiva de respostas apresentada pelos entrevistados quanto a vivências e processos grupais do tratamento e recuperação aponta a aprendizagem do paciente através da identificação com seus companheiros. Destaca-se que essa subcategoria foi apresentada por todos os terapeutas entrevistados, evidenciando aí um dos pontos principais dessa modalidade de tratamento. A aprendizagem e mudança do estilo de vida através da identificação de semelhanças e diferenças com o outro que está ali passando pela mesma situação e tem o mesmo problema – a dependência de drogas. Os terapeutas destacaram que “a pessoa reflete sobre sua realidade através de outras histórias” (Terapeuta 1), que “o tratamento é uma situação de iguais (Terapeuta 2), que “o grupo influencia o indivíduo através das semelhanças” (Terapeuta 3), entre outras.

E o grupo ensina a conviver, o grupo ensina ser... Aceitar as pessoas como elas são. Respeitar as pessoas como elas são. Por quê? Porque o grupo iguala as pessoas. Também ouvi dentro do grupo que “o mais alto é o teto e mais baixo é o chão”. As pessoas ficam... ficam no mesmo patamar. [...] Então essa... essa questão da ressocialização, de ter pessoas, pessoas sofrendo as mesmas dificuldades. Às vezes chegam no grupo, tem um montão de coisa pra falar aí vem um outro lá na frente e fala tudo que o outro precisava falar e também o que precisava ouvir. O grupo é... sem o grupo não haveria recuperação, sem o grupo não haveria recuperação. Pela identificação, como que as pessoas se identificam dentro do grupo, espantam as dificuldades. Essa questão, já foi falado também, do egocentrismo, que o grupo educa nessa parte aí... [...] Às vezes... às vezes os retornos dos residentes são até melhores que os meus por estar o dia inteiro com eles ali, se conhecer mais (Terapeuta 6).

Outra questão apontada também pelos entrevistados (13 deles) sugere que o meio de convívio (sociedade, família, trabalho), encontra-se despreparado para lidar com o dependente químico e pode dificultar seu processo de recuperação. Essa subcategoria foi apresentada numa proporção de 0,35 para pacientes, 0,50 para monitores e 0,66 para terapeutas.

Os monitores entrevistados relataram que “a sociedade não sabe lidar com o dependente químico” (Monitor 1), de que “as pessoas não tem a noção do que é uma dependência” (Monitor 7), “não acreditam que dependência química é uma doença” (Monitor 8).

A subcategoria 19, apresentada por três pacientes, complementa essas colocações, expressando que “antes e durante o tratamento, o paciente vivencia a descrença das pessoas quanto a sua capacidade de recuperação”.

Realmente, ainda hoje, podemos dizer que o meio social sabe muito pouco acerca da doença da dependência química. Ainda vemos hoje concepções arcaicas de dependência de drogas como um desvio moral. As empresas começam a dar sinais desse aprendizado, quando incentivam o trabalhador a se tratar, mas ainda estamos numa fase embrionária dessa conscientização.

Observamos na própria instituição a resistência dos familiares em participar do tratamento e a inabilidade em lidar com o recuperando na volta ao seu ambiente de convívio: controlando, vigiando, buscando ditar o que ele deve fazer; e vemos que isso só agravava a situação ou jogava por água abaixo o trabalho que tinha sido feito na internação. O despreparo e o desconhecimento de grande parte da sociedade ainda hoje acerca da dependência de substâncias nos trazem evidências da grande necessidade de se trabalhar nas áreas de informação, prevenção, formação profissional e maior acompanhamento de familiares acerca de suas responsabilidades e também habilidades para lidar com a pessoa acometida por essa doença, seja no trabalho, no convívio ou na própria família.

Vimos destacadas nas demais subcategorias de respostas apresentadas pelos três segmentos entrevistados (subcategorias 7, 10, 11 e 14 da categoria D) que, “no processo de recuperação, o dependente químico volta a conviver no meio social” (12 entrevistados), ao contrário de quando está fazendo uso de drogas, fase em que “se isola das pessoas e torna-se solitário” (6 entrevistados). Conseqüentemente, os entrevistados apontam que “no processo de recuperação, é importante estar sempre integrado em grupos e não se isolar” (6 entrevistados).

Outras duas subcategorias relevantes de serem destacadas são as subcategorias 6 e 8, compostas por respostas de pacientes e terapeutas, que destacam que “o paciente em recuperação começa a fazer coisas que não estava fazendo e muda seus comportamentos” (apresentada por 10 dos 14 pacientes entrevistados). Os pacientes apontaram independência, melhora da auto-estima, melhora da depressão, mais firmeza e assertividade, mais pontualidade e responsabilidade no trabalho, melhor comunicação e expressão, mais humildade, paciência, recuperação das

disciplinas, mais serenidade, tranquilidade, auto-cuidado etc¹⁷. Podemos dizer que essas mudanças são resultantes da abstinência, da mudança de pensamentos, comportamentos e das novas interações implantadas pelos pacientes no tratamento.

Por fim, complementando as subcategorias anteriores que indicam a importância do grupo de mútua-ajuda no processo de recuperação do dependente químico, da mútua-ajuda entre os pacientes no tratamento e da identificação entre eles, pacientes e terapeutas destacam na subcategoria 8 a afetividade entre os companheiros no processo de recuperação (9 entrevistados).

Tabela 5: Categoria “E” – Sentido da recuperação – Sentimentos pessoais

Categoria SENTIDO DA RECUPERAÇÃO – SENTIMENTOS PESSOAIS		Entrevistados por segmento			
		nP =	nM =	nT =	N =
		14	8	6	28
01	O paciente agradece a Deus por sua recuperação	8	1		9
		0,57	0,12		0,32
02	O paciente após o tratamento se considera uma nova pessoa	3	1		4
		0,21	0,12		0,14
03	O paciente agradece à instituição por sua recuperação	2			2
		0,14			0,07
04	O paciente agradece aos companheiros por sua recuperação	2			2
		0,14			0,07
05	Em recuperação, o paciente sente que se libertou das drogas	2			2
		0,14			0,07
06	O paciente em recuperação se considera um vencedor	1			1
		0,07			0,03
07	O paciente considera uma maravilha a internação	1			1
		0,07			0,03
08	A conclusão do tratamento é importante à recuperação do paciente, pois no uso de drogas, não concluía nada	1			1
		0,07			0,03
09	O paciente aponta que se soubesse que seria assim, teria se tratado antes	1			1
		0,07			0,03
10	O paciente destaca que, com a recuperação, voltou a ter vida	1			1
		0,07			0,03
11	O paciente relata tristeza pelo encerramento de seu tratamento	1			1
		0,07			0,03
12	Com o tratamento, o paciente sente como se tivesse retornado de uma longa viagem	1			1
		0,07			0,03

¹⁷ Apêndice 4P_Categorias, subcategorias e respostas agrupadas dos pacientes entrevistados. Categoria D – Subcategoria 2.

13	O monitor diz que veio conhecer a felicidade no seu tratamento	1	1	0,12	0,03
14	O monitor relata que passadas as dificuldades iniciais, sua recuperação ficou ótima	1	1	0,12	0,03
15	O terapeuta diz ser maravilhado com o programa dos 12 Passos e com o modelo de tratamento	1	1	0,16	0,03
16	O terapeuta diz que às vezes sente falta de grupo	1	1	0,16	0,03
TOTAL DE RESPOSTAS		24	4	2	30
		1,71	0,50	0,33	1,07

Tendo em vista que a entrevista feita com os pacientes tinha não somente o objetivo de saber o que as pacientes pensavam acerca das questões colocadas, mas também foi realizada no último dia, na conclusão do tratamento deles, após seis meses que tinham voltado para o ambiente de convívio e estavam abstinentes, como já dissemos, procuramos promover uma reflexão de todo o processo e do que foi importante à recuperação deles. Como estavam encerrando um ciclo do processo de recuperação, diversas foram as colocações de agradecimento e expressões de sentimentos quanto ao momento que estavam passando. Sendo assim, no que se refere aos sentimentos pessoais relatados pelos entrevistados, os pacientes se colocaram mais nessa categoria. Oito dos quatorze pacientes entrevistados agradeceram a Deus pela recuperação (o que demonstra, mais uma vez a importância do desenvolvimento da espiritualidade no tratamento). Os profissionais se manifestaram menos a esse respeito, numa proporção total de 1,71 para pacientes, 0,50 para monitores e 0,33 para terapeutas.

Outros entrevistados disseram considerarem-se novas pessoas após o tratamento, “libertados das drogas”, como se tivessem “voltado a ter vida”, “voltado de uma longa viagem” etc.

Esses sentimentos apontados na entrevista nos permitem ter a noção da dimensão da mudança ocorrida na vida dessas pessoas. Mudanças que começaram quando “saíram de uma realidade e entraram em outra” (Terapeuta 1). Essa mudança de ambiente, de interação, promoveu uma reflexão acerca de como eles estavam vivendo e que consequências o uso de drogas havia trazido na vida deles. Esse processo foi possibilitado pelo grupo que, por meio das histórias de vida de cada paciente, permitiu pensar sobre si mesmo, “voltar ao seu interior, à sua memória” (Paciente 7) e sobre o cotidiano da internação e a convivência diária com o grupo, vinte e quatro horas por dia. Tudo isso permitiu perceberem que outra possibilidade de interação era possível, um novo

personagem era possível. Foi nessa mudança instaurada e iniciada pelo tratamento – mudança de percepções, de crenças, de representações, de atitudes, de interações – que a nova pessoa, a nova identidade, o dependente químico em recuperação foi surgindo e se desenvolvendo.

Eu me sinto como uma nova pessoa viu, Andréa. Eu falo que aquela pessoa que entrou aqui morreu (Paciente 6).

Andréa – Você já tem esse sentimento?

Paciente 6 – Eu tenho. Pelo que vivi tenho. O que está aqui é outra pessoa

Paciente 1 – Ah.. com certeza!

Paciente 4 – Tem, graças à Deus.

Paciente 5 – Isso eu falo com certeza. De poder andar nessa cidade de cabeça erguida.

Paciente 1 – É bom demais.

Paciente 5 – Gente assim que não está na vida do crime parar pra conversar com a gente. A gente se sente uma pessoa nova.

Paciente 3 – Ai, Andréa, eu tô aí.. eu tô me sentindo uma outra pessoa mesmo!

Paciente 3 – Hoje eu sinto a mesma coisa, mas com firmeza mesmo, sabe, por dentro, por fora.

Andréa – E como é que é a nova Antônia?

Paciente 3 – A nova Antônia é assim: O dia que você não tiver sem comer nada, sou assim. Gosto de ajudar os outros que está precisando, entendeu? Se der agora, é agora. Se der pra aqui agora é agora, se não der falo que não dá entendeu? Assim, com qualquer pessoa.

Andréa – Dá uma característica pra essa nova Antônia. Com uma palavra...

Paciente 3 – Uma palavra? Amiga?

Andréa – Amiga?

Andréa – E o novo Marcelo?

