

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**MARA REGINA SOARES WANDERLEY LINS**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA (DES)ATENÇÃO À FAMÍLIA COM  
DROGADIÇÃO**

Porto Alegre

2009

**MARA REGINA SOARES WANDERLEY LINS**

**POLÍTICAS PÚBLICAS NA (DES)ATENÇÃO À FAMÍLIA COM  
DROGADIÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Porto Alegre

2009

## FOLHA DE APROVAÇÃO

A Dissertação POLÍTICAS PÚBLICAS NA (des)ATENÇÃO À FAMÍLIA COM DROGADIÇÃO, elaborada por MARA REGINA SOARES WANDERLEY LINS e aprovada pela Comissão Examinadora foi aceita como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

### COMISSÃO EXAMINADORA

---

Profª. Drª. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo

Presidente

Faculdade de Psicologia- PUCRS

---

Profª Drª Denise Falcke

Faculdade de Psicologia- UNISINOS

---

Profª Drª Marlene Neves Strey

Faculdade de Psicologia- PUCRS

## FIGURA E FUNDO: O OLHAR DA SUBJETIVIDADE

Diversos estudos da psicologia referem-se à avaliação da personalidade de uma pessoa através de testagens que apresentam figuras que possam ter mais de um significado, dependendo da perspectiva que se olha.

Pode-se transpor esta idéia para como as pessoas significam sua vida, parafraseando Milton Alves, que diz: ‘a pessoa reconhece o mundo a partir do lugar que ocupa’. Só se conhece o que se reconhece? Só se inquieta, incomoda com o que desacomoda?

O leitor deste texto pode não estar entendendo, ou reconhecendo, o que tento expor. Explico-me: Ao receber uma gravura para criar um texto sobre ela, tarefa de uma disciplina do Mestrado, a primeira cena que me prendeu foi de uma mãe amamentando. Já iniciei, mentalmente, o texto pensando na nutrição, na descoberta da maternagem, na vida continuada através desta inigualável relação.

Ficaria bonito, não fora meu primeiro susto ao olhar a figura com mais atenção: um homem olhando à distância. E já surgiu a ‘terapeuta de família que existe em mim’, pensando em escrever sobre o ciclo vital, a exclusão do pai da relação mãe-bebê, os sentimentos de ciúmes, as preparações para exercer a ‘lei do pai’ e retomar seu lugar, o tamanho do objeto fálico que ele carrega...

Bastante assunto, não fora meu segundo susto ao ler o nome da obra: ‘A tempestade’. O quê? Pensei. Então, olhei com mais calma a gravura e percebi que, ao fundo, havia nuvens pretas e raios que preparavam, de fato, uma boa tormenta.

Então, minha bela e bucólica relação mãe-bebê, que passou para a crise evolutiva do primeiro filho, terminou numa tromba d’água. Sem falar que aí já vi um buraco negro, no meio do casal, que poderia sugar tudo.

Acho que, a partir do lugar que tenho ocupado, a entrada no Mestrado iniciou como um doce sonho a ser realizado, passou pela idéia de que haveria crises e, no momento atual, “salve cruz, ave Maria”! Uma tempestade de idéias, teorias, de certezas e incertezas, quantos pensamentos, quantas reflexões, quantos olhares que, se não entrarem no buraco negro, poderão me fazer descobrir outros lugares que até então sequer entendi nem reconheci.

O pior: o bebê nem está sendo amamentado, está dormindo... Como a gente se engana... Como a gente se desconhece... Talvez seja bom.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Cláudio, amor companheiro, cúmplice, pelo apoio incondicional às minhas invenções;

Às minhas filhas Cláudia, Thais e Mariah, pela tolerância com minhas instabilidades e indisponibilidade de mãe em processo de aprendizagem;

Aos meus pais Ubirajara e Cleonice, pelo aprendizado da persistência com afeto;

Aos amigos Marlene e Luis Felipe, pela verdadeira amizade;

Ao CEFI – Centro de Estudos da Família e do Indivíduo pelo estímulo ao aprendizado e paixão pelo trabalho com as famílias;

Aos colegas do grupo de pesquisa ‘Psicologia, Subjetividade e Práticas Sociais’, pela solidariedade misturada com a expectativa do futuro;

À professora Helena, indescritível Helena, pelo acolhimento, ensinamentos e esperança de um mundo melhor; e

À CAPES, pela concessão da bolsa que possibilitou a realização deste mestrado.

## RESUMO

As características contemporâneas têm mostrado que o aumento da drogadição é um sintoma do contexto social atual. As conseqüências no abuso de substâncias psicoativas (SPA) mostram-se no alto custo anual com internações psiquiátricas, acidentes de trânsito, violência, molestação infantil, prisões, ausências no trabalho e na escola. Esses dados, por si só, explicam a relevância da existência de pesquisas na área da drogadição revelando um Problema de Saúde Pública. Como a família constitui-se na fonte de socialização primária, influenciando na formação da identidade dos sujeitos, podemos dizer que, além de ser afetada pela drogadição, a família pode estimular, facilitar e perpetuá-la. Diante da complexidade do problema, há diferentes tipos de tratamento para a dependência química. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas reconhece um atraso histórico do SUS em relação às políticas públicas para a drogadição. O presente estudo examinou as propostas dos documentos oficiais do Ministério da Saúde acerca das políticas sociais referentes à drogadição e relacionou suas intencionalidades formais com as práticas realizadas nos centros de tratamentos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que estavam credenciados na Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, averiguando a presença ou não de estímulo a intervenções que indicavam atendimento às famílias dos drogaditos. Apoiado no paradigma da complexidade proposto por Edgar Morin, o estudo contemplou diversos modos de articular a compreensão do fenômeno. A necessidade de uma abordagem complexa da drogadição é derivada da percepção de que a dependência química é uma complexa composição de aspectos individuais, familiares e culturais. Partindo do referencial teórico exposto, foi realizada uma pesquisa de levantamento, exploratória e descritiva. A população para a pesquisa foi constituída de seis profissionais da área da saúde dos locais de atendimento à dependência química, do município de Porto Alegre-RS, vinculados à SENAD. Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas aplicadas individualmente. Essas entrevistas foram gravadas e transcritas. Foram realizados, ainda, registros das observações da pesquisadora num Diário de Campo. A análise dos dados evidenciou situações de desatenção não só à família com drogadição, mas à totalidade desse complexo sistema: desatenção ao usuário de SPA; ao profissional que, apoiado num referencial teórico da modernidade que dissocia, tenta realizar um trabalho quase heróico, também solitário; desatenção às instituições que emperram com a tecnoburocracia; desatenção à rede, que não está articulada de forma fluida. Dentre as considerações e encaminhamentos propostos por este estudo, ressaltam-se a necessidade de maior interlocução, de ações efetivas no campo das políticas, a capacidade ou habilidade de propor espaços dialógicos entre as interfaces relacionadas e as dicotomias que precisam ser postas numa contínua reformulação.

Palavras-chave: drogadição; família; políticas públicas; complexidade.

## ABSTRACT

The contemporary characteristics have shown the increase of drug addiction as a symptom of the current social context. The consequences of the psycho-active substances (PAS) abuse have proved to be of high costs per year in psychiatric hospitalization, car accidents, violence, child abuse, imprisonment, work and school absences. These data in itself explain the relevance of research on drug addiction, revealing it as a Public Health Problem. As the family is the primary source of socialization, influencing the identity of the individuals, we can say that, besides the fact that it becomes affected by drug addiction, the family may encourage and facilitate it as well as perpetuate it. Facing the complexity of such a problem, there are different sorts of treatment to chemical dependency. The policy of the Health Ministry to a complete assistance to users of alcoholic drinking and other drugs recognizes a historical backwardness from the Public Health System (SUS) in relation to public policies concerning drug addiction. The present study examined the proposals from official documents of the Health Ministry concerning social policies which refer to drug addiction, and related their formal intentions with the practices realized in the treatment centres connected with the Public Health System (SUS) which have credentials at the National Anti-drugs Secretary (SENAD), checking the existence or not of interventions that indicated assistance to the families of drug addicts. Supported by the paradigm of complexity proposed by Edgar Morin, this study contemplated several ways of articulating the understanding of this phenomenon. The need for a complex approach to drug addiction is derived from the perception that chemical dependency is a complex combination of individual, family and cultural aspects. From the theoretical references exposed and the theme of this research itself, an exploratory and descriptive survey was realized. The population of this research was constituted by a professional from the health field from the centres of assistance to chemical dependence in the city of Porto Alegre-RS, linked to the SENAD. The collecting of data was realized by semi-structured interviews applied individually. These were recorded and later transcribed. Registers of the observations were also realized on a Field Journal. The analysis of the data showed the evidence of situations of lack of attention towards drug addiction not only with the family but also with the totality of this complex system: lack of attention with the user of PAS; with the professional that, supported by theoretical references from the modernity, also tries to accomplish an almost heroic lonely work; lack of attention with the institutions which get paralyzed by the technobureaucracy; lack of attention with the net which is not articulated in a smooth way. Among the considerations and proposals of this study, the need of a greater interlocution is highlighted as well as effective actions concerning policies, the capacity or skill to propose dialogue spaces among the interfaces related, the dicotomies which need to be considered in a continuous (re)formulation.

Key words: drug addiction; family; public policies; complexity.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	10
1.2	OBJETIVOS.....	11
1.2.1	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
1.2.2	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>11</b>
1.3	QUESTÕES NORTEADORAS.....	12
1.4	MÉTODO.....	12
1.5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
<b>2</b>	<b>ESTUDO TEÓRICO: DROGADIÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE: PESSOAS, FAMÍLIAS E SERVIÇOS TECENDO REDES DE COMPLEXIDADE.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>ESTUDO EMPÍRICO: O HOLOGRAMA DA DROGADIÇÃO: A DENÚNCIA DA DESATENÇÃO.....</b>	<b>37</b>
3.1	A COMPLEXIDADE DA DROGADIÇÃO: "COM TEXTOS" E COM PRÁTICAS.....	41
3.2	A (DES)ATENÇÃO 1: A DESNATURALIZAÇÃO DA DROGADIÇÃO NA FAMÍLIA.....	43
3.3	A (DES)ATENÇÃO 2: A VIDA DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM DROGADIÇÃO.....	48
3.4	A (DES)ATENÇÃO 3: O CONHECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A DROGADIÇÃO .....	54

3.5 A (DES)ATENÇÃO 4: AS IDÉIAS FRAGMENTADAS DE TRATAMENTO PARA A DROGADIÇÃO .....	61
3.6 A (DES)ATENÇÃO 5: A HUMANIDADE DAS REDES SOCIAIS NA DROGADIÇÃO .....	64
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>83</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado é uma produção na linha de pesquisa “Práticas Contemporâneas: sujeito, comunidade e comunicação social”, vinculada ao projeto “Psicologia, Subjetividade e Práticas Sociais”, coordenado pela prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Beatriz Kochenborger Scarparo, integrante do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Este trabalho é resultado de questionamentos referentes ao problema contemporâneo da drogadição. Apesar do uso de substâncias psicoativas (SPA) acompanhar a história da humanidade, esse uso compõe diferentes feições em distintas épocas e culturas (MacRae, 2001). No contexto social atual, a toxicomania<sup>1</sup> tornou-se um problema de saúde pública, com sérios danos à saúde física e emocional da população. As conseqüências mostram-se no alto custo social anual com acidentes de trânsito, mortes devido à intoxicação, violência doméstica, molestação infantil, homicídios, prisão, internações hospitalares, ausências no trabalho, afetando e sendo afetado por todo o sistema social (Minayo, 2003).

A drogadição, na sociedade atual, apresenta alta complexidade: relacionam-se aspectos individuais, familiares e culturais (Hallal & Halpern, 2002). Podemos afirmar, então, que é um problema que exige atenção diversificada, tamanho o grau de envolvimento e de diferentes efeitos. Para se ter uma idéia do número de pessoas envolvidas, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, em 2001, 10% da população mundial abusava de álcool. Para cada abusador, havia de quatro a cinco pessoas envolvidas e afetadas pelo problema (cônjuges, filhos, pais, familiares, amigos). Fazendo uma estimativa para a população da região metropolitana da cidade de Porto Alegre-RS, em torno de 3.700.000 habitantes (IBGE, 2005), e inferir esta proporção da OMS de 10%, ou seja, 370.000 abusadores de álcool serão de 1.480.000 a 1.850.000 pessoas envolvidas no problema.