Paciente 6 – Apesar de tudo que eu passei, hoje eu me sinto muito mais humilde, uma palavra que eu nunca posso esquecer e tem que andar sempre comigo.

Andréa – Dá uma característica aí para o novo Josué...

Paciente 5 – Vida.

Paciente 5 – Mais, querendo viver mais né...

Paciente 1 – Um vencedor.

Paciente 2 – Auto-estima mais alta.

Andréa – Com certeza. Eu pensei nisso.

Paciente 4 – Muita fé...

Paciente 4 – Conseguir mais ainda do que eu tô conseguindo...

Buscando resumir os achados mais representativos da amostra entrevistada encontramos que:

- No que se refere à categoria “Identidade”, as respostas mais apresentadas referem-se à tomada de consciência do paciente em tratamento de que ele é um doente.
- As subcategorias de respostas dos entrevistados categorizadas em “Reflexões sobre o uso de drogas” foram diversificadas, havendo pouca semelhança entre as respostas encontradas.
- Na categoria “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação” a assertiva mais apresentada foi de que “no processo de recuperação, o paciente aprende a lidar com suas

dificuldades e seu desejo de usar drogas”. Monitores e terapeutas destacaram também que “no tratamento o paciente passa a refletir sobre o que fazia no uso de drogas” e que “é importante colocar em prática as sugestões do tratamento”. Nas análises particulares dos segmentos, encontramos ainda que, para os pacientes, “no processo de recuperação, ocorre uma mudança na compreensão do paciente acerca de sua vida e no seu modo de viver”. Os monitores destacam que “no tratamento, o paciente aprende a lidar com seus sentimentos” e os terapeutas destacam que “o paciente passa a reformular seus comportamentos e sua vida” e “deve continuar sua recuperação individualmente”.

- Na categoria “Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação”, quatro subcategorias se destacam. Elas apontam: (1) a importância da mútua-ajuda no processo de recuperação, (2) as mudanças nos relacionamentos do paciente, (3) a mútua-ajuda entre os pacientes no período de recuperação e (4) a aprendizagem através das semelhanças e diferenças entre os pacientes. Os profissionais ressaltam o “despreparo do meio de convívio do dependente químico” em lidar com ele. Pacientes e terapeutas apontam as mudanças de comportamento do paciente no seu processo de recuperação. Pacientes destacam “a afetividade e o apoio entre os companheiros no processo de recuperação” e terapeutas destacam a volta do paciente ao convívio social.
- No que se refere aos sentimentos pessoais relatados pelos entrevistados, os pacientes se colocaram mais nessa categoria, seguido pelos monitores e, por último os terapeutas.

Visando entender melhor como as respostas ficaram distribuídas, nós montamos a seguinte tabela:

Tabela 6 – Distribuição das subcategorias de respostas por segmento

	PMT 28 (14+8+6)	PM 22 (14+8)	PT 20 (14+6)	MT 14 (8+6)	P 14	M 8	T 6	TT
A	2	-	-	1	1	2	4	10
B	-	3	1	3	7	4	6	24
C	6	3	1	2	14	9	5	40
D	9	3	3	1	9	3	5	33
E	-	2	-	-	10	2	2	16
TT	17	11	5	7	41	20	22	123

Nessa tabela, a primeira coluna traz as letras A, B, C, D e E, referentes às categorias de respostas utilizadas. A primeira linha acima apresenta os segmentos entrevistados – pacientes, monitores e terapeutas, o número de combinações de respostas encontradas: respostas consideradas semelhantes entre os três segmentos: (PMT), respostas consideradas semelhantes entre pacientes e monitores (PM), respostas consideradas semelhantes entre pacientes e terapeutas (PT), respostas consideradas semelhantes entre monitores e terapeutas (MT) e, por fim, respostas específicas de cada segmento, que não foram consideradas semelhantes a outras (P, M, T), consideradas particulares. A primeira linha traz também o número total de entrevistados por segmentos: individuais e combinados. Temos na última coluna à direita o total de subcategorias de respostas consideradas em cada categoria (A, B, C, D, E) e na última linha o total de subcategorias de respostas consideradas em conjunto (PMT, PM, PT, MT) e por segmento (P, M, T)¹⁸.

A partir desse levantamento realizado encontramos um total de 123 subcategorias de respostas distribuídas entre as cinco categorias. Foram encontradas 83 subcategorias de respostas particulares de cada segmento (66,93%) e 40 subcategorias resultantes de equivalências de respostas consideradas entre segmentos (32,52%). Essa informação já apresenta um dado: de que mais da metade das subcategorias de respostas identificadas não apresentam semelhança entre os segmentos.

Em relação à distribuição de subcategorias de respostas por categoria, a categoria mais frequente foi a C: “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação”, com 40 subcategorias de respostas, 32,52% do total. A categoria D: “Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação”, foi a segunda mais frequente com 33 subcategorias de respostas ou 26,82% do total. Sendo assim, apesar das perguntas feitas na entrevista se referirem à importância do grupo no processo de recuperação, a maior parte das respostas fez referência a dimensões consideradas “individuais” do processo.

Das subcategorias de respostas particulares entre os segmentos entrevistados encontramos:

- 41 subcategorias de respostas apresentadas pelo segmento dos pacientes (P) ou 33,33% do total de subcategorias de respostas encontradas.

¹⁸ O Apêndice 8TT: Distribuição das subcategorias de respostas por segmento, contido na pasta 6, traz um recorte detalhado das subcategorias de respostas individuais e semelhantes encontradas.

- 20 subcategorias de respostas apresentadas pelo segmento dos monitores (M) ou 16,26% do total de subcategorias de respostas encontradas.
- 22 subcategorias de respostas apresentadas pelo segmento dos terapeutas (T) ou 17,88% do total de subcategorias de respostas encontradas.

É importante ressaltar que do total de 28 entrevistados, 14 eram pacientes (50%), 8 monitores e 6 terapeutas, o que justifica o maior número de respostas dos pacientes. Podemos verificar isso, observando as devidas proporções das respostas apresentadas em relação ao número total de entrevistados em cada segmento, localizada na tabela 7, que traz um recorte das subcategorias de respostas particulares dos segmentos entrevistados e as devidas proporções de subcategorias por entrevistado.

Tabela 7 – Distribuição das subcategorias particulares de respostas por segmento¹⁹

	P	M	T	TT
	14	8	6	28
A	1	2	4	7
	0,07	0,25	0,66	0,25
B	7	4	6	17
	0,50	0,50	1,00	0,60
C	14	9	5	28
	1,00	1,12	0,83	1,00
D	9	3	5	17
	0,64	0,37	0,83	0,60
E	10	2	2	14
	0,71	0,25	0,33	0,50
TT	41	20	22	83
	2,92	2,50	3,6	2,96

Vemos que, do total de subcategorias de respostas particulares de cada segmento, os terapeutas apresentam maior proporção de subcategorias de respostas (3,6). Isso ocorre nas respostas dadas às categorias A, B, e D, isso é, “Identidade”, “Reflexões sobre o uso de drogas” e “Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação”. Já na categoria C: “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação”, os monitores apresentam maior proporção de

¹⁹ Nas células da tabela 7, acima temos o número de subcategorias de respostas particulares apresentadas por cada segmento e abaixo a proporção de subcategorias por entrevistado. Os resultados descritos foram destacados em cinza.

subcategorias de respostas particulares por entrevistado (1,12). Curiosamente, a única categoria na qual os pacientes apresentam maior proporção de subcategoria de respostas particulares por entrevistado é a categoria E: “Sentido da recuperação e sentimentos pessoais”.

Essas análises nos permitem identificar que os terapeutas apresentaram maior número de respostas consideradas particulares, isso é, aquelas que não foram consideradas semelhantes às apresentadas por outro segmento, sempre lembrando que o número de pacientes entrevistados é superior ao de monitores e terapeutas.

No que se refere às 40 subcategorias de respostas consideradas semelhantes entre os segmentos (32,52% do total de subcategorias de respostas) foram identificadas:

- 17 subcategorias de respostas apresentadas pelos três segmentos em conjunto: pacientes, monitores e terapeutas (PMT) – 42,50% do total de respostas semelhantes.
- 11 subcategorias de respostas apresentadas pelos pacientes em conjunto com os monitores (PM) – 27,50% do total de respostas semelhantes.
- 5 subcategorias de respostas apresentadas pelos pacientes em conjunto com os terapeutas (PT) – 12,50% do total de respostas semelhantes.
- 7 subcategorias de respostas apresentadas pelos monitores em conjunto com os terapeutas (MT) – 17,50% do total de respostas semelhantes.

Tabela 8 – Distribuição das subcategorias de respostas semelhantes entre os segmentos²⁰

	PMT	PM	PT	MT	TT
	28	22	20	14	28
	(14/8/6)	(14/8)	(14/6)	(8/+6)	(14/8/6)
A	2 0,07	-	-	1 0,07	3 0,10
B	-	3 0,13	1 0,05	3 0,21	7 0,25
C	6 0,21	3 0,13	1 0,05	2 0,14	12 0,42
D	9 0,32	3 0,13	3 0,15	1 0,07	16 0,57
E	-	2 0,09	-	-	2 0,07

²⁰ Nas células da tabela 8, acima temos o número de subcategorias de respostas semelhantes apresentadas e abaixo a proporção de subcategorias por entrevistado.

TT	17	11	5	7	40
	0,60	0,50	0,25	0,50	1,42

Essas informações trazidas na tabela 8 nos permitem concluir que, entre as subcategorias de respostas consideradas semelhantes entre os segmentos entrevistados, 42,50% do total de respostas (proporção de 0,60) referem-se às apresentadas pelos três segmentos entrevistados. Em seguida, a maior frequência de similaridade de respostas encontradas foi entre pacientes e monitores (proporção de 0,50) e monitores e terapeutas. Em relação às respostas semelhantes entre pacientes e terapeutas, a proporção foi de 0,25. Sendo assim, nas entrevistas realizadas para esse estudo, os monitores apresentaram maior número de assertivas semelhantes aos pacientes em comparação com os terapeutas.

Esses resultados podem ser explicados pelo fato de que o monitor poder ser considerado, neste estudo, como figura intermediária. Três dos oito monitores entrevistados também passam por um processo de recuperação e se definem na entrevista como doentes, dependentes ou adictos. Isso os coloca numa posição intermediária entre a representação do paciente e do terapeuta. Embora na equipe terapêutica quatro dos seis entrevistados tenham passado também pela experiência do tratamento para dependência química, em suas falas, eles se colocam como profissionais, pouco se referindo às suas experiências pessoais: dão exemplos de situações de recuperação, mas se colocam de forma diferente do monitor, que em diversas situações se coloca como ex-residente. Os três monitores citados falam de si e de seu processo de recuperação, na resposta às perguntas feitas.

Observamos nessa intermediação do monitor, um elemento que pode ser de grande importância no tratamento, pois esse monitor que realizou o tratamento e hoje alcança êxito na sua recuperação tem uma linguagem e uma compreensão do processo semelhante ao paciente que o está concluindo. Isso pode ser um ponto benéfico ao tratamento.