Associamos como uma das facetas desta complexidade o papel da família. Apesar das transformações nas suas configurações, a família continua sendo considerada fonte de socialização primária e influência na constituição da identidade dos sujeitos. Os

---

<sup>1</sup> Toxicomania é a terminologia francesa para dependência de drogas (Seibel & Toscano Jr., 2001).

comportamentos sociais, nos quais se inclui o uso de substâncias, são aprendidos nas relações primárias de socialização (Shenker & Minayo, 2004). Podemos dizer, então, que, além de ser afetada pela drogadição, a família pode estimulá-la, facilitá-la e/ou perpetuá-la. Todavia, ressaltamos que a família como construção social dos modos de regulação da vida em sociedade, entendida como invenção humana, imperfeita, passível de diversidade, não é única responsável pelas escolhas do sujeito (Horta, 2003). Entendemos, ainda, que o mundo contemporâneo, através do capitalismo selvagem, estimula a vida de consumo e as pessoas são julgadas e reconhecidas conforme sua capacidade e condutas em relação ao consumo. Isto colocou um valor de transitoriedade acima do valor da permanência, sendo a velocidade manifestada pelo excesso e desperdício, uma sociedade da redundância e do lixo farto (Bauman, 2007).

Torna-se, então, imperativa a necessidade de abordagens que olhem para a complexidade da dependência química, visando à variedade de dimensões como num caleidoscópio com suas múltiplas facetas. Para tal, o presente trabalho pretende examinar as propostas dos documentos oficiais do Ministério da Saúde acerca das políticas sociais referentes à drogadição e relacionar suas intencionalidades formais com as práticas realizadas nos centros de tratamentos do município de Porto Alegre-RS, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que estejam credenciados na Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, averiguando a presença ou não de estímulo a práticas que indiquem atendimento às famílias dos usuários.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa referiu-se, então, aos estudos que apontavam para a complexidade da toxicomania, com abordagens terapêuticas diferenciadas e complementares, bem como a relevância da participação da família, tanto para a manutenção da drogadição quanto para sua recuperação e prevenção. Ao mesmo tempo, as políticas sociais, estimuladas pelo Ministério da Saúde, enfocavam um tratamento voltado para o aspecto individual da dependência química, enfatizando o Programa de Redução de Danos e a Comunidade Terapêutica como principais modalidades de tratamento, orientando para a família uma abordagem psicoeducativa e de apoio.

Diante do exposto, qual seria a relação entre os documentos oficiais para o tratamento da drogadição e a inclusão da família nas práticas realizadas nos centros de tratamento vinculados ao SUS?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as práticas terapêuticas realizadas para as famílias nos centros governamentais de tratamento para dependência química vinculados à SENAD, no município de Porto Alegre-RS, problematizando sobre a relevância do atendimento familiar para as políticas oficiais.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos elencamos:

1. Identificar, no material oficial do Ministério da Saúde, as orientações e recursos oferecidos pelo SUS referentes às políticas públicas para o problema da drogadição.
2. Refletir criticamente sobre as percepções dos profissionais dos centros governamentais referentes à dinâmica familiar com drogadição.
3. Averiguar como a família com drogadição é abordada nos centros governamentais de atendimento para os casos de dependência química.

## 1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

As questões norteadoras para as entrevistas foram:

Quais as propostas oficiais de tratamento para a dependência química?

Como é explicitada a relevância do tratamento familiar nas políticas oficiais?

Como são as práticas observadas nos centros de tratamento governamentais vinculados à SENAD?

Quais as práticas voltadas para as famílias com drogadição?

Como se relacionam as propostas oficiais e as práticas?

## 1.4 MÉTODO

Como método, foi realizada uma pesquisa de levantamento, exploratória e descritiva. Para tanto, a abordagem escolhida foi a qualitativa, que permite aos sujeitos trazerem suas concepções sobre seu trabalho com a drogadição e os significados que atribuem às suas experiências em relação às políticas sociais. A abordagem qualitativa trabalha com significados que correspondem a um espaço mais profundo das ações e relações humanas, aspectos não perceptíveis ou captáveis em estatísticas (Mynaio, 2000; Pinto & Guazzeli, 2008).

### - Participantes:

Os participantes da pesquisa foram seis profissionais da área da saúde mental de cada instituição governamental, do município de Porto Alegre-RS, vinculada à SENAD, que promovam prevenção e tratamento à drogadição.

### - Instrumentos:

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram entrevistas semi-estruturadas (Anexo 5) e registros das observações das instituições num Diário de Campo. A entrevista foi aplicada individualmente e embasada na relação entre as orientações do SUS sobre o tratamento da dependência química e as práticas do profissional. As questões a serem exploradas referiam-se às dificuldades e facilidades no tratamento para a drogadição, ao conhecimento do profissional sobre as políticas públicas para a dependência química, à sua percepção sobre as famílias que tinham um dos membros dependente químico, à existência ou não de atendimento familiar no seu local de trabalho e ao tipo de abordagem familiar realizada.

### - Procedimentos para a coleta de dados:

Para a coleta de dados foram seguidos os trâmites exigidos pelo regulamento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre, descritos no item 'Procedimentos éticos' para a realização das entrevistas nos locais de trabalho dos profissionais. Fizemos, então, contato com cada participante para marcar a entrevista previamente. Foi combinada a gravação da entrevista para posterior transcrição, bem como foram realizados registros das observações num Diário de Campo. Este permitiu a descrição do investigador ao observar o contexto, a realidade social que pretendíamos investigar.

### - Procedimentos éticos:

Quanto aos procedimentos éticos, primeiramente, foi encaminhado o projeto para apreciação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e, posteriormente, ao Comitê de Ética, solicitando sua aprovação para iniciar a pesquisa. Após sua liberação (ANEXO 1), foi encaminhada uma Carta de Solicitação para a coleta dos dados (ANEXO 2). Esta foi anexada ao Termo de Ciência sobre a pesquisa (ANEXO 3), assinado pelo responsável local, solicitando a liberação dos profissionais vinculados às instituições para realizarem as entrevistas. Os profissionais selecionados tiveram sua identidade preservada através da concordância da sua participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4). Os dados foram resguardados e pesquisados no Grupo de Pesquisa.

- Análise dos dados:

Para a análise dos dados coletados foram utilizados procedimentos de base fenomenológica. A fenomenologia busca a compreensão dos significados emergentes e “presume uma relação intencional entre o sujeito e o objeto de sua experiência” (Giorgi, 2001, p.134). Pressupomos que se enquadra com os objetivos desta pesquisa, os quais são bem específicos ao visar à investigação sobre as práticas voltadas para as famílias com drogadição. A base fenomenológica, conforme Bernardes (1991), é adequada para compreender como o sujeito percebe sua experiência.

Sendo assim, após a transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura completa de todos os depoimentos, inúmeras vezes, permitindo a delimitação das unidades de significado, das subcategorias, e posterior inferência baseada na interpretação das falas dos sujeitos. O conteúdo das falas foi agrupado em categorias para fins de estudo, mas estas categorias fazem parte de um conjunto, todas elas estão intimamente ligadas. O que dá sustentação ao objeto da pesquisa é o conjunto das categorias, as quais são a síntese entre as falas dos sujeitos e a teoria.

Com base no referido projeto, foram elaborados dois estudos, sendo um teórico intitulado “Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade”, o qual propõe uma revisão da literatura sobre a drogadição, as políticas públicas e a família na contemporaneidade, articulando com o pensamento complexo proposto por Edgar Morin (1998).

O estudo empírico intitulado “O holograma da drogadição: a denúncia da desatenção” teve por objetivo investigar as percepções dos profissionais que trabalham com drogadição referentes à complexidade do fenômeno. Ambos estudos propõem dar uma contribuição às concepções contemporâneas sobre as abordagens terapêuticas para a drogadição.

## 1.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauman, Z. (2007). *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bernardes, N.M. (1991). Análise compreensiva de base fenomenológica e o estudo da experiência vivida de crianças e adultos. *Educação*, Porto Alegre. Ano XIV, n. 20, p.15-40
- Giorgi, A. (2001). *Método psicológico fenomenológico*: alguns tópicos teóricos e práticos. Educação. Porto Alegre. Ano XXIV, n.43. Abril, p. 133-150.
- Hallal, F. & Halpern, J. (2002). Abordagem ecológica: uma visão ampliada do problema da dependência química. In Bicca, C., Pulcherio, G. & Silva, F. *Álcool, outras drogas e informações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Horta, R.L. (2003). As famílias e as drogas na contemporaneidade. In Guareschi e cols. *Psicologia em Questão*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- IBGE (2005) PREFEITURA DE PORTO ALEGRE. Disponível em:  
[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/infocidade/default.php?p\\_secao=27](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/infocidade/default.php?p_secao=27) Site visitado em junho/2007.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In Seibel, S. & Toscano Jr., A. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Minayo, M. C. (2003). Sobre a toxicomania da sociedade. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade*: faces de um tema proscrito (v.2). Rio de Janeiro: UERJ.
- \_\_\_\_\_. (2000). *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. (7.ed.). Rio de Janeiro: HUCITEC.
- Morin, E. (1998). *Ciência com Consciência* (2.ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.
- OMS (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Saúde Mental, Nova Esperança. Genebra.
- Pinto, C. & Guazzeli, C. (2008). *Ciências humanas: Pesquisa e método*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Schenker, M. & Minayo, M.C.S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 20,3,3 – 8.
- Seibel, S. & Toscano Jr, A.(2001). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.

## **2 ESTUDO TEÓRICO:**

### **DROGADIÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE: PESSOAS, FAMÍLIAS E SERVIÇOS TECENDO REDES DE COMPLEXIDADE**

Temáticas que integram família, políticas públicas e uso de substâncias psicoativas (SPA) são assuntos rotineiros tanto no senso comum como nas práticas profissionais e acadêmicas. Em função disso, cada vez mais, são focos de discussões, de promessas em plataformas políticas e de planos de gestão. Entretanto, quanto mais se discute o assunto, mais ele mostra-se campo de difícil intervenção, controverso e repleto de nuances. Como decorrência, dedicar-se ao exame desse tema implica encontrar inúmeras problematizações entrecortadas por silêncios, interdições e reticências que, associadas aos fenômenos que engendram, justificam exames críticos e rigorosos do assunto.

Diante da multiplicação de problemáticas que nos apresenta a questão da drogadição, muitas das teorias disponíveis não possibilitam, por si só, a integração da diversidade de dados, posicionamentos e contradições que caracterizam a esfera das relações entre família, políticas públicas e drogadição. Temos observado que é comum a existência de descompassos entre abordagens teórico-metodológicas comumente utilizadas para tratar de drogadição e o modo como os fenômenos associados a ela manifestam-se na contemporaneidade. Assim, optamos por uma proposta que nos permita compreender os fenômenos como movimentos múltiplos e multidimensionais. Nesses, precisam ser consideradas contradições, incertezas e desordens como parte fundamental da construção do conhecimento científico. O pensamento complexo proposto por Edgar Morin (1998) oferece instrumentos para a construção de caminhos de compreensão deste processo. Trata-se da busca de alternativas às fragmentações características do projeto da modernidade que impedem a compreensão da globalidade dos fenômenos. Tais alternativas propõem, então, o resgate das relações na e da sociedade em movimentos de ampliação e atualização contínuos (Morin, 2005).

Nessa perspectiva, consideramos pertinente refletir sobre a intrincada relação entre as políticas públicas, a família e o uso de SPAs, tendo em vista o pensamento complexo. Os operadores oferecidos por essa lógica poderão potencializar nossas reflexões e ampliar a compreensão de diferentes articulações associadas ao foco desta pesquisa.

Essa realidade multidimensional evoca imediatamente a condição de profunda intimidade entre o conhecedor e o conhecido. Morin (1998) questiona a visão simplificadora da ciência tradicional e conseqüente dicotomização dos fenômenos observados. Entendemos como essencial a auto-reflexão da pesquisadora como produtora e produto de sentidos sobre o tema a partir da inserção na cultura, das práticas profissionais e preocupações que delinearão o interesse por este assunto.

Nas tentativas de trabalho como psicóloga nos casos de drogadição, no início da prática profissional, há 17 anos, não se percebia resultados considerados adequados, dentro do paradigma da modernidade, o qual se referia a uma pessoa ‘doente’, necessitando de tratamento. Ao tentar ampliar os sentidos que esta situação produzia, houve a aproximação das abordagens familiares, as quais deram novo significado ao trabalho, possibilitando um entendimento da dinâmica familiar como um sistema auto-organizado e perdendo, inclusive, o sentido clínico, limitador, possibilitando uma variedade de alternativas de atendimento. O foco do trabalho passou do indivíduo, num ambiente estático, para um conjunto de relações recíprocas, as quais envolvem e são envolvidas por família, amigos, escola, comunidade, contexto social e cultural. Foi possível, assim, maior envolvimento nos atendimentos e observação de mudanças não só no sistema familiar, mas numa visão de mundo; descortinando o quanto se pode aprender com cada pessoa que se tem a oportunidade de conviver e trocar reflexões.

Como o problema da drogadição foi se ampliando na sociedade como um todo, houve o questionamento sobre quais seriam as razões, emoções, quais sentidos estavam sendo produzidos tanto no contexto social e cultural, em que vivemos, quanto nos diferentes contextos de atendimento/tratamento/busca de alternativas para o problema. Ao sentir profundas implicações na prática profissional e por acreditar na força dos vínculos afetivos familiares, como essenciais para o desenvolvimento humano e reparadores de dramas vivenciados, passamos a questionar como estariam sendo operacionalizadas as instâncias de ajuda à população necessitada de auxílio para o problema da drogadição.

A imersão neste campo de trabalho e as reflexões advindas dessas vivências conduziram às idéias de sistema aberto e auto-organização. Como sistema, entendemos ser o conjunto de partes que se relacionam entre si e entre suas propriedades, mantendo-se integrado através destas relações. O sistema humano mantém transações com seu meio, por isso é aberto (Aun, Coelho & Esteves de Vasconcellos, 2005). Para abordar o tema consideramos os movimentos a compreensão do fenômeno como transcendendo as esferas da

racionalidade e dos centros de comando e decisão convencionais. Eles envolvem também “interações espontâneas entre grupos e indivíduos” (Morin, 1998, p. 181). Como decorrência, evidencia-se a necessidade de exercitar um modo de pensar que permita ligar o que parece desarticulado: convenções-informalidade, razão-confusão, arte-cientificidade, saber-ignorância, preparação-espontaneidade, intimidade-estranhamento...

Assim, dentre os conceitos fundamentais para o estudo que segue, sobressaem-se especialmente os operadores dialógico, recursivo e hologramático propostos por Morin (1998). Organizamos o presente texto priorizando as relações entre o tema estudado e esses operadores. Primeiramente, trataremos da complexidade da drogadição na contemporaneidade, articulando produções científicas de diferentes campos aos operadores da complexidade. Logo após, associaremos a essas reflexões questões relativas à família, à constituição de redes e, finalmente, a ligação se estabelecerá agregando as questões das políticas públicas quando trata do tema. Poderemos, por fim, estimular novas reflexões para compreender esse grave problema contemporâneo.

#### - Complexidade, drogadição e tempo presente

Não é novidade que o uso de substâncias psicoativas acompanha a atormentada história da humanidade, pois se trata de uma prática cujas origens remontam à pré-história (Minayo, 2003). Tal uso obedecia a uma gama muito variada de objetivos, dentre esses, destacam-se os lúdicos, os rituais místicos, as intencionalidades religiosas e a aplicação medicinal (MacRae, 2001). Com o processo de industrialização e crescimento do capitalismo, passou a existir certa disputa de diferentes categorias profissionais como médicos, farmacêuticos, fabricantes de remédios, herbolários e praticantes da medicina popular. O grande ponto de discórdia situava-se em quem produziria e quem prescreveria as drogas, pois já estavam sendo vistas como grande fonte de renda e havia necessidade de fragmentação dos grupos envolvidos para delimitar e restringir a posse e, conseqüentemente, o lucro.

Percebemos aqui a perspectiva hologramática, na medida que permite a compreensão dos acontecimentos em relação ao contexto da época, a partir dos sujeitos implicados nesse processo, os quais eram parte e continham o todo social. Suas normas, linguagens, representações e cultura traduziam-se no espírito do tempo que se voltava para a racionalização da ciência e para a fragmentação do conhecimento a determinadas categorias profissionais.

Os Estados Unidos, marcando seu *status* de potência mundial, passou a impor medidas de contenção da produção e comercialização das SPA, como exemplo, a ‘Volstead Act’ (Lei Seca), que proibia o uso de álcool. Os interesses em relação ao controle da produção e comércio internacional das diversas SPA eram predominantemente políticos e econômicos, e não se voltavam para a saúde da população como dito no discurso oficial. A imposição legal de proibição do uso de álcool, naquele país, durou de 1919 a 1932. De acordo com as avaliações posteriores, esta medida mostrou-se ineficaz e estimulou o tráfico, a violência e favoreceu o enriquecimento ilícito de quem produzia e vendia bebida alcoólica. Além disso, ficou evidente que medidas de total repressão são inoperantes quanto ao uso de SPA (Escohotado, 1994).

Tais exemplos, se desdobrados, denotam a complexidade na qual está envolvida a questão, no sentido de que associados a esses fatores – oficialmente divulgados pelos documentos e pelas publicações relativas ao tema – encontramos diversidades contextuais nas quais se expressam modos de relação com a droga e com os fenômenos associados à drogadição.

Cabe, então, indagar e propor processos dialógicos sobre condições que delimitam o uso de SPA, no tempo presente, como um problema de saúde pública de grandes proporções (Baltieri & Focci, 2001; Seibel & Toscano Jr, 2001). Esta questão tem sido amplamente estudada e a literatura sobre o tema tem proliferado na tentativa de encontrar respostas que possam apaziguar incertezas do presente. Uma dessas tentativas é feita por Saraiva (2000), que associa o mundo globalizado à ideologia individualista, à intensificação do hedonismo e, conseqüentemente, à massificação do consumo. Para ele, o mundo contemporâneo vive um gradual esvaziamento simbólico da herança cultural. Esse redundando num progressivo rompimento da articulação entre passado, presente e futuro, engendrando o eterno presente. A palavra de ordem do mundo globalizado é *sedução*, tendo o consumo como suporte e emblema característico.

Assim se estabelecem condicionamentos de necessidades numa teia de troca e produção de valores, na qual cada um e todos os consumidores acham-se enredados. Há um imperativo da diversão e da exploração sistemática das possibilidades de gozo e satisfação. Como exemplo, podemos citar as propagandas de cerveja que mostram mulheres bonitas, praias paradisíacas, todos felizes, relacionando o corpo feminino, o local bonito e a bebida como objetos de consumo na tentativa de atingir um público masculino e estimulá-lo ao uso. Porém, em determinado momento, ou instante, essa incondicional necessidade de satisfação

gera descontrole e mal-estar, o que se evidencia nas manifestações culturais, nas notícias de jornais e nas conversas cotidianas. Podemos afirmar que, na contemporaneidade, não se usam drogas, mas consomem-se drogas, o que denota a relevância do viés econômico do fenômeno (Zemel, 2001).

Estas constatações revelam estratégias de auto-organização do sistema. Morin (2007a) refere-se ao ‘homo sapiens’ como racional; acrescenta o ‘faber’, como aquele que fabrica e utiliza instrumentos; e o ‘economicus’ que acrescenta à razão utilidade e interesse, característica da sociedade de consumo. Contudo, para o autor, esta especificidade permanece insuficiente ao ignorar a loucura, o afeto, o mitológico, o religioso, o imaginário, lúdico, estético. Assim, acrescenta à razão o ‘homo demens’, o qual representa a disposição humana para a ‘hubris’, que significa desmedida demente, o amor e o ódio, a imaturidade, a loucura (Morin, 2007a). Vivemos num circuito de relações interdependentes e retroativas que demonstram um ‘circuito bipolar’ com um pólo ‘sapiens’ e outro ‘demens’. É uma dialógica criadora ao mesmo tempo em que destruidora, pois:

(...)Na ruptura dos controles racionais, culturais, materiais, quando há confusão entre o objetivo e o subjetivo, entre o real e o imaginário, hegemonia de ilusões, insensatez, o homo demens submete o homo sapiens e subordina a inteligência racional a serviço dos seus montros (Morin, 2007a, p.127).

Ao entendermos os montros como as relações desiguais da sociedade de consumo, o que fazer com o mal-estar gerado pela dor do desamparo de nos descobirmos sem referências e sem a satisfação prometida/necessária do mundo contemporâneo? Se observarmos as práticas contemporâneas, a solução passa pela via da negação e da sedação: a minimização pode ser através do incremento das toxicomanias ou pelo ‘convite’ à felicidade embutida no uso dos psicotrópicos (Saraiva, 2000). Trata-se de uma ação pautada no paradigma problema-solução que não considera o desafio da incerteza, nem a multidimensionalidade dos processos humanos.

Essa crítica é corroborada por Bauman (2001) quando afirma que a contemporaneidade, ou ‘Modernidade Líquida’, trouxe profundas mudanças em diversos aspectos da vida humana. Destacamos o conceito de individualização que atribui tudo o que acontece a algum resultado do comportamento humano. Até mesmo adoecer passa a ser um resultado de um comportamento inadequado em relação ao próprio corpo, um descuido com a saúde. Sendo assim, a dependência química pode ser vista como responsabilidade do

indivíduo, o que fragmenta a compreensão do fenômeno. Bauman (2001) ainda coloca que as contradições continuam a ser produzidas socialmente, mas seus enfrentamentos passam a ser individualizados, ou seja, cada um deve assumir seu próprio risco, absorvido em si. Essa posição impede processos dialógicos que possibilitariam juntar, por exemplo, individual e coletivo, público e privado, família e indivíduo na produção de entrelaçamentos do fenômeno ao complexo (Morin, 2005).

A perspectiva social e histórica referida por Bauman (2001) denuncia um foco na idéia de indivíduo para explicar as práticas humanas. Tal preponderância é evidente no projeto da modernidade e pode ser compreendida como produtora de perspectivas teóricas que responsabilizavam isoladamente o dependente químico pelo uso de SPA, ao mesmo tempo em que, do ponto de vista recursivo, tais perspectivas reforçaram e legitimaram o paradigma moderno, assim como o sujeito da modernidade o corrobora e é produzido por elas ao agir no mundo. Morin (2005) propõe a expressão ‘homo consumans’ para tentar definir o homem da sociedade contemporânea. Este se refere ao fato de que carregamos um princípio de dilapidação e dissipação.

Desta forma, entendemos que, no capitalismo pós-moderno, a sociedade de consumo é percebida como disparadora e aceleradora da drogadição, pois o mercado das drogas oferece grande poder econômico e possui enorme capilaridade, indo das camadas sociais mais pobres até as mais abastadas economicamente. O que é valorizado é o consumo, em que, além do abuso de substâncias psicoativas, percebe-se o abuso das relações e do meio ambiente. A toxicomania revela, então, um sintoma da sociedade de consumo (Minayo, 2003).

Dessa forma, as diferentes posições de análise determinam o tipo de explicação possível para o comportamento drogadito. O que permanece inalterada é a dicotomia individual-coletivo que atravessa a construção da Psicologia desde sua instituição (Jacó-Vilela & Sato, 2007). A atribuição ao indivíduo pelas causas do seu processo de adoecimento na drogadição é explicada por pré-disposição genética (NIDA, 2007), pela existência de alguma comorbidade (Abelardino, 2004), por aspectos neurobiológicos (Seibel & Toscano Jr., 2001), por questões subjetivas como um sentimento de ‘vazio’ (referindo-se ao fato de que a falta da droga se administra e se repõe, a falta de pai e mãe é mais difícil) (Bergeret & Leblanc, 1991). Explica-se, por vezes, por alguma situação vivida que não foi elaborada ou ressignificada que desenvolveram crenças que justificam o abuso de SPA (Beck, 1997) e que faz com que se use a substância para se ‘anestesiarem’ das dores subjetivas (Edwards & Dare, 1999).

As articulações com a esfera coletiva associam o fenômeno a questões macrossociais, o que, muitas vezes, confere a falsa perspectiva de totalidade às dimensões classe, etnia, religiosidade e gênero. Tais categorias, na atualidade, têm sido ressignificadas na medida em que os processos de transnacionalidade e globalização têm provocado mudanças nas práticas sociais do tempo presente. Esses contextos são temas das reflexões de Gonçalves, Delgado e Garcia (2003) e suas idéias podem ser associadas ao uso de SPA, na chamada pós-modernidade. Por exemplo, os autores entendem a pós-modernidade como um novo estágio do sistema de produção do capitalismo, caracterizada por estimular o consumo exacerbado e gerar, conseqüentemente, a produção de exclusão e miséria. Nesse sentido, a racionalidade linear moderna cede lugar à dispersão dos saberes, à lógica da insegurança, à produção irrestrita de bens, com o cotidiano imerso no consumo, revelando-se um sistema gerador de sofrimento, desigualdades e, até, morte (Horta, 2003).

Ao relacionar estas questões com as políticas direcionadas ao problema das drogas, associamos ao operador recursivo, o qual propõe inserir a família como mais uma das possíveis articulações, produtora e produto dos fenômenos pós-modernos, a partir dos quais se multiplicam as percepções de desamparo diante da drogadição. E, como pensar complexamente é “pensar e aceitar a contradição, confrontá-la e superá-la, sem negá-la e sem querer reduzi-la” (Esteves de Vasconcellos, 2008, p.116), entendemos o abuso de SPA como uma invenção humana.

De certa forma, somos todos usuários e abusadores, por exemplo, usamos medicações para relaxar, para despertar, para suportar as angústias diárias ou usamos bebidas alcoólicas para comemorar, para espantar tristezas não permitidas no mundo do prazer; temos comportamentos abusivos, tais como excesso de comida, excesso de trabalho, excesso de exercícios físicos, excesso de gastos financeiros, excesso de tempo na internet ou em jogos eletrônicos, excessos...

Por fim, entendermos que a família também é uma invenção da humanidade, que pode ser vista como uma instituição que muda através dos tempos, um modo de regulação de vida em sociedade (Horta, 2003). A família pode ser vista, então, por meio da recursividade, como produto e produtora do funcionamento abusivo que envolve a toxicomania.