Na distribuição de subcategorias de respostas semelhantes por categoria, a categoria D apresentou maior número de subcategorias de respostas.

Visando realizar uma análise mais profunda ainda das subcategorias de respostas consideradas semelhantes entre os segmentos, avaliamos a proporção de respostas por segmento em cada subcategoria:

Tabela 9 – Distribuição das respostas por segmento entre as subcategorias de respostas semelhantes entre os segmentos

	PMT 28 (14/8/6)			PM 22 (14/8)		PT 20 (14/6)		MT 14 (8/+6)		TT		
A	2			-		-		1		3		
	11	7	4	-		-		1	2	11	8	6
	0,78	0,87	0,66	-		-		0,12	0,33	0,78	1,00	1,00
B	-			3		1		3		7		
	-			6	3	1	2	3	3	7	6	5
	-			0,42	0,37	0,07	0,33	0,25	0,5	0,50	0,75	0,83
C	6			3		1		2		12		
	25	24	15	12	3	3	2	3	6	40	30	8
	1,78	3,00	2,50	0,85	0,37	0,21	0,33	0,37	1,00	2,85	3,75	1,33
D	9			3		3		1		16		
	48	23	31	11	5	20	6	2	1	79	30	38
	3,42	2,87	5,16	0,78	0,62	1,42	1,00	0,25	0,16	5,64	3,75	6,33
E	-			2		-		-		2		
	-			11	2	-		-		11	2	
	-			0,78	0,25	-		-		0,78	0,25	
TT	17			11		5		7				
	84	54	50	40	13	24	10	9	12	148	76	72
	6,00	6,75	8,33	2,85	1,62	1,71	1,66	1,12	2,00	10,5	9,5	12,00

A tabela 9 detalha a distribuição das subcategorias de respostas semelhantes entre segmentos:

- A primeira linha traz as combinações possíveis: entre os três segmentos – pacientes, monitores e terapeutas (PMT), entre pacientes e monitores (PM), pacientes e terapeutas (PT), monitores e terapeutas (MT) e por fim, o total de subcategorias em cada categoria.
- Como nas demais tabelas, a primeira coluna traz as categorias de análise utilizadas: A, B, C, D e E.
- Para cada categoria, há três linhas.
- O número da primeira linha refere-se à quantidade de subcategorias de respostas semelhantes apresentada pelos segmentos, na categoria. Exemplo: na primeira linha da categoria A encontra-se o número 2 que designa que foram duas as subcategorias de respostas semelhantes entre pacientes, monitores e terapeutas na categoria A.

– As segundas e terceiras linhas de cada categoria trazem nP, nM, nT e as respectivas proporções por entrevistado. Exemplo: na segunda e terceira linhas da categoria A, acima, temos os números 11, 7 e 4, que se referem à quantidade de respostas de cada segmento nas subcategorias citadas na linha 1 (nesse caso, em duas subcategorias de respostas semelhantes na categoria A) e na terceira linha temos as proporções das respostas por segmento. Nesse exemplo, temos os números 0,78, 0,87 e 0,66. Isso quer dizer que, nas duas subcategorias de respostas semelhantes entre os três segmentos na categoria A, os monitores apresentaram maior proporção de respostas.

Vale ressaltar, entretanto que, na presente análise, nos detivemos principalmente nos resultados gerais, isso é, nos totais, localizados nas células da última coluna e última linha que nos permitiram identificar com clareza qual segmento foi mais expressivo em cada categoria e em relação aos demais.

Observando as proporções totais de respostas apresentadas em cada subcategoria vemos que os terapeutas se destacaram quanto a proporção respostas em todas as categorias, exceto na categoria C, que foi mais representativa dos monitores. O mesmo que ocorreu nas respostas particulares, porém, nas respostas semelhantes, monitores também apresentaram a mesma proporção de assertivas que terapeutas²¹. Nas respostas semelhantes entre os três segmentos, terapeutas se destacaram em uma proporção de respostas superior aos outros dois segmentos. Nas subcategorias de respostas apresentadas entre pacientes e monitores e pacientes e terapeutas os pacientes apresentam maior proporção de assertivas. Entre monitores e terapeutas, terapeutas apresentam maior número de respostas.

Resumindo os achados dessa visão geral que a análise de proporções nos trouxe, temos que:

- Mais da metade das subcategorias de respostas identificadas são particulares, em comparação com as subcategorias consideradas semelhantes entre os segmentos.
- Nas respostas particulares, a categoria mais frequente foi a C: “Vivências e processos individuais do tratamento e recuperação”, seguida pela categoria D: “Vivências e processos grupais do tratamento e recuperação”; nas respostas semelhantes ocorreu o contrário.
- Do total de subcategorias de respostas particulares, terapeutas apresentaram maior proporção de subcategorias de respostas nas categorias A, B, e D. Monitores apresentaram maior

²¹ Destacamos em cinza para melhor visualização.

proporção de subcategorias particulares na categoria C e pacientes na categoria E. Nas respostas semelhantes ocorreu quase o mesmo, porém monitores e terapeutas apresentaram mesma proporção de respostas na categoria A: “Identidade”.

- No que se refere às subcategorias de respostas consideradas semelhantes entre os segmentos, a maior proporção de subcategorias de respostas foi dos três segmentos em conjunto, seguida por subcategorias de pacientes e monitores e monitores e terapeutas. Pacientes em conjunto com terapeutas apresentaram menor proporção de subcategorias de respostas em comparação com os demais.
- Em respostas semelhantes, terapeutas apresentam maior número total de respostas e pacientes são mais expressivos somente na categoria E: “Sentido da recuperação e sentimentos pessoais”, tanto em respostas particulares quanto semelhantes.

É importante destacar que foge ao escopo desse estudo fazer uma explanação acerca de cada subcategoria de análise específica e buscar investigar como os estudiosos da dependência de substâncias e os psicólogos sociais se colocam acerca de cada questão. Por esse motivo, e baseados nos objetivos deste estudo, nos detivemos principalmente nas questões mais apresentadas pelos entrevistados e naquelas que descreveram uma contiguidade na fala de um mesmo segmento.

Encontramos destacado então pelos três segmentos que, no tratamento e processo de recuperação, o paciente conscientiza-se de que é um doente, um dependente químico, passa a se auto-conhecer e refletir sobre sua vida e, como consequência disso, passa a praticar as sugestões do tratamento, lidar com suas dificuldades, seus limites, seu desejo de usar drogas. Nessa trajetória, a mútua-ajuda e a identificação entre os pacientes e entre dependentes em recuperação nos grupos anônimos é uma dimensão de grande relevância, bem como as relações sociais das quais ele participa. A atuação nesses ambientes e a convivência são elementos que permitem a criação de uma rede de apoio à continuidade da recuperação e manutenção da abstinência.

Nas colocações feitas por pacientes e monitores, eles apontaram que o dependente, quando está usando drogas, não percebe o que ocorre à sua volta e em sua família (num processo de alienação de sua realidade). Contraditoriamente, ele usa drogas para fugir dessa realidade e não pede ajuda. Quando entra em tratamento, a força, determinação e fé em um Poder Superior são de grande importância no desenrolar de sua recuperação. O paciente, volta ao convívio social, apesar

das dificuldades iniciais e passa a ajudar outras pessoas transmitindo uma mensagem de recuperação.

Pacientes e terapeutas tem em comum as assertivas de que, “quando a pessoa está fazendo uso de drogas, tudo é desculpa para usá-las” (3 entrevistados). Destacam a importância do acompanhamento terapêutico pós-internação (5 entrevistados). Pacientes e terapeutas ressaltam também que, no processo de recuperação, “o paciente começa a fazer coisas que não estava fazendo e muda seus comportamentos (13 entrevistados), “vivencia a afetividade e apoio entre companheiros” (9 entrevistados) e “se torna mais ativo, ajudando as pessoas e se vendo como útil” (4 entrevistados).

Monitores concordam que “o grupo e o tratamento contribuem com a restauração da identidade da pessoa” (3 entrevistados). A respeito da fase de uso de drogas, consideram que “a dependência química faz a pessoa adquirir defeitos de caráter e cometer insanidades” e que o dependente “perde o controle de sua vida” e “a confiança das pessoas” (2 entrevistados responderam a cada assertiva citada). Além disso, segundo monitores e terapeutas, “no tratamento, o paciente começa a perceber que precisa de ajuda” (3 entrevistados).

9. POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES

Tendo em vista nossa participação cotidiana nas atividades da instituição como psicóloga terapeuta e usando como referencial teórico e prático a Psicologia Social, podemos identificar estratégias de promoção da autonomia grupal dos sujeitos institucionalizados, bem como elementos subjacentes ao tratamento oferecido que podem contribuir para a reconstrução da identidade de tais sujeitos. Sob tal perspectiva, encontramos também referenciais que nos permitiram compreender e analisar de forma contextualizada as respostas trazidas pelos atores sociais entrevistados. Isso nos forneceu subsídios para refletir sobre as possibilidades de atuação em uma instituição, com todas as limitações que tal situação acarreta.

Quanto às colocações feitas em relação à categoria identidade, a literatura de grupos anônimos (Alcoholics Anonymous World Services, 2001 junho, 2001 dezembro; Narcotics Anonymous World Service, 2006) aponta que o primeiro passo e a base do processo de recuperação é a conscientização acerca da doença. Na literatura médica, do mesmo modo, a ponto de partida do tratamento é identificar os sinais e sintomas do quadro clínico do paciente, juntamente com ele, e buscar elencar situações, comportamentos, interações sociais, vivência no trabalho, na família, no meio social como um todo, saúde (Edwards et. al., 2005; Marques, 2009); são essas evidências que poderão abrir a perspectiva de recuperação ao paciente, na medida em que ele terá diante de si um levantamento acerca de sua atual condição.

Observamos que o grupo exerce uma grande influência nesse início de tratamento, momento em que, ao mesmo tempo em que o paciente tem diante de si provas concretas de sua patologia, vivencia o medo de perder o que se tem (Pichon-Rivière, 2005). O grupo, nesse momento, auxilia a iniciar essa transição, isso é, a desconstruir um personagem e construir outro. Diante das consequências muitas das vezes desastrosas que trazem o paciente ao tratamento, o grupo acolhe o paciente, através da identificação, na medida em que ele começa a perceber a anormalidade de sua relação com a droga, mas também percebe que tem outras pessoas que passaram pelas mesmas situações e estão encontrando uma saída, um modo saudável de viver com essa condição. Podemos dizer que esse é o início do processo de identificação e pertença do paciente ao grupo (Pichon-Rivière, 2005). Não podemos dizer que é o início do grupo, pois ele já existe nas

entradas e saídas de pessoas do tratamento, na rotatividade, mas ele continua ali. Para o paciente é o início de sua pertença e momento de ruptura: identificação de sua condição, dependente químico, adicto, doente, início da desconstrução de um personagem – usuário de drogas, viciado – e construção de outro – dependente químico em recuperação.