## -Família e drogadição na perspectiva da complexidade

Etimologicamente, a palavra família origina-se do latim *famulus*, que significa escravo e, até o século XV, a palavra ‘família’ era utilizada para referir os serviçais do dono de uma propriedade. A partir de então, seu significado foi ampliado, abarcando todos os membros da moradia (Sluzki, 1997). Presentemente, refletir sobre a definição de família implica ter em conta inúmeras transformações que caracterizam a contemporaneidade, que modificaram as relações interpessoais e, como decorrência, trouxeram transformações significativas nas composições dos sistemas familiares. Em função disso, Zimerman & Osório (1997) afirmaram tratar-se de um conceito polissêmico e multifacetado que assume diferentes modalidades de convivência humana – motivo pelo qual é mais viável descrevê-la do que conceituá-la. No texto que segue, pretendemos considerar tal diversidade, na medida em que as famílias que enfrentam circunstâncias associadas à drogadição mostram-se extremamente vulneráveis.

Do mesmo modo, os estudos acerca das relações entre família e drogadição apresentam, como já mencionamos, conotações diversas: um problema individual; uma questão social; um fenômeno transgeracional; uma ferramenta importante na prevenção e/ou uma coadjuvante no uso e no tratamento. Pode, também, ser tema de movimentos de compreensão que, ao transcender a dicotomia individual-coletiva, levam-nos a ligar o assunto a temas globais que inserem o fenômeno da drogadição nos modos de ser, significar viver e conviver no tempo presente. De qualquer forma, a relação família e drogadição está presente na unanimidade dos estudos consultados, o que mostra a relevância de refletir sobre o tema.

Desta forma, a influência da família na origem, no curso e nas conseqüências do uso é foco de interesse de estudos e pesquisas. Tal interesse parece se associar freqüentemente à abordagem individualista do fenômeno, o que minimiza ou, até mesmo, exclui, a responsabilidade sociocultural na determinação da drogadição.

Os estudos que relacionam história familiar e uso abusivo de SPA dirigem-se, em sua maioria, para a detecção de fatores de risco para a drogadição, sendo necessários articulá-los com os outros fatores sociopolíticos e culturais. É o caso da pesquisa desenvolvida por Stanton e Todd (1998), na qual a drogadição é o resultado de uma combinação de um pai afetivamente ausente contraposto a uma relação materna pautada pela simbiose emocional e superproteção. Cirillo e colaboradores (1999) expõem que é comum, na história dos pais e

mães de drogaditos e drogaditas, sofrimentos e responsabilidades precoces, os quais interferiram na capacidade de ocupar o lugar de cuidadores dos filhos.

Outros estudos referem o apego patológico na etiologia da drogadição, enfocando o uso como modo de obtenção de equilíbrio familiar (Zemel, 2001; Bertolote & Ramos, 1997). O curso da drogadição é explicado pela participação da família no processo de prevenção, abstinência ou recaída do drogadito (Bucher, 1996; Craig, 1991; Feix, 1996; Bertolote e Ramos, 1997). De acordo com os estudos consultados, é atribuído a tal apoio grande parcela no sucesso das intervenções propostas e, ao mesmo tempo, é ressaltada a necessidade de apoio contínuo ao grupo familiar. Edwards & Dare (1999), ao questionar os motivos pelos quais a família tolera a conduta de um dependente químico, referem que um tratamento para dependência química que não aborde a família fica prejudicado, visto que esta também precisa de ajuda, com suas necessidades próprias.

O II Levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Carlini, Galduróz, Nappo & Noto, 2005) revelou que 78% dos não-usuários de SPA referiram-se a uma família que tinha clareza sobre suas regras e apoio diante das dificuldades. Entre 30 usuários de drogas, 21 afirmaram a importância de uma família “bem resolvida” para evitar o envolvimento com psicotrópicos, sendo o bom relacionamento entre figuras parentais um fator de proteção. A pesquisa com estudantes em relação ao uso pesado de álcool e de outras drogas estava associada ao relacionamento ruim do jovem com seus pais e à desarmonia entre pai e mãe.

Também quanto à dinâmica da família do dependente químico, Shenker e Minayo (2004) referem que os jovens copiam o comportamento de uso dos familiares. Minuchin (1990) e Bittencourt (2003) atribuem respectivamente, à ausência da função normativa e ao declínio da figura de autoridade na contemporaneidade, a responsabilidade pelo comportamento drogadito. Para eles, tais fatores explicam as dificuldades parentais em dar limites e orientar os filhos.

Como há autores que pressupõem que a dependência de SPA dá-se num meio facilitador, Zampieri (2004) propõe termo co-dependente para designar a pessoa que convive de forma direta com um dependente químico, havendo um jogo de comportamentos mal-adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar. Pode-se referir ao conceito de recursividade, em que uma causa produz um efeito que produz a causa. É um jogo relacional que revela uma obsessão familiar sobre o comportamento e bem-estar do dependente, com o co-dependente assumindo as responsabilidades do dependente químico, com exclusão do

atendimento de necessidades pessoais próprias em favor do equilíbrio do sistema familiar. Zampieri (2004) refere que, geralmente, a infância de um co-dependente foi difícil, com inversão de papéis parentais, tendo de cuidar de si e de outros desde muito cedo, aprendendo um padrão de funcionamento que demanda cuidados e controle para sua sobrevivência. Padrão que tende a ser repetido nos relacionamentos futuros, pois, se a pessoa só aprendeu a ‘cuidar’, para se reconhecer na sua função, precisará de alguém que demande cuidados.

Embora se possa compreender que o abuso de drogas encontra, na família, um momento fundamental de explicação, ele remete a muitos outros contextos e processos que vão muito além dos limites familiares. A partir do pensamento complexo, podemos ampliar a compreensão desse processo. Primeiramente, não é conveniente considerar separadamente família, indivíduo, cultura, economia e avanços tecnológicos, entre outros, ao abordar a questão. A família considerada recursivamente é produto e geradora de uma sociedade – pautada pelo individualismo e pelo consumo – na qual o uso de SPA é prática corrente. Assim, as maneiras de intervir na constituição de um sujeito na contemporaneidade têm, na família, parte e totalidade, o que impõe a condição de considerar continuamente articulações em rede que se processam nas experiências globais.

Observamos que algumas intervenções recentes ampliaram o enfoque, incluindo outros membros da rede social do dependente químico (Ceconello & Koller, 2003). Nessa perspectiva, encontramos as abordagens terapêuticas e os serviços que as disponibilizam como integrantes das redes de apoio da comunidade. Para os casos de drogadição, a literatura tem referido que a terapia familiar e de casal produz melhor desfecho, quando comparada com tratamentos que não incluem as famílias, pois a abordagem familiar propõe a inserção de redes de apoio que poderão auxiliar na descoberta dos recursos emancipatórios (Steinglass, 1987; Stanton & Todd, 1998; Baptista, Cruz & Matias, 2003; Molina, 2008; Rocha Brasil, 2008).

#### -A trama das Redes Sociais na drogadição

O histórico da abordagem com redes sociais remete aos programas inovadores da psiquiatria pós-guerra nos anos 50, cujo objetivo estava voltado para a desospitalização de pacientes psiquiátricos, com retorno às famílias de origem, amigos e outros integrantes da sua rede de apoio. Assim, o sujeito passa a ser compreendido como parte de uma cadeia de relações e informações. Através desta perspectiva, a necessidade do trabalho com a família sai

da esfera clínica para o contexto institucional. Ao explorar a rede social, ampliam-se as possibilidades de se tornarem visíveis as possibilidades de recursos que podem ser ativados, integrando-os, preservando a autonomia das partes com uma co-responsabilidade construída através do diálogo (Olinda, 2002).

Entendemos que a relação sujeito-droga deve ser compreendida como integrada a um interjogo social, político, cultural e subjetivo, numa perspectiva de historicidade não linear (Neubern, 2003). A definição de Rede Social refere-se a todos os vínculos interpessoais de um sujeito: sua família nuclear, sua família extensa, as relações de trabalho, de estudo, de vínculos com serviços de saúde, de alguma inserção comunitária e práticas sociais. Sendo assim, a rede social é definida como uma instância necessária para desenvolver um trabalho no campo da saúde mental.

A pobreza relativa de relações sociais constitui um fator de risco para a saúde. As doenças, principalmente as crônicas, podem gerar um efeito aversivo na rede, estimulando condutas evitativas, aumentando o esgotamento psíquico e físico, reduzindo o comportamento de reciprocidade. Sluzki (1997) revela que uma doença afeta a rede social, produzindo impacto nas interações entre os indivíduos da rede. Uma doença prolongada pode deteriorar a qualidade das interações sociais, reduzindo o tamanho e possibilidades de acesso da rede. Este impacto negativo pode aumentar a retração da rede, formando um círculo vicioso. Ao comparar a drogadição com uma doença crônica, estes movimentos de debilidade da rede e retração costumam ocorrer, pois o dependente químico, por meio de seu comportamento, afasta-se das pessoas e estas, por sua vez, também o fazem, tanto do parente drogadito quanto de outros vínculos, por se sentirem envergonhados pela presença deste tipo de problema.

A rede social, para Sluzki (1997) exerce algumas funções essenciais, tais como:

a) Companhia social, que facilita a reconstrução dos sentidos e transmissão cultural através da reciprocidade da relação. A maioria dos dependentes químicos mora com outra(s) pessoa(s), fato que impulsiona a questionar como está a reciprocidade da relação, pois é comum a queixa ficar paralisada no comportamento do drogadito, mantendo-o no papel de “problema da família”;

b) Apoio emocional, que se refere ao intercâmbio de atitudes emocionais de compreensão, atingindo diretamente a auto-estima das pessoas envolvidas. Muitas vezes, os comportamentos de uma pessoa intoxicada são agressivos ou de distanciamento dos membros da sua rede, enquanto que sua família/rede pode excluí-lo e perpetuá-lo no seu papel. Desta forma, a auto-estima de todos pode ficar diminuída;

c) Guia cognitivo e conselheiro, através do qual se compartilha informações pessoais e sociais, esclarecendo expectativas e modelos de papéis. Na perspectiva recursiva, os papéis podem estar rígidos e representar o funcionamento que produz e se reproduz na drogadição. Por sua vez, os recursos de saúde e potencialidades depositados num só membro podem ser explorados, a partir da perspectiva hologramática, nos outros participantes da rede;

d) Regulação social que estabelece acordos e normas de convivência, reafirmando as responsabilidades de cada um. Por mais que se deseje ou tente pôr em prática as normas de convivência, nos casos de drogadição, estes acordos formais podem ser esvaziados pelo dependente químico, na busca de satisfação de seu impulso, ou da família ao tentar manter o *status quo* da existência de um membro problemático. Os processos de fragmentação aprendidos com o projeto da modernidade afastam da compreensão do fenômeno e da construção de relações solidárias;

e) Ajuda material e de serviços que contribui com conhecimentos especializados ou ajuda física, oferece suporte social. Por vezes, o dependente químico necessita ser sustentado até se reorganizar emocional e financeiramente, assim como os serviços da rede social auxiliam nos processos pertinentes ao tratamento; e

f) Acesso a novos contatos que possibilitam conexão com outras pessoas/redes, ampliando as possibilidades de transformar as funções sociais. Esta função é essencial para os casos de drogadição, pois é recorrente o isolamento do toxicômano e da sua família, além de haver a possibilidade de eles entrarem em contato com outras pessoas que compartilham do mesmo problema, ampliando as alternativas de solução e apoio emocional.

Como a realidade constrói-se na interação dos grupos sociais, podemos estimular a formação de redes sociais, favorecendo a resolução de problemáticas comuns que atinjam uma comunidade, uma instituição ou um grupo de sujeitos, em que os membros da rede compreendam que o problema de um indivíduo é o de um grupo nas mesmas contradições (Dabas, 2001).

Desse modo, devemos entender a terapia familiar e de redes sociais como um espaço dialógico para articular as possíveis e necessárias relações existentes para a manutenção da drogadição. Desta forma, levamos em consideração tanto o contexto social total de um indivíduo, ressaltando a responsabilidade de uma pessoa por si própria e pelos outros, quanto a criação de um espaço em que se permita o máximo de mobilização da característica própria da rede de auto-organização. Consiste em restituir à rede social sua autoria (Aun, Coelho & Esteves de Vasconcellos, 2005). Sendo assim, é através do relacionamento com outras

peças com a mesma problemática, por vezes no espaço terapêutico, que se dá o intercâmbio de dificuldades e de soluções de problemas, num verdadeiro efeito de rede. Além da ajuda mútua, potencializa-se a identificação de aspectos até então desconhecidos, oportunizando a revisão de conceitos e busca de alternativas (Ravazzola, Barilari & Mazieris, 1997).