Em relação ao método utilizado, podemos fazer um paralelo entre as atividades de tratamento oferecidas em Vila Esperança e a proposta de Oficinas de Dinâmica de Grupo (Afonso, 2006). Encontramos similaridades entre as abordagens, na medida em que tanto a oficina quanto a metodologia de Vila Esperança

usa de informação e reflexão, mas se distingue de um projeto apenas pedagógico, porque trabalha também com os significados afetivos e as vivências relacionadas com o tema a ser discutido [mas] não pretende a análise psíquica profunda de seus participantes (p. 9)

No modelo Minnessota, a recuperação é concebida como um processo contínuo de aprendizagem, de mudança do estilo de vida. Segundo E. Freire (2005, p. 1), nesse modelo, a dependência química é concebida como um fenômeno “bio-psico-sócio-espiritual”. O processo de recuperação é ancorado numa dinâmica grupal, através de trocas solidárias, da ajuda mútua “na qual os residentes (clientes ou pacientes) compartilham entre si suas histórias e dificuldades, aprendendo a identificar suas emoções, valores e atitudes antes distorcidos pela droga”.

Essa modalidade de tratamento pode ser considerada pedagógica no sentido que utiliza de informação, através de palestras e apresentação de tarefas, mas não se restringe a um mero relato de situações ou explanação. As atividades de informação e relato de situações têm como objetivo incitar a reflexão, a conscientização, isso é, pretende-se que a tomada de consciência leve à mudança. O processo de tomada de consciência que o tratamento busca instaurar refere-se às consequências do uso abusivo de substâncias, às situações que podem levar ao uso ou a uma recaída e, principalmente à quebra dos mecanismos de defesa e aceitação da doença. As reflexões e vivências têm como pano de fundo o uso de substâncias químicas e não pretendem incitar nenhum processo analítico mais profundo.

Nessa dinâmica, o grupo constitui o pano de fundo em que tais questionamentos são instaurados e a mudança de comportamento é iniciada. É na troca de experiências que o outro estimula a reflexão e traz à tona situações que tinham ficado para trás. A história do outro remete a situações antes não problematizadas. O falar de si ao grupo permite ouvir a si mesmo, um

compartilhar de experiências em que o grupo chama a atenção para pontos antes não ressaltados. É o processo de identificar, destacar, elaborar que permite um novo posicionamento. É no convívio em comunidade que o sujeito vai mudando seus hábitos, desenvolvendo novos papéis e, assim, modificando sua identidade, reconstruindo-a pelo apoio e reconhecimento do grupo.

Podemos dizer que, tal como proposto por Pichon-Rivière a respeito dos Grupos Operativos, o princípio da mútua-ajuda

implica que as pessoas se relacionam de um modo articulado e complementar, no sentido em que se comprometem, não apenas a nível de interações observáveis, mas envolvem-se pela história de vida de cada um, pela representação que cada um tem de si e faz do outro nesse processo de convivência. Essa articulação cria uma história de grupo, configura uma situação de grupo específica (Gayotto, s/d, p. 42.)

Seguindo a perspectiva desse autor, podemos ainda identificar na instituição em foco que o grupo se organiza em torno de uma tarefa externa, que seria o tratamento da dependência química, mas, para que esse processo se desenvolva, é necessário trabalhar também sobre uma tarefa interna que inclui os processos conscientes e inconscientes vividos pelos participantes no decorrer de sua convivência enquanto grupo. A tarefa interna refere-se, portanto à “totalidade das operações que devem realizar os membros do grupo de maneira conjunta para constituir, manter e desenvolver o grupo como equipe de trabalho” (Portarrieu & Oklander, 1989, p. 137). Ao mesmo tempo em que o grupo se organiza num processo de ajuda mútua para a recuperação de cada um de seus membros, esses vão trabalhando suas questões pessoais e dificuldades interpessoais no convívio diário com seus companheiros de recuperação. Assim, o período de internação consiste numa possibilidade de entrar em contato com suas dificuldades visando ter maiores subsídios para enfrentar as dificuldades quando voltarem para seu meio de convívio.

Outro componente identificado no processo de tratamento de dependentes químicos que se relaciona ao descrito por Pichon-Rivière se refere aos medos ou ansiedades básicas evidenciados pelos sujeitos. O medo da perda do equilíbrio, “de perder o que se já tem, inclusive a própria identidade” (Afonso, 2006, p. 21) e o medo de ataque, numa nova situação em que o sujeito não se sente à vontade (Carneiro, 1989, p. 54).

Esses dois medos são apresentados geralmente ao início do tratamento, quando o dependente apresenta uma resistência e uma dificuldade em realizar o 1º Passo, que se refere à admissão da impotência diante das drogas e de sua perda de controle. Na prática cotidiana, observa-se que os

usuários se encontram como que “impregnados” pelo comportamento compulsivo do uso de drogas que lhes trouxe perdas nas mais diversas áreas de sua vida. A negação da doença se manifesta na medida em que, nesse processo doentio que geralmente se arrasta por muito tempo, o papel de usuário se tornou a identidade da pessoa – “o viciado”. Assim, apesar da necessidade de tratamento e mudança, os residentes normalmente apresentam mecanismos inconscientes de defesa e resistências contra a mudança, o que podemos dizer que se manifesta no grupo como medo da perda de um equilíbrio (mesmo que ilusório), um medo diante do novo, diante do futuro, diante de um novo modo de viver com o qual não estão acostumados. Por isso, observamos frequentemente que o paciente, durante um período de tempo, apresenta contradições e resistências, avanços e retrocessos em sua recuperação, apesar de que, muitos deles, quando chegam à instituição “já vêm na tentativa de sair daquele mundo” (Terapeuta 5).

Pagès (1976), em sua obra, dá destaque às experiências afetivas do grupo e apresenta importantes reflexões acerca delas e como trabalhá-las em prol de uma mudança. Afirma que, “em última instância, [os sentimentos] permitem explicar as relações [de um grupo]” (p. 266). Para ele, os conflitos entre os participantes, são, em grande parte, manifestações de um conflito comum, de um sentimento angustiante em comum. Assim, a via de tratamento seria trabalhar esse conflito de modo a torná-lo consciente ao grupo e, pelo diálogo, facilitar não somente a resolução dele, mas trazendo como produto uma mudança de relação entre os participantes. Nessa perspectiva, “a vida do grupo não é outra coisa senão o diálogo permanente para esclarecer essa experiência que os componentes do grupo fazem juntos” (p. 301).

A angústia, confusão, sentimento de deslocamento que o paciente apresenta no início do tratamento, no qual não conhece ninguém, está em um local completamente diferente do que estava vivendo: restrições, normas, atividades com hora marcada. Toda essa mudança de realidade acentua sua angústia. Como será agora? Medo de perder a segurança do habitual, medo do novo. Por outro lado, quando ele expressa sua angústia, quando dialoga com o outro, abre-se a possibilidade de mudança, começa a enfrentá-la, abre-se para o grupo. Pagès (1976, p. 312) aponta que “os grupos são antecipadores, na medida em que são o local em que se experimentam, se elaboram e evoluem os conflitos recusados pelo grupo mais vasto”. Ele indica que o pequeno grupo traz essa vantagem, de conseguir elaborar resistências que o grande grupo mantém. Baró

(1989) complementa essa noção de angústia trazida por Pagès, destacando que o grupo é ao mesmo tempo objeto de expectativas e angústias.

Vemos isso em nossa experiência. A pessoa quando entra em tratamento vem do grande grupo, do grupo social, da sociedade que segrega, que exclui, que não sabe lidar com o dependente químico, como apontado pelos entrevistados. Ao ser admitido na instituição, ao mesmo tempo em que tem uma mudança brusca de seu cotidiano, encontra no pequeno grupo apoio, acolhimento, compreensão. Na instituição ele terá os subsídios para construir a base de sua recuperação, a base de uma nova vida. É na instituição que ele faz uma pausa em sua vida social (no sentido amplo) para ressignificar questões, para expressar sentimentos incompreensíveis aos seus olhos, para compreender-se através da expressão de si, da expressão do outro, do diálogo. O tratamento possibilita a instauração de novas relações sobre outros parâmetros e com novos objetivos. O novo grupo tem outro objetivo, outro propósito, outra tarefa.

Podemos dizer que se destaca do texto de Pagès (1976), palavras-chave que podem ser utilizadas e aplicadas na experiência com grupos de dependentes químicos em tratamento: sentimento, diálogo, expressão e relação. Esses quatro elementos principais sintetizam a contribuição do autor à este estudo.

Sentimento: força motriz das relações e dos comportamentos manifestados no grupo. Foco de atuação individual e grupal, na medida em que a conscientização, aprendizagem e ressignificação deles alteram o processo do grupo, refletem no tratamento de cada um de seus membros e no clima da instituição.

Expressão e diálogo: processos nos quais o outro fala o que sente, expõe-se, coloca para fora suas dificuldades que muitas das vezes ele mesmo não compreende a abre-se para o outro, na medida em que ouve também sua história. Cria-se o vínculo pela identificação. Da angústia surge o acolhimento, a solidariedade, a mútua-ajuda.

A angústia é o sentimento por excelência, a sensibilidade. Como tal, é uma experiência de abertura para o mundo... A partir do momento em que a separação é vivida como angústia reencontra-se o contato com os outros e consigo mesmo (Pagès, 1976, p. 339).

Por fim, a relação: relação não somente estabelecida entre os pacientes, mas também entre profissional e paciente, entre profissionais. Relação terapêutica em todos os sentidos, relação que traz crescimento do grupo, crescimento da pessoa.

Lane (1997c) fala de uma alienação em termos de doença mental, alienação da consciência de si, enquanto pessoa e enquanto ser social pertencente a um grupo. Podemos remeter essa assertiva à situação do dependente químico na fase de uso de drogas, apontada pelos entrevistados como uma fase em que ele perde a consciência de si e de sua realidade. Vemos aí duas possibilidades: a primeira daquelas pessoas que realmente se encontram em uma situação de alienação no sentido de perda da consciência de si, de sua identidade e do sentimento de pertença a um grupo social na medida em que, apesar do uso de drogas, não se sente parte daquele grupo (“uso, mas não sou dependente, não faço parte disso”), mas também perde a identificação à sua família, ao seu trabalho etc. Por outro lado temos aquelas pessoas que encontram no grupo de usuários pessoas semelhantes, identificam-se àquela situação e passam a compartilhar valores, representações e modos de vida. Essa diferença é o que Vieira-Silva (2000) aponta como “pertencer a um grupo e ter consciência de pertencer a um grupo” (p. 17). No segundo caso, a pessoa pode pertencer ao grupo de usuários no sentido de compartilhar normas, valores, relacionar-se cotidianamente com elas, mas não ter a consciência de pertencer a esse grupo. Apesar de existirem práticas concretas e sociais de interação entre ambos, ele não tem a consciência de pertencer a esse grupo. É o que ocorre em muitos casos de pacientes que negam a doença da dependência química e seu comprometimento: negam a pertença a um grupo. Por outro lado, no processo de recuperação, as pessoas que se engajam em grupos anônimos, por exemplo, desenvolvem uma consciência de pertencer a um grupo no sentido de “avaliar criticamente suas relações com esse grupo, tomá-lo como referência para suas concepções de vida e para a definição de sua própria identidade” (Vieira-Silva, 2000, p. 17).