Ao ativar a rede de serviços, novas redes são acionadas, as quais adquirem caráter, às vezes, central, não somente pelos atributos instrumentais, mas também por sua capacidade de apoio instrumental e emocional (Olinda, 2002). A intervenção em rede permite que se busquem possibilidades para autocorrigir ações; para valorizar a palavra e testemunhos dos participantes; proporcionar contato pessoal direto entre os participantes; para valorizar cada pergunta e a criatividade; considerar as diferenças como possibilidades de crescimento; respeitar os direitos de todos e respeitar os limites de cada um; possibilitar novas articulações; aceitar a multiplicidade e aproveitar os erros para aprendizagem (Ravazzola, Barilari & Mazieris, 1997).

A abordagem em redes sociais tem sido ponto de apoio para o planejamento, execução e gestão de políticas públicas. Um estudo fez uma revisão crítica das pesquisas sobre intervenções familiares, reforçando que trazem resultado positivo para o usuário, sua família e rede social (Molina, 2008). Este estudo observou, ainda, que o maior desafio está na implementação deste tipo de intervenção na rotina de tratamentos para a drogadição. Ressalta, por fim, a necessidade das políticas focarem na disseminação de abordagens familiares e na sua integração como co-participantes dos tratamentos existentes, pois acreditamos ser necessário transcender os limites do indivíduo e da família, para incluir o ecossistema e articular com as políticas públicas.

#### -As Políticas Públicas voltadas à drogadição:

Entendemos as políticas públicas como esforços e recursos investidos pelo Estado, através de decisões de consenso tomadas por governantes na forma de leis, regras ou regulações. O consenso implica em decisões que se embasam em evidências documentadas a ponto de ser ponto de concordância entre especialistas e autoridades da área, em prol do interesse público. As evidências científicas são necessárias, principalmente para quem elabora os programas, pois podem facilitar a avaliação de estratégias disponíveis e familiarizar o profissional da saúde, principalmente de saúde mental, com o trabalho realizado (Brasil, 2005).

O atual fluxo das políticas públicas segue como uma pirâmide: no seu topo, estão os responsáveis pelo planejamento e decisões e com recursos para a realização das diretrizes; no meio, encontram-se os técnicos responsáveis pela execução e implementação de um programa já elaborado; e, na base, existem os numerosos usuários do programa, os que ‘recebem’ a política (Aun, Coelho & Esteves de Vasconcellos, 2005).

Sendo assim, há contradições que se expressam nas instituições voltadas para o problema da drogadição, principalmente aquelas ligadas às estruturas de governo. Bravo (2003) aponta a disputa por espaços referindo a existência de dois lados. Um primeiro voltado às políticas ligadas à repressão que avançam sobre o campo da prevenção e tratamento ao definir os consumidores de SPA, ora como marginais, ora como doentes, sendo um discurso contraditório entre penalização e tratamento. O outro lado aponta a dificuldade das instituições de saúde, educação e assistência social de assumirem sua função, reproduzindo esse discurso que discrimina, sem delimitar espaço teórico e de trabalho próprio. O referido autor ainda denuncia a dimensão política que impõe crescimento ou retrocesso de determinados discursos e projetos, ao compasso de interesses setoriais ou eleitorais.

Para identificar a oficialidade para o problema da drogadição retomamos as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde que objetivam a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira. Uma de suas grandes inovações é a noção de saúde como um direito de cidadania, inédita na história das políticas brasileiras. Este propõe universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade e igualdade de assistência, descentralização político-administrativa, capacidade de resolução dos serviços, participação da comunidade, dentre as principais propostas (Brasil, 1988).

Retomamos, ainda, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o qual é resultado da reformulação da Assistência Social no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, como sendo política pública não-contributiva, pautada pela universalidade da cobertura e do atendimento, ao lado da Saúde (não-contributiva) e da Previdência Social (contributiva). A Assistência Social é um dever do Estado e um direito de quem dela necessitar (Brasil, 2002).

Dentre as tentativas de regularização social do problema da drogadição, em agosto de 2006, foi sancionada a Lei 11.343 (Brasil, 2006a). A nova legislação substituiu as leis anteriores, contemplando alguns avanços, principalmente no que se referia à exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas, aproximando o uso de SPA de uma questão de saúde pública e afastando da esfera policial. Sendo assim, o maior desafio passou a ser a ampliação

dos serviços públicos de saúde do SUS, esforço que deve ser responsabilidade do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Foi, então, instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas– SISNAD – que tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Integram o SISNAD: o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, na qualidade de secretaria-executiva do colegiado; o conjunto de órgãos e entidades públicos que exerçam atividades referentes ao problema da drogadição; o Poder Executivo Federal; os Estados, os Municípios e o Distrito Federal; e as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas da atenção à saúde e da assistência social e atendem usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares.

Compete ao CONAD, na qualidade de órgão superior do SISNAD, dentre outras atribuições, acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD. São competências da SENAD: exercer a secretaria-executiva do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD; articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD – e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID.

Dentre as diretrizes da SENAD, encontram-se: promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

O CONAD propõe, ainda, que o acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo, para os usuários, dependentes e seus familiares, com

investimento técnico e financeiro de forma descentralizada. As ações devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos (Brasil, 2006b).

As instituições de todo o país cadastradas no SENAD dividem-se em governamentais e não-governamentais, as quais prestam serviços de prevenção, tratamento, redução de danos, ensino e pesquisa na área da drogadição. Apesar de toda esta organização, a política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas reconhece um ‘atraso histórico’ do SUS em relação às políticas públicas para a drogadição, indicando “a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos” (Brasil, 2003, p.7). Aponta, ainda, para uma perspectiva transversalizadora, diversificada em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde que permitam reconhecer o usuário, suas necessidades e vínculos com seus familiares. Esta política indica o paradigma de Redução de Danos como estratégia de saúde pública que visa diminuir os prejuízos causados pela drogadição. A Redução de Danos reconhece o usuário na sua singularidade, sem julgamento, com co-responsabilidade entre ele e o agente de saúde. Aponta, ainda, fatores de risco e proteção familiar, os quais seriam facilitadores ou impeditivos para o uso de drogas. Como fatores de risco, refere uso de álcool pelos pais, isolamento social entre os membros da família, padrão familiar disfuncional, falta do elemento paterno. E, como fator de proteção, cita vinculação familiar, cultivo de valores e tarefas domésticas partilhadas.

A política do Ministério da Saúde propõe, também, a regulamentação de Comunidades Terapêuticas, as quais se multiplicaram devido ao “vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas” (Brasil, 2003, p. 46). Esta modalidade de tratamento define a drogadição como doença e o trabalho terapêutico é focado na abstinência. Há, ainda, articulação com os grupos de mútua-ajuda.

Outra alternativa é o modelo de assistência em saúde mental, redefinido em redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares, tais como o serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas para o problema de álcool e drogas – CAPSad, o qual busca:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura, lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento do problema;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (Brasil, 2003, p. 42).

Todavia, Bravo (2003) aponta que estas inúmeras propostas, iniciativas e avaliações recorrentes ainda não se tornaram eficazes diante da enorme dimensão do problema. Podemos, ainda, questionar a idéia de que esse tema possa ser abordado por uma área exclusiva, sendo necessário incorporar elementos próprios de outros campos do saber: sociologia, antropologia, economia, política ou direito. Percebemos políticas ineficazes que realizam estratégias compensatórias no enfrentamento de necessidades, num funcionamento voltado para soluções imediatas que pouco ajudam, visto que não preparam as famílias para uma emancipação, mas as perpetuam num ciclo de dependência de ações fragmentas. Por fim, as diretrizes das políticas oficiais, ao se apresentarem numa instância teórica, dificultam a integração com as práticas profissionais. Propomos a dialógica entre as instâncias que se mostram antagônicas e separadas, pensando em sistemas complexos com múltiplas interações e retroações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas reflexões encaminham para o pensamento complexo. Navarro (2006) propõe o conceito ‘holograma social’, para se referir às realidades sociais humanas que se compõem de unidades – sujeitos individuais que interagem entre si, são construídos por e constroem essas realidades com sucessivos níveis recursivos. Há diversas facetas que se apresentam como parte do problema atual com drogas, as quais implicam em diversas contradições e desafios, revelando seu caráter complexo, num mosaico em que o dependente químico, sua família, a rede social, os trabalhadores de saúde mental, pesquisadores, o contexto social atual, todos se mostram com dificuldades de lidar com a situação, todos necessitando de cuidados, todos necessitando de atenção.

O pensamento complexo propõe um desafio que nos incita a novas formas de pensar e agir, pois é fácil usar as premissas que já temos e nos apoiamos; difícil é mudar os pontos de partida já conhecidos do raciocínio (Esteves de Vasconcellos, 2008). O reconhecimento da incerteza pode ser desencorajador e estimular um pensamento redutor. Apesar de proporcionar segurança pelo conhecido, este mesmo pensamento redutor implica em políticas sociais redutoras que terminam por se mostrar inoperantes (Almeida, 2006). O pensamento complexo propõe manter as diferenças e fazer com que, dialogicamente, estes antagonismos comuniquem-se e proponham novas formas de se relacionar, libertadoras das potencialidades humanas e, certamente, originárias de novos problemas para reflexão, antagonismos, dialógicas e alternativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelardino V. (2004). Transtornos depressivos x dependência de álcool e outras substâncias. In: ABEAD, *Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substâncias de abuso* (pp. 32-33). São Paulo, ABEAD.
- Aun, J. Coelho, S. Esteves de Vasconcellos, M.J. & (2005). *Atendimento de Famílias e Redes Sociais*. Fundamentos Teóricos e Epistemológicos. Belo Horizonte: Ophicina Arte & Prosa.
- Almeida, M. (2006). Complexidade, do casulo à borboleta. In Castro, G., Carvalho, E. & Almeida, M. (Org.). *Ensaio de Complexidade* (4.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Baltieri, D.A. & Focchi, G.R.A. (2001). Tratamentos farmacológicos das dependências de álcool, cocaína e opióides. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 2 (supl. 1), 7-11.
- Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*. Rio de Janeiro: UERJ. v.1.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergeret, J. & Leblanc, J. (1991). *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bertolote, J. M. & Ramos, S. P. (1997). *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Bittencourt, L. (2003). O rei está nu: um dos avatares da função paterna na sociedade contemporânea. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu* (v.1). Rio de Janeiro: UERJ.
- Bravo, O. A. (2003). Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu* (v.1). Rio de Janeiro: UERJ.
- Brasil (2006a). *Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Site visitado em junho de 2007: <http://portal.saude.gov.br/saude/>
- Brasil (2006b). Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas, em 27/10/2006.
- Brasil (2005). Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas, em 27/10/2005.
- Brasil (2003). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Site visitado em junho de 2007: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=17148](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17148)

- Brasil (2002). *Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Site visitado em junho de 2007: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=17148](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17148).
- Brasil (1988). *Constituição Federal de 1988*. Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Seção II, Da Saúde-Artigos 196; 197; 198 Parágrafo Único - Ec 29:200.
- Bucher (1996). *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Nappo, S. & Noto, A.R. (2005). *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. CEBRID/UNIFESP site visitado em junho/2008
- Cecconello, A.M. & Koller, S. H. (2003). Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16 (3) 515-524.
- Cirillo, S. et al. (1999). *La familia del toxicodependente*. Buenos Aires: Paidós.
- Craig, R. (1991). Abuso de substâncias. In Craig, R.J. (Org.), *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dabas, E. N. (2001). *Red de redes: Las prácticas de La intervención en redes sociales*. Buenos aires: PAIDOS.
- Edwards, G. & Dare, C. (1999). *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Escotado, A. (1994). *Las drogas*. De los Orígenes a La prohibicion. Madri: Alianza Editorial.
- Esteves de Vasconcellos, M.J. (2008). *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência* (7.ed.). Campinas: Papyrus.
- Feix, R. (1996). Drogas: Uso, abuso e dependência. In Duncan, B.B., Schmidt, M. I. & Giugliani, E.R.J. (Orgs.), *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária* (pp. 537-550). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, G., Delgado, S. & Garcia, C. (2003). A toxicomania e a busca da felicidade na sociedade de consumo. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. (org.). *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento, tabu* (v.1). Rio de Janeiro: UERJ.
- Horta, R. (2003). As famílias e as drogas na contemporaneidade. In Guareschi, P. *Psicologia em questão: reflexões sobre a contemporaneidade*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Jacó-Vilela, A. M. & Sato, L. (Orgs.). (2007). *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Evangraf.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. Em S. Seibel & A.Toscano Jr, (2001). *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu

- Minayo, M. C. (2003). Sobre a toxicomania da sociedade. In Baptista M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito* (v.2). Rio de Janeiro: UERJ.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Molina, T. (2008). Birmingham and Solihull Substance Misuse Services and Senior Lecturer, School of Psychology, The University of Birmingham. [www.unifesp.br](http://www.unifesp.br). Site visitado em julho de 2008.
- Morin, E. (Org.). (2007a). *A Religião dos Saberes: o Desafio do Século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- \_\_\_\_\_. (2007b). *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (2005). *O método 2: A vida da vida* (3.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (1998) *Ciência com Consciência* (2 ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.
- Navarro, P. (2006). Holograma social. In Castro, G., Carvalho, E. & Almeida, M. (org.). *Ensaio de Complexidade* (4. ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Neubern, M. (2003). Contribuições de uma Epistemologia Complexa para Drogadição. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu* (v.1). Rio de Janeiro: UERJ.
- National Institute on Drug Abuse: NIDA (2007). *The Science of Drug Abuse & Addiction* <http://www.nida.nih.gov/> Site visitado em junho de 2007.
- Olinda, E. (2002). Rede social de apoio à família. In Terra dos Homens (Org.), *Cuidar de Quem Cuida: Reintegração Familiar de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua*. Rio de Janeiro: Booklink Publicações Ltda.
- Ravazzola, M.C., Barilari, S. & Mazieres G. (1997). A família como grupo e o grupo como família. In Zimermn, D. & Osório, L.C. (Orgs.), *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rocha Brasil, V. (2008). Família e drogadição. In Cerveny, C. (org.) *Família e... comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição* (2.ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saraiva, J. E. M. (2000). Do individualismo moderno ao narcisismo contemporâneo: a produção da subjetividade na cultura do consumo (p.47- 64). In Souza, S. (Org), *Subjetividade em questão: a infância como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: 7 letras.
- Schenker, M. & Minayo, M.C.S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 20,3,3 – 8.
- Seibel, S. & Toscano Jr. (2001), A. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu
- Sluzki, C. E. (1997). *A Rede Social na Prática Sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Stanton, M. D. & Todd, T.C. (Org.). (1988). *Terapia familiar del abuso y adiccion a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Steinglass, P. (1987). *La familia alcohólica*. Buenos Aires: Gedisa.
- Zampieri, M.A. (2004). *Co-dependência: o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Ágora.
- Zemel, M.L. (2001). *O papel da família no tratamento da dependência*. Revista Imesc, n.3, p. 43-63.
- Zimerman, D., Osório, L. & cols. (1997). *Como Trabalhamos com Grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

### **3 ESTUDO EMPÍRICO:**

#### **O HOLOGRAMA DA DROGADIÇÃO: A DENÚNCIA DA DESATENÇÃO**

##### **INTRODUÇÃO**

A presença de substâncias psicoativas (SPAs) tornou-se um fato cotidiano na sociedade contemporânea. Ela é facilmente observável em rotinas domésticas, rituais, comemorações ou no hábito da automedicação, tão comum em nossos dias. Assim, pessoas advindas de diversos contextos usam SPAs e justificam tal uso das mais variadas maneiras. Desse modo, podemos afirmar que este não conduz, necessariamente, a padrões descontrolados ou nocivos e pode ser considerado como uma atividade social que se diferencia a partir da disponibilidade ao acesso, tendências pessoais, familiares ou sociais e padrões culturais.

Entretanto, se examinarmos mais profundamente os modos de vida das sociedades ocidentais contemporâneas, podemos afirmar que habitamos e construímos cenários drogaditos no cotidiano das relações sociais. Tal construção pode ser interpretada como tentativa de burlar problemas sociais, estruturais e culturais profundos que caracterizam nossos tempos: angústias existenciais, desemprego, novas exigências na esfera do trabalho, miséria, guerras, conflitos geracionais e mudanças velozes na cultura, entre outros (Minayo, 2003).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil aponta que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool, e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Além disso, na faixa etária de 12 e 17 anos, existem relatos de uso das mais variadas drogas, bem como facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo. Esses dados sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento para abuso/dependência de SPA (CEBRID, 2007). Um mero exame inicial de tais informações delinea, por si só, a configuração do uso de SPAs como um preocupante problema de saúde pública da atualidade que deve ser foco do planejamento de políticas sociais.

Nesta perspectiva, cabe salientar que as políticas sociais no Brasil vêm sofrendo uma série de modificações advindas de diferentes movimentos sociais que, historicamente, vêm transformando os espaços de tratamento e cuidado à saúde da população. O Movimento da

reforma Sanitária, a promulgação da Constituição de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (S.U.S.) são exemplos contundentes da necessidade expressa, por grande parcela dos brasileiros, de articular, mais intensamente, cidadania e práticas em saúde pública.

A partir de então, espera-se que a sectarização da atenção a grupos específicos (crianças, dependentes químicos e portadores de deficiência, por exemplo) possa ceder lugar à dimensão coletiva do atendimento à saúde. Em função disso, as interfaces com o grupo familiar passam a ser consideradas prioritárias ao abordar os fenômenos relativos à saúde. De acordo com o Grupo de Trabalho Nacional Pró-convivência Familiar e Comunitária (2008), este é um terreno fértil para rastrear e detectar precocemente condições indesejáveis à promoção de saúde. Assim, o grupo familiar é tema presente em propostas terapêuticas consideradas inovadoras e, concomitantemente, abriga justificativas de apoio à implementação de políticas sociais no campo da saúde mental.

Acreditamos que a convivência familiar possa favorecer estranhamentos quanto às mudanças impostas pelos novos modos de relação contemporâneos. Nesses, os processos de subjetivação se estabelecem através do hedonismo, do consumo acrítico, da valorização do efêmero, do descarte e de práticas excludentes (Saraiva, 2000). Entretanto, ao mesmo tempo em que a família é percebida como elemento importante para que se atinjam os objetivos explicitados nas políticas oficiais de saúde, ela pouco é considerada efetivamente na concretização cotidiana dos objetivos formais dessas políticas. Comumente constatam-se:

Políticas inexistentes que, no decorrer das gerações, acabam acarretando estratégias compensatórias no enfrentamento de necessidades. Entretanto, essa forma de funcionamento, calcada em soluções imediatas, pouco ou nada compensa, uma vez que não contribuem para a emancipação das famílias, mantendo-as em um ciclo de dependência de ações assistencialistas isoladas e fragmentas. (GT Nacional Pró-convivência Familiar e Comunitária, 2008, pág.10).

No que se refere ao tratamento do abuso de drogas, o Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas de las Naciones Unidas: Por qué intervenir en el tratamiento del abuso de drogas (2003), sugere, além da desintoxicação, reabilitação, prevenção da recaída e redução de danos, ressaltando, ainda, a importância da família como apoio social que impulsiona o drogadito para a sobriedade. Propõe a necessidade de serviços especializados para tratar problemas psiquiátricos, laborais e familiares. Neste mesmo manual, no caderno: Tratamiento contemporâneo del abuso de drogas, ressalta-se, como componente efetivo de um tratamento para a drogadição, que o apoio familiar proporciona uma maior adesão do drogadito ao

tratamento e maior período de abstinência. Estes dados são reforçados por Bucher (1992), que registra que o atendimento a usuários de drogas, toxicômanos ou não, suscita múltiplos problemas e é impossível adotar-se uma única abordagem, e reforçados também por Minayo (2003) e Schenker (2001), ao exporem que as abordagens que envolvem a unidade familiar, nos problemas relativos ao tratamento por uso abusivo de drogas, são consideradas mais efetivas do que as abordagens de tratamento individual.

A constatação cotidiana desse fenômeno, em diferentes espaços, e as conseqüentes problematizações inerentes às especificidades da prática profissional, no campo da Psicologia, redundaram na formulação do presente estudo. Procuramos construir uma compreensão desse complexo fenômeno através da articulação entre as propostas formais das políticas públicas em relação ao uso abusivo de SPAs e as perspectivas de alguns protagonistas da efetivação dessas políticas. A pesquisa realizada caracteriza-se como pesquisa de levantamento, exploratória e descritiva

Para tanto, elaboramos um projeto que teve como objetivo geral conhecer as práticas terapêuticas realizadas para as famílias nos centros governamentais de tratamento para dependência química e problematizá-las. Tais centros são localizados no município de Porto Alegre-RS e vinculados à SENAD. O estudo foi norteado pelas seguintes questões:

- Quais as propostas oficiais de tratamento para a dependência química?
- Como é explicitada a relevância do tratamento familiar nas políticas oficiais?
- Como são as práticas observadas nos centros de tratamento governamentais vinculados ao SENAD?
- Quais as práticas voltadas para as famílias com drogadição?
- Como se relacionam as propostas oficiais e as práticas?

Participaram do estudo seis profissionais da área da saúde mental, na sua maioria, psicólogos de instituições governamentais, vinculadas à SENAD, do município de Porto Alegre-RS, que se propõem a prevenir e tratar a drogadição.

Para a coleta de dados, seguimos os trâmites exigidos pelo regulamento da SMS de Porto Alegre-RS, através dos quais, em primeiro lugar, obteve-se a liberação para realização

da pesquisa pelo Comitê de Ética da PUC-RS. Este documento, associado ao projeto de pesquisa, foi encaminhado às instituições selecionadas para a autorização da realização do estudo no local. Após esta liberação, foi realizado novo contato, com a SMS de Porto Alegre, solicitando autorização da execução da pesquisa, bem como para a realização de entrevistas nos locais de trabalho dos profissionais. Após a liberação da SMS-POA, contatamos cada participante para agendar o encontro.

Cabe ressaltar que os profissionais selecionados tiveram sua identidade preservada e concordaram com sua participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram resguardados e pesquisados no Grupo de Pesquisa: Políticas Sociais e Práticas em Psicologia, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, sob a orientação da Dra. Helena Scarparo. Ainda foi combinada, com cada participante, a gravação do encontro para posterior transcrição. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram entrevistas semi-estruturadas. A entrevista foi realizada individualmente e embasada na relação entre as orientações do SUS sobre o tratamento da dependência química e as práticas do profissional. As questões exploradas referiam-se às dificuldades e facilidades no tratamento para a drogadição, ao conhecimento do profissional sobre as políticas públicas para a dependência química, à sua percepção sobre as famílias que tinham um dos membros dependente químico, à existência ou não de atendimento familiar no seu local de trabalho e ao tipo de abordagem familiar realizada.

Também foram realizados registros das observações dos serviços no Diário de Campo (Pinto & Guazzeli, 2008). Este permitiu a descrição do contexto, da realidade social investigada. Segundo Ribeiro (1998), os registros no Diário de Campo são de dois tipos: descritivos, que procuram situar o contexto onde ocorre a observação e reflexivos, que são as idéias, os pensamentos, dúvidas que surgem na mente do investigador enquanto observa. Devem conter o maior número possível de informações acerca do contexto da observação: onde ocorre, descrição física do local, do participante, do ambiente, das conversações e expressões das pessoas. As anotações reflexivas devem conter as idéias que surgem na mente do observador à medida que transcorre a observação.

Para a análise do material coletado foram utilizados procedimentos de base fenomenológica. A fenomenologia busca compreensão dos significados emergentes e “presume uma relação intencional entre o sujeito e o objeto de sua experiência” (Giorgi, 2001, p.134). Pressupomos que se enquadra com os objetivos desta pesquisa, os quais visaram à investigação sobre as práticas voltadas para as famílias com drogadição. A base

fenomenológica, conforme Bernardes (1991), é adequada para compreender como o sujeito percebe sua experiência. Consideramos a perspectiva de compreensão uma possibilidade de obter uma visão da complexidade do fenômeno e os resultados da análise fenomenológica tornam-se, assim, conteúdos fundamentais para a articulação com outras especificidades do contexto estudado.

Sendo assim, após a transcrição das entrevistas, foi realizada a leitura completa de todos os depoimentos, inúmeras vezes, permitindo a delimitação das unidades de significado, das subcategorias e posterior inferência baseada na interpretação das falas dos sujeitos. O conteúdo das falas foi agrupado em temas para fins de estudo. Estes fazem parte de um conjunto que dá sustentação ao objeto da pesquisa, possibilitando a articulação de significados com a teoria.

Morin (1998) propõe que há necessidade da desmistificação de que o cientista seja isolado do seu objeto de pesquisa. Traz consigo teorias, idéias, paradigmas que interferem e sofrem a interferência do olhar do pesquisador. Sendo assim, ao entender que não há certeza teórica, revela que tem “plena consciência de ter escolhido algumas ‘fatias’ num problema múltiplo e dimensional” e dá “ênfase a certos problemas” (Morin, 1998, p.72). A ampliação para os grandes temas neste estudo permitiu a articulação com o pensamento complexo, este como um paradigma que permite distinguir, separar, ao mesmo tempo em que permite associar e fazer as partes comunicarem-se.

O texto que segue apresenta resultados dessa pesquisa, os quais podem ser articulados através da descrição dos temas que se evidenciaram na relação entre os dados coletados, os conteúdos formais das políticas e a literatura sobre o tema.

### 3.1 COMPLEXIDADE DA DROGADIÇÃO: “COM TEXTOS” E COM PRÁTICAS

Ao retomar o objetivo geral desta pesquisa, que propunha conhecer as práticas terapêuticas realizadas para as famílias nos centros governamentais de tratamento para dependência química, vinculados ao Serviço Nacional de Álcool e Drogas (SENAD), observamos a complexidade da drogadição: um fenômeno que atinge a todos e denota alianças entre diversidades, antagonismos, saberes e ignorâncias.

Nas instituições em que foram realizadas as entrevistas, houve unanimidade dos participantes ao colocar suas percepções de que a drogadição é uma questão que invade as

preocupações sociais. Os entrevistados demonstravam sua inquietação e entendimento da multidimensionalidade da drogadição através de falas como as que seguem:

*‘A situação está grave, na atualidade há diversos casos de drogadição com repercussões no trabalho e na rede social das pessoas...’.*

*‘A drogadição independe da condição econômica do sujeito, tem causa multifatorial que envolve o contexto, a etiologia das patologias, conflitos familiares e co-morbidades psiquiátricas associadas à dependência química’.*

*‘A dimensão do problema é como uma epidemia de drogadição, sendo difícil fazer com que a pessoa pare de usar a droga devido às recaídas e falta de informação dos familiares’.*

*‘É um problema difícil de ser tratado (...) muitas vezes, não se sabe nem por onde começar o trabalho’.*

Pudemos perceber um grande sentimento de abandono localizado no dependente químico, nas famílias e nas instituições, o que poderíamos chamar de “desatenção em cascata”. Ao mesmo tempo, em todos os espaços de interlocução com o tema, evidenciou-se a necessidade de contínua dialógica, num esforço constante e intenso de religar o que parecia fragmentado. Conforme Edgar Morin (1998; 2007c), ao tentar ligar as diversidades, promovemos espaços de compreensão. Assim, diante da multiplicação de problemáticas que nos apresenta a questão da drogadição, apresentamos algumas das articulações possíveis na intrincada relação entre a vida no tempo presente, as políticas públicas, família e uso de substâncias psicoativas.

O texto a seguir será subdividido em itens para uma melhor compreensão das análises dos resultados da pesquisa. Como a abordagem teórica baseia-se, essencialmente, no pensamento complexo de Edgar Morin, optamos por nomear os subtítulos deste trabalho, então, fazendo uma analogia com uma das obras mais importantes deste autor, a qual é a coleção ‘O Método’. São seis volumes: O Método 1- A natureza da natureza; O Método 2- A vida da vida; O Método 3- O conhecimento do conhecimento; O Método 4- As idéias; O Método 5- A humanidade da humanidade; O Método 6- Ética. Ao invés de utilizarmos a palavra ‘método’, selecionamos a palavra ‘desatenção’ para nomear cada item, visto que esta característica perpassa a todas as instâncias pesquisadas e exploradas deste estudo.

### 3.2 A (DES)ATENÇÃO 1: A DESNATURALIZAÇÃO DA DROGADIÇÃO NA FAMÍLIA

A dinâmica familiar contemporânea encontra-se atravessada por uma série de fatores que a tornam, antes de nada, um complexo campo de imprevisibilidades. Trata-se de uma instituição amplamente problematizada e desconstruída nos moldes convencionais e que, ao mesmo tempo, mantém-se como possibilidade de acolher a convivência humana na medida em que se conforma e se transforma de acordo com as velozes, fugazes e potentes mudanças nas pautas da vida humana no século XXI. Desse modo, são diversas as configurações e constantes as propostas inovadoras de constituir as formas de convivência familiar. Em algumas delas, segundo os participantes do presente estudo, a toxicomania é um dos ajustes possíveis. Isto denota uma relação hologramática (Morin, 2007b) entre os modos sociais de viver contemporâneos no espaço público, caracterizado por uma cultura drogadita, com as práticas efetivadas no interior da família que são, via de regra, associadas de modo estereotipado por fragmentar as relações sociais, ao espaço privado. Tal fragmentação evidenciou-se nos depoimentos colhidos. Dentre os participantes, foi unânime o entendimento da dinâmica familiar envolvida na drogadição de um de seus membros. Um dos participantes afirma ser impossível dissociar o fenômeno da toxicomania da família. Este é corroborado pela manifestação de outro, que se pergunta se o relacionamento com as drogas “*vem antes ou depois das dificuldades familiares*”. De acordo com um dos depoimentos:

*‘Há uma disfunção na família do dependente... Não se sabe se pela dependência, ou se pela disfunção. As famílias com dependência química têm um funcionamento clássico, apesar de não querer reduzir o tema, há algo em comum nestas famílias que se percebe com a experiência ao longo dos anos’.*

Dentre as explicações para tal avaliação, a inabilidade dos familiares em impor limites surge como justificativa freqüente para a adoção de comportamentos drogaditos. Os participantes referiram que há famílias com muita dificuldade em colocar regras para seus filhos. Um entrevistado disse ter utilizado para determinado caso, de forma simbólica, a expressão “*amarrar o filho no pé da cama*”. Disse que queria que os familiares entendessem que isso significava ficar perto do filho, estar junto, controlar e, ao mesmo tempo, não dar

dinheiro para possibilitar a compra e o uso de SPAs. Para ele, estes pais e mães têm dificuldades em encontrar modos de conter seus filhos/as.

A sociedade líquido-moderna de consumidores promete felicidade fácil que pode ser obtida por meios não heróicos e, portanto, ao alcance de todos que tenham possibilidades de consumir (Bauman, 2007). O pensamento complexo (Morin, 1998) mostra-nos que a família produz esses modos de viver na sociedade, os quais recursivamente a produz. Assim, familiares/cuidadores são produtos e produtores de relações que têm, como efeitos, funcionamentos abusivos e mudanças de valores, que justificam a busca de satisfação imediata de necessidades nas diferentes instâncias do viver em sociedade. Conforme um dos participantes:

*‘O dependente químico faltava às atividades do tratamento e o pai ligava mentindo sobre os motivos das faltas, além deste pai passar os dias alcoolizado, fato que só perpetuava o funcionamento dependente na família’.*

Ao mesmo tempo, a sociedade julga seus membros pela capacidade e condutas em relação ao consumo, fato que coloca valor de transitoriedade acima do valor da permanência, estimulando velocidade nas relações, excesso e desperdício. Esta sociedade do excesso e da fartura, que leva à sociedade da redundância e do lixo farto (Bauman, 2007), é que deixa os familiares inseguros diante das tarefas relativas ao papel de educadores. Esse aspecto salientou-se nos dados coletados que apontaram também o excesso de zelo como prejudicial:

*‘Há famílias que dão muito apoio ao dependente químico, por vezes em demasia, acho válido o que eles fazem, mas ele precisa caminhar sozinho também.’*

*‘As mães deveriam mudar a forma de tratar os filhos, vendo-os de outro jeito, tendo pulso mais firme, impondo limites.’*

A dinâmica familiar co-dependente é percebida pelos participantes da pesquisa no momento em que passam a questionar a origem da ‘carência’ do usuário de drogas. Esta idéia também nos aproxima do conceito de recursividade proposto por Morin (1998), entendendo que a relação co-dependente mantém e é mantida pelo sistema familiar no sistema social.

*‘É uma relação de co-dependência. Tivemos um caso em que o dependente químico ligou para a mãe, pedindo para buscá-lo e esta prontamente foi pegar seu filho, dizendo que a instituição estava errada ao tentar reverter este abandono do tratamento’.*

Também, concernentemente a este aspecto, alguns depoentes afirmaram que os familiares lançam mão de recursos de relação que denotam sua ambigüidade no tocante ao tratamento. Disseram que esses testam o dependente químico em abstinência, oferecendo drogas a ele para verificar “*se ele está realmente curado*”. Afirmam que há famílias que atrapalham os avanços no tratamento e que “*alguns saem melhores da instituição e logo retornam, pois pioram em casa*”. Ressaltaram que, na maioria das vezes, a família parece ser “*mais doente*” que o usuário isoladamente, e que se surpreendem com os prejuízos que podem ser ocasionados pela família.

*‘Há algumas famílias com boas condições financeiras e isto se torna um complicador, pois dão dinheiro para o dependente, parecendo que pedem para o filho usar’.*

Um dos entrevistados cita um exemplo de um caso que evoca os operadores recursivo e hologramático do pensamento complexo para compreender o conceito de co-dependência. Neste, os abusos estavam presentes nas diferentes partes do sistema familiar. Essas partes traduziam os modos de ser e agir da totalidade do sistema social no qual o grupo familiar estava inscrito, especialmente a família, as instituições para o tratamento do uso abusivo de SPAs e a sociedade.

*‘Tivemos um rapaz que tinha um vasto prontuário e muitas recaídas e, só através de uma visita domiciliar para investigar a situação, é que se chegou à conclusão que a família poderia estar ajudando nas recaídas, pois, enquanto recaído, quem tinha a posse do dinheiro do dependente químico eram seus familiares’.*

Nesse caso, a compreensão dos técnicos, em relação ao referido caso, transformou-se a partir de uma relação dialógica estabelecida através do deslocamento do espaço institucional para o espaço da moradia daquela família. A visita domiciliar possibilitou outra perspectiva de compreensão e visibilizou antagonismos que articularam outros modos de entendimento

das relações do usuário e das pessoas de sua convivência cotidiana no que se refere às drogas, naquele contexto.

A dinâmica conjugal também faz parte desse sistema complexo e, em função disso, foi foco dos depoimentos coletados. Ao pesquisar esse tema, Edwards e Dare (1999) trouxeram que olhar somente para um ator faz com que percamos de vista a totalidade do fenômeno. Em função disso, afirmaram a importância de um tratamento voltado também, e especialmente, para o casal. Esses autores afirmaram que é fundamental atentar para as especificidades do cônjuge no que concerne às suas necessidades, relações com a família de origem e motivações inconscientes para efetivar a relação conjugal, por exemplo. Tais fatores podem levar a atitudes de manutenção do comportamento drogadito, que recursivamente mantém a relação conjugal. Esta questão é exemplificada no depoimento abaixo:

*‘Alguns pacientes reclamam que a esposa está mais chata. Só que elas sempre foram assim, mas eles é que não percebiam. Ao ver que a esposa vai sair, por exemplo, perguntam aonde ela vai, pois se importam agora com coisas que não pareciam se importar antes. Isto causa estranheza às mulheres. No olhar de esposas como estas, é preferível que o marido continue bebendo, pois assim não as incomoda’.*

Este exemplo ilustra também o que Carter e McGoldrick (2001) trazem sobre as distribuições de funções nas famílias, pois, se há um dependente químico no papel parental, há sobrecarga do exercício desta função para o(a) cônjuge que não usa SPA. Este termina por resolver todos os problemas e ter dificuldades de se adaptar a um novo funcionamento após a abstinência, fato que implica em abrir mão do poder de decisões na família, com uma participação maior do(a) cônjuge que estava afastado pela drogadição.

Ao avaliar as perspectivas de cuidado do usuário abusivo de SPAs, a unanimidade dos participantes da pesquisa ressaltou a necessidade de atentar para o grupo familiar, percebendo a diferença de resolutividade entre casos nos quais se estabelece um acompanhamento em parceria com a família, comparando com aqueles em que isso não ocorre.

*‘O não comparecimento da família é um empecilho que se apresenta, pois ela se retira do tratamento, entrega o paciente e se oculta’; ‘muitas famílias querem distância do dependente químico e o tempo em que eles ficam em atendimento, sejam quinze dias ou um*

*mês, é interpretado como um tempo em que não precisam se preocupar com o indivíduo, pois ele está sendo assistido’.*

É importante salientar o quanto o resultado do acompanhamento proposto depende da efetiva participação de cada sujeito envolvido no processo terapêutico. Ou seja, é fundamental que cada um e todos se sintam protagonistas e que se apropriem continuamente do conhecimento do processo que se engendra naquela situação particular. Ao mesmo tempo, é fundamental transversalizar a experiência através da articulação constante à rede de significados e recursos atinentes à experiência vivida. Trata-se da tarefa de religar o que parece fragmentado. A percepção fragmentada pode ter como consequência a atribuição preconceituosa da exclusividade da responsabilidade do uso de SPAs ao sujeito que ocupa o lugar de drogadito ou à sua família. Tal atribuição estereotipada pode servir de justificativa para internações desnecessárias ou processos de exclusão social.

*‘Muitos familiares alegam que precisam internar o dependente químico, mas se deve dar um olhar especial para o caso, para verificar se realmente há necessidade, pois muitas vezes não há, já que a internação é uma indicação específica’.*

Da mesma forma, o processo de fragmentação do fenômeno pode levar o grupo familiar a isolar no usuário de SPAs a responsabilidade por seu sofrimento, sem se dispor a participar do processo de tratamento. Nesse sentido, um dos entrevistados afirmou:

*‘As maiores dificuldades encontradas no tratamento com as famílias são suas ausências, sequer comparecem na instituição. O não comparecimento da família é bastante comum, a família entrega o paciente e se retira’.*

A literatura propõe que as abordagens familiares na drogadição possam ser através da psicoeducação e do tratamento da dinâmica familiar. A primeira refere-se às informações necessárias para o conhecimento da drogadição, suas características, modos de lidar para auxiliar o dependente químico. A segunda propõe um trabalho voltado para o jogo relacional que gira em torno de cuidados de um cuidador, pois para se definir como cuidador, este precisa de alguém para cuidar. Esta abordagem implica na oportunidade de cada membro envolvido se rever, propor e conquistar mudanças para obter êxito na recuperação e melhor

qualidade de vida (Steinglass, 1987; Edwards & Dare, 1999; Zampieri, 2004). Consideramos importante salientar que, nesse processo, os efeitos e produtos são necessários ao próprio processo que os gera, ou seja, cuidados, cuidador e cuidado são entendidos na dimensão da circularidade, o que não inclui a cristalização desses papéis em determinadas pessoas ou grupos desse sistema auto-organizado.