Segundo a perspectiva de intervenção psicossocial proposta por Machado (2004), outro elemento importante que podemos identificar refere-se à dimensão simbólica, onde, mesmo que a demanda explícita seja a de recuperação, não se deve desconsiderar as representações e crenças dos pacientes, suas formas de organização, mas trabalhar essa demanda no sentido de problematizá-la, verificando se realmente há um desejo de recuperação, um desejo de mudança.

Consideramos que durante todo o processo de tratamento, nas atividades individuais e em grupo, a dimensão simbólica é enfocada no sentido de que são questionadas as concepções construídas socialmente por essas pessoas, suas formas de pensar segundo sua inserção social, seus grupos de pertença, sua história de vida. Podemos dizer que é parte essencial do processo de

tratamento e recuperação uma mudança de posição dos sujeitos, a elaboração do mal-estar, o questionamento de crenças e representações, a reconstrução da identidade de cada um com a mudança dos grupos de referência. A dinâmica grupal se insere como indissociável do processo de tratamento na medida em que se espera que o dependente encontre as bases e o sustento para sua nova identidade em um novo grupo de referência: os grupos de mútua-ajuda.

Para Campos e Ferreira (2007), no processo de recuperação, isso é, de mudança de vida do dependente químico, seu mundo simbólico precisa ser desmantelado e reconstruído numa base social que lhe sirva de “laboratório” para sua transformação.

Santos (2006), ao discutir sobre a construção da memória e da subjetividade no tratamento de alcoolistas e toxicômanos sugere que

o diálogo com o outro que se realiza no grupo, um outro que o acolhe pela semelhança, ao mesmo tempo em que o obriga a enxergar as diferenças... é um elemento fundamental na construção da memória. Com o outro, o alcoolista ou toxicômano vai construindo uma narrativa sobre si mesmo, encadeando e dando sentido às suas lembranças (p. 66).

Podemos fazer uma comparação entre essa concepção de construção, ou re-construção da memória e subjetividade dessas pessoas com o conceito de produção da identidade proposto por Ciampa (Ciampa, 1994, 1997; Ciampa & Pacheco, 2006). Nessa perspectiva a identidade é o reconhecimento da igualdade e da diferença, aonde “vamos nos diferenciando e nos igualando conforme os vários grupos sociais de que fazemos parte” (Ciampa, 1997, p. 63).

Santos (2006) sugere que, na relação com o grupo, a singularidade do sujeito vai se constituindo, através da assimilação e do reconhecimento de seus próprios movimentos, de sua fala e escuta e da percepção de como esses elementos estão organizados. Isso é possibilitado pela instauração de um estado de abstinência em que se abre um espaço para o restabelecimento das relações com o mundo e de uma busca por entendimento e compreensão de si mesmo que antes não eram possíveis pelo uso desenfreado da droga.

Seguindo ainda os pressupostos indicados por Machado (2004), um ponto de discordância entre a dinâmica de Vila Esperança e a proposta psicossocial, refere-se à questão das normas e princípios de intervenção previamente definidos, à explicitação de uma demanda relacionada ao diagnóstico de dependência química, ao ritmo e duração do tratamento (em torno de 30 a 45 dias)

e à espera de resultados determinados (onde objetiva-se a recuperação com a manutenção da abstinência).

Podemos ver que é nesse ponto que encontramos os limites de tal possibilidade de atuação, tendo em vista que estamos nos referindo a um centro de tratamento, a um contexto institucional, com suas normas de funcionamento e também a uma clientela específica; a lei representa um componente essencial à reformulação de vida tendo em vista que essa se encontrava ausente na adicção.

Alves (2006, p. 10) utilizou-se de Kalina (1999) ao fazer menção à disciplina e às regras institucionais, afirmando que as regras correspondem a um elemento importante do tratamento, no caso da drogadição. Argumenta que, diante dos limites, o dependente “passa a estabelecer relações diferentes consigo mesmo, com os outros e com as drogas”. Com relação aos sujeitos de seu estudo, ela aponta que características geralmente consideradas negativas foram reavaliadas como positivas, sendo enfocadas como necessárias à recuperação. Nesse sentido, a disciplina apareceu como uma característica marcante das regras determinadas pela instituição por ela estudada.

Em Vila Esperança, tal como na instituição abordada por Kalina (1999), consideramos que as regras permitem ao residente dispor de um ambiente mais organizado, diferente do que ele vinha convivendo. Isso é exemplificado pelo entrevistado que aponta que “*o tratamento tira a pessoa de uma realidade e a coloca em outra*” (Terapeuta 1). A imposição de limites tem o objetivo, num sentido terapêutico, de reinsserir o paciente em um modo de vida mais harmônico e responsável com os outros, com o que é de uso comunitário e consigo próprio.

Sob a perspectiva psicossocial, Machado (2004) e Afonso (2006) apontam para o papel do coordenador enquanto um incentivador, facilitador do processo grupal e da elaboração de seus conflitos em prol da realização da tarefa. Esse é também um ponto de questionamento entre as duas perspectivas abordadas, pois, tendo em vista os objetivos do centro de tratamento, a própria clientela que atende e principalmente a constante rotatividade entre os componentes do grupo, torna-se necessário um planejamento prévio e uma sistematização das atividades. Vemos então, na instituição, a centralização das decisões em torno da equipe terapêutica e do terapeuta que coordena cada atividade. Há, portanto, a existência de uma figura do saber especializado (o

terapeuta), porém, tal como proposto pelo modelo Minnesota e sob a perspectiva da mútua-ajuda, a relação estabelecida entre residentes e terapeutas é de cooperação.

Um ponto de discussão instaura-se na fala no terapeuta quando aponta que “*os profissionais tem outra função, de pontuar e colocar limites*” e que “*o grupo é composto somente pelos residentes*” (Terapeuta 6). É no papel desempenhado pelo terapeuta que esbarramos nas diferentes modalidades de tratamento. Podemos considerar que, seguindo a perspectiva psicossocial, o trabalho com grupos de dependentes químicos traria elementos semelhantes à proposta de comunidade terapêutica apontada por Fracasso (2011) e De Leon (2009), mas, como já dito, situando-se nos limites da atuação em uma instituição com suas regras e prescrições. Isso já nos coloca outra questão, pois o profissional, mais especificamente o terapeuta, localiza-se como figura de saber (termo utilizado por Afonso, 2006), quando ministra uma palestra ou dá orientações de como proceder na volta ao ambiente de convívio e como lidar com determinada situação; porém, ele estará mais próximo do grupo quanto mais estiver inserido nele e, nesse caso, o profissional já não passa pelo menos oito horas diárias no mesmo espaço?

Pagès (1976) traz uma perspectiva de atuação profissional que vai ao encontro de tudo o que temos falado e procuramos promover. O autor fala do engajamento do profissional com a mudança do grupo, com a facilitação de um diálogo permanente do grupo consigo mesmo. Para ele, isso só é possível através de um diálogo espontâneo do profissional com o grupo, utilizando seu saber teórico em prol da mudança, sem diminuir sua participação efetiva no grupo como membro, como inserido nessa coletividade. Aponta a livre expressão de sentimentos entre ambos, sem tabus, sem a prescrição de procedimentos tradicionais da psicologia que pressupõem uma neutralidade profissional. Defende a relação entre o profissional e o grupo como relação espontânea de abertura e acolhimento, conseguindo quebrar resistências, incentivando e facilitando a mudança.

o psicólogo, quer mudar o cliente, porque compartilha do seu sofrimento e de seu desejo de mudança... o que ele quer, antes de tudo, portanto, é estar com o cliente e sustentá-lo no seu esforço de mudança. Essa presença de um diante do outro, essa relação efetiva de um com o outro manifesta uma vontade aberta de mudança, mesmo que ele se expresse superficialmente por um desejo de mudança especial. Ela é a condição de um esforço de mudança de uma parte e de outra, realizado pela ajuda mútua (Pagès, 1976, p.461).

O conceito de identidade grupal (Baró, 1989, Vieira-Silva, 2000) nos permite compreender melhor essa questão. Podemos destacar, a partir das colocações feitas por Baró (1989) acerca da identidade grupal, que o grupo deste estudo, o grupo de Vila Esperança, é constituído não somente pelos pacientes, mas, como foi colocado ao início, por todos os envolvidos no processo de tratamento: pacientes e funcionários. Existe um grande grupo: a APADEQ – associação que agrupa não somente os envolvidos diretamente no tratamento, mas toda a instituição: membros da associação, conselhos, diretoria, administração, funcionários e pacientes; mas o grupo de tratamento propriamente dito é composto por profissionais que atuam diretamente com os pacientes, principalmente terapeutas, monitores e pacientes. Eles estão envolvidos nas estratégias de tratamento, exercem direta influência na estadia do paciente na instituição e no manejo das situações que ocorrem. Embora a identidade do grupo seja referente ao tratamento da dependência química realizado ali, ela adquire contornos demarcados por situações, idas e vindas decorrentes de peculiaridades de seus membros: profissionais que trazem suas bagagens pessoais e profissionais, pacientes e as mais diversas situações que ocorrem no cotidiano que demarcam mudanças significativas no todo.

Em relação ao desenrolar do tratamento, encontramos nas explicações de Baró (1989), subsídios para nossas observações ao apontar que a eficácia do grupo não depende somente de sua organização formal, mas também de suas estruturas informais, dos vínculos afetivos entre seus membros. Isso é visto no discurso de pacientes que apontam que se mantiveram no tratamento pela ajuda de seus companheiros para superar as dificuldades. Mais do que a estrutura, o modelo de tratamento, o maior incentivo para muitos foram os vínculos de amizade que criaram.

a teoria psicossocial deve ser capaz também de integrar os aspectos pessoais, a saber, as peculiaridades de cada grupo que surgem das características e particularidades próprias de seus membros. Só assim o grupo aparecerá em seu caráter dialético, como lugar privilegiado onde o pessoal conflui com o social e o social se individualiza (Baró, 1989, p. 206).

A identidade grupal aponta quem é esse grupo, qual especificidade define sua unidade como tal, qual o caráter de sua totalidade. Sendo assim a identidade de um grupo requer que exista uma unidade que o diferencie de outras totalidades ou grupos. Há três aspectos pertinentes à identidade do grupo: sua formalização organizativa (a forma como se organiza), a relação com

outros grupos e a consciência de seus membros. A relação com outros grupos inclui também sua resposta a interesses sociais e coletivos mais amplos. No nosso estudo, temos como exemplo tanto a instituição em foco quanto Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Eles, salvo suas devidas proporções e fins, são respostas ao problema da dependência química. Canalizaram interesses individuais e coletivos de pessoas que buscavam uma solução e juntas encontraram um caminho. Já a consciência de seus membros envolve a relação entre identidade individual e coletiva, na medida em que a pessoa passa a tomar o grupo como referência à sua própria identidade. Exemplo disso são os monitores que agradecem por trabalhar na instituição e descrevem-se não somente como profissionais, mas também dependentes em recuperação. Vemos também nos pacientes que têm a experiência de tratamento como pontapé inicial a uma experiência maior em grupos anônimos e continuam passando a mensagem de recuperação a outras pessoas. Por outro lado vemos também citado em Baró casos em que a pessoa apenas utiliza o grupo para determinados fins, mas não se sente parte dele. É o que acontece com grande número de pacientes que passam pelo tratamento, mas, ao voltar ao ambiente de convívio, não dão continuidade a essa convivência, no centro de tratamento e nos grupos de mútua-ajuda, mas continuam convivendo nos ambientes de uso de drogas. Temos também como exemplo as pessoas que realizam o tratamento sem se envolver com as atividades, realizam o tratamento somente para “dar um tempo” aos problemas trazidos pelo uso de drogas. Utilizando os termos de Ciampa (1997), continuam re-pondo uma identidade pressuposta.

Consideramos que é possível atuar conciliando tais contextos. É possível orientar os pacientes dentro da formação específica de cada profissional (terapeuta, monitor, cozinheiro, faxineiro, etc), mas sem perder o vínculo essencial ao bom processo de tratamento e conseqüentemente ao bom processo grupal. Isso ocorre em pequenas interações como almoçar junto com os pacientes, participar de suas atividades mesmo quando aquele profissional não foi designado para coordená-la. Dar autonomia ao grupo de discutir uma questão, fazer por si mesmo uma atividade que normalmente seria designada à equipe. Acreditamos que, em determinadas situações, o profissional deve sim se colocar como semelhante ao paciente, semelhante no sentido de dar autonomia e oportunidade de escolha a ele, dar responsabilidades, não somente ser a figura que mostra o que não pode ser feito e como deve ser feito.

Ao procurarmos comparar a proposta de oficina de dinâmica de grupo (intervenção psicossocial) e o tratamento oferecido em Vila Esperança, encontramos pontos de divergência e semelhança. Apesar de haver uma “figura de saber”, no sentido das decisões sobre o enquadre das atividades, no que se refere à relação com os residentes, ela atua como um estimulador das reflexões e elaborações individuais e grupais, alguém que possui ferramentas que podem auxiliar os residentes no processo de tratamento, no desenvolvimento de sua própria autonomia e na construção de estratégias de enfrentamento de situações de risco para a manutenção da abstinência.

Mais uma vez fazendo referência aos princípios de uma intervenção psicossocial, identificamos no tratamento em foco a presença de procedimentos e estratégias, tais como “reuniões, entrevistas, discussões em grupo e... análises, incluindo, em vários casos, as de representações sociais e de processos inconscientes como lapsos, recalques, esquecimentos, narcisismos, projeções, identificações” (Machado, 2004, p. 45). Como exemplo de tal procedimento, podemos apontar as palestras realizadas sobre “Mecanismos de defesa”. Essa atividade tem como objetivo, levar o dependente a identificar suas resistências ao tratamento, seu movimento inconsciente de continuar a se drogar, prevenir-se de uma possível recaída diante de tais sinais e sintomas e também visa capacitá-los a auxiliar os companheiros na identificação de tais manifestações. Já as entrevistas feitas com os familiares ou responsáveis pelo residente, elas visam a conhecer melhor o ambiente de convívio do residente, seus grupos de pertença, como o grupo familiar se comporta diante da dependência química, bem como as representações e papéis da pessoa dentro da família. Santos (2006) ressalta essa questão ao apontar que

pela discussão do grupo, a possibilidade de reconhecer a si mesmo enquanto um sujeito singular vai se configurando. É através de sua própria fala e escuta que o sujeito vai se apropriar de seus movimentos, se dar conta de como eles são pensados, arquitetados, executados (p. 57).

No que se refere à devolução do trabalho, consideramos que a recuperação do paciente, depende primeiramente de sua atuação e motivação, apesar do tratamento constituir-se em um trabalho de mútua-ajuda entre o paciente, o grupo e a equipe terapêutica. Não basta somente cumprir o tempo de reclusão para que o sujeito se recupere. A estrutura do tratamento sugere uma drástica mudança de comportamentos do residente, uma tentativa de ressocializar esse dependente, no sentido de inculcar-lhe obrigações consigo próprio e com os outros (de higiene e

cuidado com seus pertences e com o toda a estrutura física do centro, respeito e honestidade), criar novas representações, crenças, novas formas de pensar, que só serão efetivadas a partir da inserção dele em um grupo que legitime sua nova posição diante da sociedade, onde essa se concretize em novas culturas grupais, mais adequadas à sua nova realidade. Sendo assim, podemos dizer que a devolução e os resultados do tratamento dependem da atuação e da abertura do dependente ao que é oferecido no centro, isso é, da sua participação efetiva nas atividades desenvolvidas.

No decorrer do processo, o dependente que entra em tratamento com toda sua vida desestruturada e que, em grande parte das vezes, arrastou todo seu grupo familiar para essa destruição, tem a oportunidade de identificar-se com pessoas que chegaram ali com o mesmo objetivo e que compartilham histórias de vida semelhantes. É pela formação de um grupo dentro do centro que o dependente encontra uma referência para prosseguir com a recuperação e um apoio nos companheiros que estão na mesma situação que ele. Ao final do tratamento, espera-se haver uma gradual transição do grupo de referência de dentro para fora do centro, para os Alcoólicos Anônimos (A.A.) e Narcóticos Anônimos (N.A.). Objetiva-se que o dependente já esteja engajado em novos comportamentos e em processo de construção de novas representações e crenças, reformuladas e instauradas no decorrer de sua internação. De posse das ferramentas necessárias para reconstrução de sua identidade, ele encontrará referência e amparo para manutenção de sua nova condição de Dependente Químico *em Recuperação* nos grupos.

Para Santos (2006), o tratamento em grupo possibilita o confronto diário com o outro, em que as identificações aparecem com facilidade. O contato com as outras histórias traz à tona lembranças dos acontecimentos da ativa que necessitam ser elaborados.

Podemos identificar, portanto, que essa modalidade de tratamento, que alia técnicas grupais e comportamentais com uma perspectiva baseada nos Doze Passos de Alcoólicos Anônimos, propicia um ambiente de reconstrução da identidade desses sujeitos. Por meio das relações sociais estabelecidas já no centro de tratamento e desenvolvidas nos grupos de mútua ajuda esses encontrarão um suporte para a recuperação e assim uma legitimação da sua “nova” identidade.

Diante do colocado acerca da dificuldade do paciente na volta ao seu ambiente de convívio (família, trabalho, sociedade), vemos que a desinformação é um dos grandes entraves ao

tratamento. As pessoas desconsideram a influência mútua que exercem sobre aqueles com quem convivem. A mesma influência recíproca ocorre com o dependente químico.

Alguns deles se encontram em um meio desestruturado que se constituiu em fator de risco para o uso de drogas e, com o desenvolvimento da dependência, tornou-se fator de manutenção. A família, quando também faz uso de drogas, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, tudo isso constitui elementos que podem dificultar a recuperação. Como artigo de Campos e Ferreira (2007) acerca da importância da legitimação social na identidade de um alcoolista, em que se cita o exemplo de “José²²”, que optou por sair de seu meio de convívio em prol de sua recuperação. Para algumas pessoas, essa é a única solução; porém, mais do que se afastar de ambientes que sejam riscos à recuperação, o paciente precisa criar suportes. Ele trabalha? Vamos investigar como são as relações dele nesse grupo. Como é seu meio de convívio? Como é a sua estrutura familiar? Como citado por diversos entrevistados, muitas das vezes a família é o meio de convívio mais próximo do dependente químico, mais fácil de ser trazido para o tratamento, mas também é o ponto em que ele encontra maiores dificuldades.

A família adoecida, muitas das vezes, sobrecarregada com todas as situações ocorridas desde a experimentação e o abuso até a dependência – quadro que se desenrola por anos – não sabia como lidar antes e continua sem saber como lidar após a internação. Como citado pelo terapeuta muitas das vezes “*existe um movimento inconsciente da família de sabotagem da recuperação do paciente*” (Terapeuta 3). O paciente entra em tratamento, começa a reformular suas crenças, representações, atitudes, passa a conviver em um meio totalmente diferente daquele que estava vivendo e, quando volta, tem a sensação de que tudo continua do mesmo jeito. Realmente isso ocorre quando a família não participa, não se trata, não se conscientiza do quanto foi influenciada pelo uso de drogas de outra pessoa. Nesse sentido, o tratamento não só pode não trazer nenhum benefício aos familiares como eles podem atrapalhar o paciente.

A transformação de um grupo e da identidade de uma pessoa somente ocorre através de uma mudança de crenças e atitudes expressas em interações. Para haver uma mudança mútua, ambos devem contribuir. É preciso que o paciente encontre na família uma rede de apoio para sua nova identidade, um terreno onde poderá desenvolver novos comportamentos e ser reconhecido como tal. Um processo de retroalimentação, como aponta Ciampa. A identidade do grupo muda através

²² Nome fictício dado ao personagem pelos autores.

de contínuas transformações nas interações entre seus membros e, como resultados das interações, mudam-se as representações.

É preciso que, com a retirada da droga, outras interações, outras relações venham ocupar esse lugar, como citado pelo terapeuta 1:

À partir do momento que eu faço isso [assumir a condição de dependente químico], eu começo a ressignificar minha vida, porque eu começo a perceber que eu sou muito mais do que isso. Eu não me resumo a usuário de droga. Mas a tomada de consciência disso me permite eu voltar a ser o trabalhador que eu era, o bom pai ou o filho, um participante de um grupo social, familiar, ocupacional, religioso. É... então é... o tratamento ele faz com que eu possa perceber isso. “Olha, eu tenho uma identidade que com o tempo ela foi sendo comprometida pelo uso de droga e agora estou aqui pra restaurar essa identidade”. Isso pode ser o maior antídoto da dependência química. Hoje fala-se muito em reinserção social, é justamente voltar para minha família, voltar lá para o meu trabalho, para o meu grupo religioso e assim por diante (Teapeuta1).

Consideramos que o dependente químico terá sucesso em seu tratamento e dará manutenção à sua abstinência quanto mais ele tiver inserido em novas relações, isso é, em um novo cotidiano que lhe dê suporte. É nesse sentido que vemos que grande parte dos pacientes voltam ao uso: não se empenham efetivamente e não encontram um auxílio do meio para suportar sua nova condição: de dependente químico em recuperação.

Por essas análises realizadas a partir das observações do cotidiano da instituição em foco e pelas representações apontadas pelos sujeitos sociais dessa instituição, pretendemos evidenciar o quanto a perspectiva psicossociológica pode ser útil à compreensão e transformação da realidade da dependência química, tendo em vista que um de seus maiores objetivos enquanto ciência é constituir-se em um campo de saber comprometido ética e politicamente com as problemáticas da população e do meio em que vivemos.

Temos a certeza da possibilidade de se atuar sob tal perspectiva, mesmo diante dos limites e impossibilidades que o contexto e o enquadre institucional impõem, sem deixarmos de considerar o homem como sócio-historicamente determinado, influenciado pelas relações que estabelece com o outro, com seus grupos de referência e com a construção de suas representações, suas concepções de mundo e formas de se comportar. São esses determinantes (e aí destacamos os grupos) que podem auxiliar na metamorfose da identidade das pessoas ou podem constituir-se em entraves a uma desejada mudança de vida.

10. CONCLUSÕES

Como já dito, procuramos por meio desta pesquisa identificar, com recursos acadêmicos e científicos, dimensões psicossociais que podem favorecer ou dificultar o processo de recuperação de dependentes químicos. Apesar de algumas das questões encontradas aqui serem de amplo conhecimento de profissionais da área, identificamos uma lacuna existente entre a importância dada ao grupo no processo de recuperação do dependente químico e os referenciais teóricos utilizados nos cursos de formação. Não temos informações de cursos de capacitação, cursos técnicos e de formação de profissionais bem como especializações que utilizem o referencial da Psicologia Social para embasar a importância do grupo no tratamento da dependência química. É importante destacar que, na literatura utilizada, principalmente referente à dependência química, encontramos somente referência à Pichon-Rivière (2005) no que se refere a processos grupais.

Encontramos por meio da convivência no centro de tratamento que nos serviu de objeto de estudo e por meio das entrevistas realizadas a importância da mútua-ajuda, afetividade e identificação entre os pacientes no processo de recuperação. Encontramos também a importância das relações sociais do indivíduo na manutenção de sua abstinência e no desenvolvimento de suas habilidades pessoais para lidar com situações e questões internas.

Ressaltamos mais uma vez o papel primordial que tem o profissional no sentido de incitar reflexões, estimular atitudes e trabalhar a autonomia e participação do grupo. Acreditamos que isso é mais efetivo quando o profissional realmente se envolve com o grupo, como parte dele.

Por outro lado, em relação à família, entendemos as grandes sequelas que o uso de drogas traz às pessoas que convivem com o dependente, mas consideramos que continuar “remoendo feridas” não resolverá o problema. É preciso envolver-se no tratamento, mesmo sem garantias, mesmo sem saber em que pé anda o processo daquela pessoa, pois, em alguns casos, é preciso vários tratamentos, várias recaídas, várias internações para que haja uma mudança efetiva e (quem sabe?) permanente. Isso aprendi com Maurício Landré, grande pessoa que conheci na FEBRACT – Campinas, lugar abençoado que fez de mim ainda mais apaixonada pela causa.

É preciso que a família então se envolva na mudança, acredite, reforce as mudanças, promova-as, crie espaços para que a nova identidade se desenvolva. É preciso que a família, os padrões, os

amigos, todos se informem melhor e busquem compreender acerca do sofrimento que passa o dependente químico. Aquela pessoa que se sente aprisionada por não ser mais dona de suas próprias vontades.

Por fim, encerro esse texto, já falando aqui na primeira pessoa, Andréa, contando uma história que muito marcou minha formação e que aqueles que conviveram comigo em Vila Esperança no período de fevereiro de 2009 a março de 2011 devem conhecer...

Um dia, um dia comum de trabalho, oito horas, reunião para início do dia, como normalmente acontecia. Eis que veio à sala da equipe terapêutica um monitor dizendo do novo paciente que havia chegado. “Veio da cadeia” – disse com ênfase. Por um momento senti um clima de apreensão. Um terapeuta contou-nos das condições que ele chegou, algemado. Logo que viu aquela cena, pediu para que os policiais tirassem aquilo dele. Ali ninguém ficaria assim. Quando olhamos para a escala de tarefas distribuídas para o dia, vi que estava designada para entrevistá-lo. Outro terapeuta, talvez sentindo minha insegurança, me perguntou se eu queria passar a entrevista para outro terapeuta. Disse que não, pensando “preciso enfrentar esse desafio”. Foi com receio do que encontraria, ali, uma pessoa mal encarada, agressiva que fui para a entrevista.

Quando entrei na sala, senti-me como se estivesse vendo um bicho acuado. Acho que nunca tinha visto pessoalmente alguém que tinha sido preso, pelo menos não que soubesse. Também não me lembrava. Vi um homem magro, com o rosto escuro. Escuro não por ser a cor de sua pele, mas parecia sujo ou queimado. Fiz a entrevista, lembro que ele pouco respondeu. Parecia muito tímido, amedrontado mesmo. Admiti o paciente e, como meu costume, logo procurei estabelecer uma relação amigável e cordial, de ajuda.

Lembro-me que com o passar dos dias, João (como vou chamá-lo) teve dificuldades em adaptar-se ao ritmo do centro: acordar cedo, escrever muito, palestras, dinâmicas, falar de si, contar sua história. Será que ele estava desacostumado a falar de si mesmo? Ninguém se interessava? Parece que não. Diante das dificuldades, antes de acabar a primeira semana me procurou: queria ir embora. Não estava se adaptando. Entramos em contato com o fórum da cidade e foi nos dito que ele poderia ir embora... e voltar para a prisão. João resolveu ficar.

João ficou e enchia os olhos ver como desenvolveu no decorrer do tratamento: engordou, ficou mais forte, a pele até clareou, começou a colocar roupas diferentes, ficou até bonito. Apareceram

seus olhos esverdeados que antes não apareciam. Participava ativamente das atividades, apesar de seu jeito tímido. Foram-lhe dadas funções de responsabilidade no centro para voltar a se sentir útil, ficou importante diante dos companheiros. Encontrou companheiros, encontrou um lugar, encontrou um grupo.

Nas vésperas de sua alta estava reluzente, feliz, sorridente, ia mudar de vida. Entramos em contato com o fórum e estava demorando para sair a resposta sobre como ficaria sua condição. A resposta saiu na véspera do dia de sua alta: João ficaria albergado – ficaria em casa durante o dia, quando deveria também trabalhar, mas à noite voltaria para dormir na cadeia.

Foi um choque, um balde de água fria para João. Estava contando que voltaria para casa. Chorou, ficou desorientado, mas juntos, tentei fazer com que pensasse pelo lado positivo: era um desafio do juiz e do Poder Superior para saber o quanto ele estava disposto a manter-se em recuperação. Se mantivesse tudo bem, logo as coisas iam mudar novamente.

Achamos melhor que ele não saísse do centro para a reunião externa do grupo de mútua-ajuda. Procurei alguns de seus companheiros e lhes pedi para lhe dar um apoio, informei aos monitores da noite. O grupo ajudou e, no dia seguinte, ele parecia estar melhor.

Foi feita a alta. O coração apertado dizia que se pudesse o deixaria mais um tempo para ver se resolveríamos melhor essa situação. Não foi possível.

Todas as sextas-feiras às quatro da tarde era pós-internação de pessoas de outras cidades. João veio na primeira semana, todo arrumado, como saiu; veio na segunda, na terceira disse que perdeu a carona. E assim foi indo até o dia que ficou marcado pra mim: fui à entrada do centro, como de costume para receber e rever os pacientes que tinham saído da internação, como estavam e vi uma pessoa que havia visto há cerca de dois meses atrás, mas que para mim tinha mudado: João estava do mesmo jeito que chegou. Percebi seu emagrecimento, não veio mais de roupas novas, tênis, mas de roupas sujas, chinelos, o rosto, a mesma cor escura. Acho que não consegui disfarçar minha surpresa. Teve uma recaída: seis filhos, sem dinheiro, sem trabalho, aquele constrangimento de voltar todos os dias para cadeia e ser revistado, rixas com outros detentos. Acabou recaído.

Informei-lhe que, segundo as normas do centro, quando a pessoa tem uma recaída é feito um recontrato de pós-internação e que, como teria que fazer relatórios periódicos ao fórum, eles seriam informados.

Na semana seguinte, João veio com a mesma postura.

Nas semanas seguintes não veio mais.

O fórum nos avisou que ele teve “regressão de regime” – voltou ao regime fechado.

Nessa história, não questiono os procedimentos jurídicos. João cumpria pena por algo que cometeu. Acredito que foram procedimentos corretos. O que essa história me faz pensar é sobre o apoio que João teve à sua nova identidade quando saiu do tratamento. Teve? Uma família desinformada que mal tinha condições de comparecer às visitas, falta de emprego, falta de condições mínimas à sua subsistência e de seus filhos.

Não sei falar com detalhes como foi seu processo pós-internação, nas sessões que veio. As sessões eram divididas entre os terapeutas: a cada dia um deles era responsável e eu não fiquei responsável pelo grupo de sextas-feiras, mas por outro.

O que essa história me faz pensar é quantas pessoas saem da internação com todas as possibilidades de recuperação, mas não as encontram no meio social. Como promover isso? Essas são respostas que a Psicologia Social procura responder...

Consideramos que, por meio deste trabalho, conseguimos abrir mais uma frente, mais uma via de atuação, conseguimos relacionar teorias inicialmente não aplicadas, ou pouco aplicadas, à temática da dependência química e à possibilidade de contribuir no que se refere à atuação profissional, formação, capacitação, reciclagem de profissionais sob uma perspectiva embasada. Consideramos que conseguimos aqui comprovar como essa amizade entre disciplinas pode ser proveitosa e produtiva: a Psiquiatria, no campo das dependências e a Psicologia Social, no campo das relações, da subjetividade, dos grupos. Não conseguimos viver sozinhos e os indivíduos, pacientes, familiares, profissionais estão o tempo todo em relação. O que precisamos trabalhar então é para mudar representações e modificar atitudes, potencializando e dinamizando relações de modo positivo, visando transformá-las em propulsoras e mantenedoras de mudanças. A partir dessa mudança de perspectiva, podemos então refletir melhor sobre nossas práticas, mudar atitudes e (quem sabe?) dar um passo à frente no sentido de aperfeiçoar ainda mais nossas abordagens visando a um bem maior: não somente a recuperação dessas pessoas dependentes químicos e a transformação de suas identidades, mas também prevenir que o problema tome proporções maiores. Consideramos que este trabalho nos permitiu visualizar que, através das

relações que estabelecemos com o outro, através do modo como nos relacionamos com ele, a mudança torna-se possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²³

- Afonso, M. L. M. (Org.) (2006). *Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alcoholics Anonymous World Services. (2001 junho). *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: Alcoholics Anonymous World Services. (6a ed.). São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil [JUNAAB].
- Alcoholics Anonymous World Services. (2001 dezembro). *Alcoólicos Anônimos atinge a maioria: uma breve história de A.A.* (12a ed.). São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil [JUNAAB].
- Alves, F. M. (2006). O tratamento da drogadição em uma perspectiva psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2), São João del-Rei. Recuperado em 12 de abril, 2009, de <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/FlaviaAlves.doc>
- Alvez-Mazzotti, A. J; Gewandsnajder, F. (1998). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- Agência Nacional De Vigilância Sanitária - ANVISA. *Resolução RDC 101*. Recuperado em 19 de janeiro, 2010, de http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm.
- Araújo, L. Z. S. (2003). Aspectos éticos da pesquisa científica *Ethical aspects of scientific research*. *Pesqui Odontol Brás*;17(Supl 1):57-63.
- Bardin, L. (2009) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).

²³ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Baró I. M. (1989). *Sistema, grupo y poder*. Psicología Social desde Centroamerica II. Colección Textos Universitarios. (Vol. 10). San Salvador, El Salvador: UCA Editores.
- Burns, J. (2002). *O caminho dos Doze Passos. Tratamento de álcool e outras drogas* (2a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Campos, G. M., & Ferreira, R. F. (2007, abril/julho). A importância da legitimação social na re)construção da identidade de um alcoolista. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 24(2), p. 215-225.
- Campos, R. H. F., & Guareschi, P. A. (Orgs.) (2007). *Paradigmas em Psicologia Social: a perspectiva latino-americana*. (3a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Cardoso, R. M. M. (2006). *Só por hoje: um estudo sobre Narcóticos Anônimos, estigma social e sociedade contemporânea*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
- Carneiro, F. D. M. (1989). Síntese teórica e reflexões sobre as limitações e aplicabilidade da técnica do grupo operativo. *Revista de Humanidades*. Ano 6. N. 4. Fortaleza: Centro de Ciências Humanas da Unifor.
- Ciampa, A. da C. (1994). *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense.
- Ciampa, A. da C. (1997). Identidade. In: Lane, S. T. M.; Codo, W. (Org.). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, pp. 58-75.
- Ciampa, A. C., & Pacheco, K. M. B. (2006). O Processo de Metamorfose na Identidade da Pessoa com Amputação. *Acta Fisiátrica*, 13, pp. 163-167.
- De Leon, G. (2009). *A comunidade terapêutica. Teoria, modelo e método* (A. Sobral, C. Bartalotti, M. S. Gonçalves, trads). (3ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. & cols. (2011). *Dependência Química. Prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.

- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, Curitiba: Editora UFPR, n. 24, p. 213-225.
- Edwards, G., Marshall, E.J. & Cook, C.C.H. (2005). *O Tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime - UNODC. (2008). *Relatório Mundial sobre drogas*. Recuperado em 12 de janeiro, 2010 de http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080626.html
- Farr, R. M. Representações sociais: A teoria e sua história. (1994). In: Jovchelovitch, S.; Guareschi, P. (Orgs.). (pp. 31-59). *Textos em Representações Sociais*. Vozes: Petrópolis.
- Ferreira, Aurélio B. de Hollanda. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fracasso, L. (2011). Características da comunidade terapêutica. In: Serrat, S. M. (Org). (pp. 272-289). *Drogas e álcool. Prevenção e tratamento*. (6a Reimp.). Campinas: Editora Komedi.
- Freire, P. (1982, outubro). Palavra ação. *Jornal Mundo Jovem* (150a ed.), p. 20. (Trabalho original publicado em 1977)
- Freire, E. (2005, julho). O modelo Minnesota. *Caderno de Fé e Cultura: Psicologia e Espiritualidade*. Pontifícia Universidade Católica e Centro Loyola de Fé e Cultura, (47), pp. 131-137. Recuperado em 19 de abril, 2009 de http://www.vilaserenasp.com.br/nacional/fundamentos_documentos/eliana_freire.doc
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). Para uma prestação de contas pública: além da amostra, de fidedignidade e da validade. In: Bauer, Martin W., & Gaskell, George (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, Trad.) (pp. 244-270). Vozes: Petrópolis.
- Gayotto, M. L. C. (s/d). Experiência acumulativa de grupo operativo – Um campo de formação e experiência na Psicologia Social. *Cadernos PUC*. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, (11), p. 42.

- Gitlow, S. (2008). *Transtornos relacionados ao uso de substâncias* (M. F. Lopes, Trad.) (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Goldim, J. R., Pithan, C. F., Oliveira, J. G.; & Raymundo, M. M. (2003). O Processo De Consentimento Livre E Esclarecido Em Pesquisa: Uma Nova Abordagem. *Rev Assoc Med Bras*; 49(4), pp. 372-374.
- Guerriero, I. C. Z. (2006). *Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kalina, E. et al. (1999). *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kinnon, J. (1973). *Partilha de Jimmy K. no jantar do 20º aniversário de N.A.* Recuperado em 11 novembro, 2010 de <http://www.na-pt.org/arquivo/jimmyk.php>
- Lane, S. T. M. (1997a). A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 10-19). São Paulo: Brasiliense.
- Lane, S. T. M. (1997b). Linguagem, pensamento e representações sociais. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 32-39). São Paulo: Brasiliense.
- Lane, S. T. M. (1997c). Consciência/ alienação: a ideologia no nível individual. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 40-47). São Paulo: Brasiliense.
- Lane, S. T. M. (1997d). O processo grupal. In S. T. M. Lane & W. Codo (Eds.), *Psicologia Social: O homem em movimento* (pp. 78-98). São Paulo, SP: Brasiliense.

- Lane, S. T. M. (2008). *O que é Psicologia Social*. (Coleção Primeiros Passos). (Vol.39). São Paulo: Brasiliense.
- Laranjeira, R.; Ribeiro, M. & Cividanes, G. (2005). Transtorno bipolar do humor e dependência de substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica*. 32(1), 78-88.
- Lima, A. F. (2008). Dependência de drogas e Psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade. *Psicologia e Sociedade*; 20(1), 80-90.
- Machado, M. N. M. (2004). Intervenções Psicossociais e políticas públicas. In: Machado, M. N. M. *Práticas psicossociais. Pesquisando e intervindo* (pp. 35-48). Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Marlatt, G. A.; Donovan, D. M. (2009) *Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. (2a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marques, A. C. P. R. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, 3, 73-86. Recuperado em 19 de abril, 2009, de <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%205%20-%20O%20USO%20DO%20%C3%81LCOOL%20E%20A%20EVOLU%C3%87%C3%83O%20DO%20CONCEITO%20DE%20DEPEND%C3%8ANCIA%20DE%20%C3%81LCOOL%20E%20OUTRAS%20DROGAS.pdf>
- Marques, A. C. P. R. (2009). A importância da avaliação inicial. In: Pinsky, I. & Bessa, M. A. (Orgs.). *Adolescência e drogas* (pp 151-163). São Paulo: Contexto.
- Marques, A. C. P. R.; Ribeiro, M. (Orgs). (2006). *Drogas: um guia prático*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo.
- Martins, S. T. F. (2003, janeiro/junho). Processo Grupal e a questão do Poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*; 15(1), 201-217.
- Martins, S.T.F.M. (2007). Psicologia Social e Processo Grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Sílvia Lane. *Psicologia & Sociedade*; 19(2), 76-80.

- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993, julho/setembro). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9(3), 239-262.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (26a ed.). Petrópolis: Vozes
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2003, janeiro). Por que estudar representações sociais em Psicologia? *Estudos*. Goiânia, 30(1), 11-30.
- Narcotics Anonymous World Service. (2006) *Narcóticos Anônimos*. (5a ed.). São Paulo: Escritório de Serviço de Narcóticos Anônimos.
- Opperman, A. (2005, maio). O rei da ressaca. *Revista Superinteressante*, (213). Recuperado em 20 julho, 2011, de <http://super.abril.com.br/saude/rei-ressaca-445697.shtml>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. (10a ed), (Vol. 1). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Pagès, M. (1976). *A vida afetiva dos grupos: esboço de uma teoria da relação humana*. (Ribeiro, L. L, Trad.) Vozes: Petrópolis.
- Pereira, A. S. (2008, janeiro/junho). A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível. *Aletheia* 27(1), 210-221.
- Pichon-Rivière, H. (2005). *O processo grupal*. (Velloso, M. A. F. & Gonçalves, M. S., Trad.) (7a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Portarrieu, M. L. B., & Tubert-Oklander, J. (1989). Grupos operativos. In: Osório, L. C. (Org.). *Grupoterapia hoje*, (2a ed.) (pp. 135-141). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Queiroz, I. S. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, 21(4), 02-15.

Rahm, H. J.(2005). *Doze passos para os cristãos. Jornada espiritual com amor-exigente*. (B. T. Lambert, Trad). (12a ed.). São Paulo: Edições Loyola.

Ribeiro, M. (2011). A importância da terminologia para o estudo da dependência química. *Revista do Curso de Especialização em Dependência Química*. 1(2), 14-17. Recuperado em 5, agosto, 2011 de <http://www.uniad.org.br/images/stories/pdf/RCEDQ%2002%20%20ABRIL%202011.pdf>

Ribeiro, M., Laranjeira, R. & Messas, G. (no prelo). Transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas.

Santos, L. M. (2006). *A construção da memória e da subjetividade no tratamento de alcoolistas e toxicômanos*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Memória Social. UNIRIO . Rio de Janeiro.

Siqueira, M. M. M. (1993, janeiro/dezembro). Representação social: Teoria, pesquisa e relevância para a Psicologia Social. *Revista de Psicologia*. Fortaleza, 11(1/2), 125-142.

Vieira-Silva, M. (2000). *Processo Grupal, Afetividade, Identidade e Poder em trabalhos comunitários*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos – APADEQ – Vila Esperança, na figura da Sra. Presidente Zélia Maria de Mendonça está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “*Só eu posso, mas não posso sozinho*”: *dimensões psicossociais de um tratamento para dependentes químicos da cidade de São João del-Rei*.

Diante da escassez de estudos a respeito das modalidades de tratamento para dependência química existentes e tendo em vista que os avanços nessa área ocorrem através de estudos como esse, essa participação é importante e imprescindível. O objetivo deste estudo é identificar os processos psicossociais subjacentes ao tratamento da dependência química oferecido em Vila Esperança e analisar as percepções a respeito da importância do processo grupal na recuperação de dependentes químicos a partir dos diversos atores envolvidos no tratamento: ex- residentes, terapeutas e monitores. Os resultados poderão fornecer subsídios para a utilização de tal perspectiva de intervenção em outros contextos, para o questionamento, problematização e reflexão dela de modo orientar profissionais da área em suas atuações. Como procedimentos de coletas a análise de dados serão utilizadas observações e descrições dos procedimentos utilizados e também entrevistas com funcionários e ex-residentes.

Após a apresentação do projeto e feitos os devidos esclarecimentos, eu, Zélia Maria de Mendonça, Presidente da Associação de Parentes e Amigos dos Dependentes Químicos compreendi os objetivos de tal estudo e os procedimentos aos quais a instituição será submetida. Entendi que a APADEQ tem liberdade para interromper sua participação a qualquer momento e concordo em participar voluntariamente desse estudo. Além disso, permito a divulgação dos dados da pesquisa em publicação, garantindo o anonimato dos participantes.

São João del-Rei, ___ / ___ / _____

Zélia Maria de Mendonça
Presidente da APADEQ – Vila Esperança

Documento de identidade

Prof. Dr. Marcos Vieira Silva
Pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: (32) 3379-2502 e (32) 88471048

- Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com a Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – cepes@ufsj.edu.br / (32) 3379-2413.

APÊNDICES

Cd em anexo.