Ao averiguar como as famílias são abordadas nos centros governamentais de atendimento para os casos de dependência química, observamos incoerências que convidam ao estabelecimento de processos dialógicos. Mesmo afirmando unanimemente a necessidade do envolvimento da família no curso e no tratamento da drogadição, somente em duas, das seis instituições visitadas, oferecem um trabalho específico voltado à família/rede do dependente químico. Se todos os participantes deste estudo referem a importância da abordagem familiar, por que somente em duas, das seis instituições pesquisadas, este trabalho é realizado?

Cabe salientar que o estranhamento se amplia na medida em que nos detemos nas verbalizações dos técnicos envolvidos nesse trabalho e nas propostas das políticas que sustentam suas permanências, nas instituições dedicadas a esse tema. Questionamos se isso não se deve aos paradigmas que norteiam os pensamentos que favorecem as práticas nessas esferas. Pensamos que persistem as associações às lógicas racionais e lineares, nas quais os “especialismos”, os diagnósticos e a supressão de sintomas têm preponderância em relação aos projetos sociais de cada ator – aqui considerado parte e totalidade – desse processo.

### 3.3 A (DES)ATENÇÃO 2: A VIDA DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM DROGADIÇÃO

O fenômeno da toxicomania, como um problema de saúde pública, também invade as preocupações dos sujeitos formal/profissionalmente envolvidos nas instituições dedicadas a prestar serviços dessa natureza à população. Mesmo sendo um tema complexo, nossas relações sociais o fragmentam, atribuindo responsabilidades para alguns sujeitos da rede profissional que se sentem compelidos em assumir um protagonismo, quase heróico, numa dimensão linear. Tentam abordar o fenômeno linearmente, obedecendo a uma lógica de problema-solução (Lancetti, 1992) que não contempla complexamente essa instigante, intrincada e atual questão humana.

Ao conhecer mais proximamente as circunstâncias nas quais se estabelece a prática dos profissionais dedicados ao trabalho nesse campo, chama a atenção o fato de que somente, em duas instituições, das seis pesquisadas, observou-se a existência de uma equipe multidisciplinar considerada completa pelos participantes da pesquisa:

*‘Há uma equipe fixa, formada por uma psicóloga, dois psiquiatras, duas assistentes sociais, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem por turno, uma terapeuta ocupacional e uma secretária. Além destes, há residentes nas áreas de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, artes plásticas, educação física. Os residentes atuam especificamente na sua área de formação e têm supervisão.’*

Dois dos entrevistados ressaltam que nas suas instituições, além de existir uma “equipe completa”, com profissionais de áreas diferenciadas, há espaço para discussões e estudos sobre dependência química, com muita troca. Porém, esta não foi a realidade percebida pela maioria dos profissionais pesquisados nas outras quatro instituições. Estes têm a consciência da importância de “*um modelo de tratamento mais completo e qualificado*”. Ao descreverem tal modelo, caracterizaram-no como composto por “*mais técnicos com experiência na área*” e por “*um trabalho mais qualificado*”.

Por sua vez, a força de trabalho, como um dos eixos fundamentais do SUS, não tem sido contemplada nas reais necessidades, pois os profissionais têm sofrido nas suas relações de trabalho, na pouca remuneração e com a falta de qualificação.

Importante diferenciar o trabalho de uma equipe de profissionais que trabalha de forma multidisciplinar, a qual envolve diferentes profissionais que trabalham dentro de sua especificidade de modo complementar, sem permuta de saberes ou práticas e sem áreas de inserção; de uma equipe interdisciplinar, composta por diferentes profissionais que trabalham juntos, mantendo suas atuações específicas, com troca de informações dentro de áreas de inserção, o que permite a construção de novos saberes (Esteves de Vasconcellos, 2008). De qualquer forma, cabe ressaltar que a proliferação das disciplinas acadêmicas, por si só, fragmentam os saberes e impedem a obtenção de perspectivas complexas dos problemas humanos e dos desafios que nos são apresentados na atualidade (Morin & Kern, 1995).

Morin (2005a) refere que este tipo de saber ignora as interações entre os campos que estão fragmentados, impedindo as reflexões sobre os desafios, pois tentam resolver problemas vistos em termos já conhecidos por cada área. Desse modo, incorremos no engano de buscar a

eficácia pela eficácia, a partir de apenas uma lógica de compreensão. Esta opção empobrece as relações estabelecidas e impede a experimentação de uma racionalidade aberta, que ultrapasse o domínio das ciências tradicionais através de processos dialógicos com as artes, a interioridade, a literatura e a poesia (Carta da transdisciplinaridade, 2007).

A afirmação feita por um dos entrevistados – *‘fazer mais do que faço significaria colocar os tijolos e atender os pacientes’* – permite considerar outro dado relevante presente nos depoimentos coletados: a percepção de sobrecarga no trabalho que os leva a *‘desempenhar muitas atividades’*, sem contextualizar os espaços nos quais inscrevem tais tarefas e concretizar ações que as articulem às questões globais, as quais têm desafiado a vida e as possibilidades de construir modos de convivência que priorizem a sustentabilidade da vida digna. Tal intento não valoriza sobremaneira as possibilidades de escuta de todos os envolvidos no processo circular-recursivo de cuidar e ser cuidado.

*‘É muito difícil conseguir dar atenção a todas as necessidades devido ao número pequeno de profissionais e ao excesso de atividades. Já foram feitas solicitações para que haja mais algum profissional atuando, porém não se consegue.’*

Tal depoimento evoca a afirmação de Bauman (2007), quando estabelece críticas contundentes às formas de viver e conviver na pós-modernidade. Para ele, a pressa, a urgência e a produção desenfreada destroem outros modos de vida e, portanto, de forma indireta, os seres humanos que os praticam.

*‘É tanta sobrecarga de trabalho que na unidade de dependência química trabalham profissionais da enfermagem, os quais são os mesmos que trabalham em todas as unidades, sem preparo específico para a dependência química, juntamente com outros profissionais que configuram o mesmo quadro de despreparo.’*

Além do alerta e da preocupação deste depoente com as condições de trabalho impostas e o sofrimento que tais acarretam, é importante problematizar a referência à *“falta de preparo para lidar com dependente químico”*. Cabe perguntar em que consistiria este ‘preparo’ e como proceder para consegui-lo? Preparar-se implica aprontar-se antecipadamente. De algum modo, a urgência denunciada por Bauman (2007) parece manifestar-se nessa preocupação.

O contexto de trabalho no campo das políticas públicas exige eficácia e rapidez, ou seja, comprovação de produção de trabalho. Tais atributos são indicadores da qualidade dos serviços prestados e, muitas vezes, prescindem da reflexão e da crítica acerca das decisões tomadas, das ações empreendidas e dos seus efeitos. A cada novo encontro profissional com a questão droga, novas exigências e urgências emergem sem, necessariamente, haver mudanças estruturais nas condições para desenvolver o trabalho. Essas circunstâncias expressam-se constantemente nas falas dos participantes da pesquisa:

*‘Poucos profissionais na instituição trabalham nos grupos de dependência química, pois há um número pequeno de funcionários e também tem outras tarefas a serem executadas, como uma grande demanda judicial.’*

Neste caso, o operador dialógico poderia ser inspirador da efetivação de experiências coletivas para favorecer o processo de construção criativa de modos contextualizados e continentais das características das pessoas envolvidas. A possibilidade de pensar juntos (e de compreender) e articular formas peculiares de intervenção mostram-se como potente ferramenta de transformação das condições para planejar, gerir e avaliar o trabalho. Entretanto, de acordo com o depoimento abaixo, podemos constatar que, mais uma vez a ação cooperativa cede lugar à fragmentação:

*‘Nós nos envolvemos com nosso próprio trabalho, não tendo disponibilidade para conhecer os outros locais. Há necessidade de tempo e disposição para tudo que tem de ser feito’.*

Devido à percepção da necessidade de maior compreensão dos fenômenos que envolvem a questão da drogadição e inundam as práticas profissionais na área da saúde, uma característica comum a todas as instituições foi a busca autônoma e solitária de qualificação para este trabalho, fora dos muros da instituição. Neste caso, parece estabelecer-se perspectiva da indissolubilidade e a superação da condição sapiens/demens proposta por Morin (2007b), ou seja, “salvaguardar sempre a racionalidade no ardor da paixão, a paixão no coração da racionalidade, a sabedoria na loucura” (Morin, 2007b, p.159).

A procura de interlocuções revela necessidade de compreensão das possibilidades e limites da relação entre o sujeito e as tarefas as quais se propõem. Visitar outros cenários e

conhecer outros saberes pode promover a integração das diferenças apreendidas às tarefas desenvolvidas, transformando-as e conectando-as a outras realidades (Morin, 2007b). Ou seja, ao contatar outros códigos e modos de pensar o trabalho, estamos abrindo possibilidades de ampliação dos arranjos que articulam hábitos, ritos, crenças e projetos voltados para o tema em foco. Como demonstram os depoimentos abaixo:

*‘Uma colega buscou conhecimentos específicos sobre a dependência química, por conta própria. Fez formação na Escola de Saúde Pública, faz cursos e vai a congressos que debatem sobre a temática, periodicamente.’*

*‘Dediquei meu mestrado e doutorado na área dos comportamentos dependentes e considero que o aperfeiçoamento especializado em dependência química que fiz na Cruz Vermelha facilitou meu trabalho’.*

Parece determinante, nestes casos, a idéia de que as pessoas envolvidas no trabalho precisem articular estratégias que integrem inteligências, pensamentos e consciências desejosas de construir relações éticas pautadas pela solidariedade (Morin, 2005c). Suas práticas, então, serão reveladoras de novas possibilidades advindas do desejo de formular convivências e construir parcerias que superem e problematizem os obstáculos impostos pela frieza de normas descontextualizadas.

Outro dado relevante é que, além da qualificação profissional buscada “por conta própria” pelo profissional, os entrevistados ressaltam a escassez de recursos materiais para a realização de atividades cotidianas. É o que aponta o depoimento abaixo:

*‘Para a realização de oficinas terapêuticas fica a cargo dos profissionais aprender e executar as oficinas, além de ter de comprar, muitas vezes com próprio dinheiro, o material para a realização das atividades das oficinas.’*

Nesse exemplo, fica evidente que os processos vividos no sentido de organizar tarefas atinentes ao trabalho nesse campo incluem a convivência com contradições. Ao mesmo tempo em que se estabelecem compromissos formalmente instituídos apontando para a produção e efetivação de estratégias de cuidado integral, essas são obstaculizadas pelo próprio sistema que as propõe. O pensamento complexo não nos convida a eliminar, mas, sim, trabalhar com paradoxos e incertezas na busca de construção de experiências dialógicas. Através delas,

produzimos linguagens, códigos e conhecimentos ativos, abertos à diversidade e indagadores quanto aos princípios metodológicos, epistemológicos e, obviamente, éticos que norteiam nossas práticas.

O dia-a-dia de trabalho nos serviços de acompanhamento aos usuários de SPAs é encharcado dessas contradições. No decorrer da coleta de dados para o presente estudo, alguns relatos pareciam absurdos, pois denotavam rupturas radicais entre os objetivos formais, do trabalho, as necessidades verificadas e a identidade dos sujeitos/equipes envolvidos/as:

*‘Ainda que haja profissionais que escrevem sobre e trabalham com a temática fora da instituição, aqui não executam seus saberes. Quando esses profissionais são interrogados sobre os motivos de não trabalhar a questão da dependência química na instituição, já que são especialistas, dizem que não dá porque aqui não tem dinheiro, sendo difícil e por isso não dá’.*

Esse depoimento implica pensar em mais um processo de fragmentação: o lugar das especialidades nas práticas direcionadas ao usuário de SPAs. Como afirma Neubern (2003), os dramas protagonizados pelos sujeitos envolvidos com drogadição não se restringem a um campo de compreensão e intervenção. Assim como em qualquer aspecto da vida humana, o cuidado requer práticas generalistas e integrais. O sujeito que se dispõe a ocupar o lugar de trabalhador da saúde põe-se diante do desafio de olhar a totalidade para encontrar justificativas para suas práticas. Entretanto as práticas humanas apóiam-se em diferentes visões éticas e estéticas de mundo, por isso:

*‘Há alguns profissionais que encontram espaço para tentar fazer algo no sentido de contribuir para a melhora destes pacientes, mas me preocupo, pois aqui só duas pessoas estão interessadas em trabalhar com a questão da dependência química’.*

Desse modo, cabe indagar quanto à efetivação de tais práticas na interlocução com as políticas públicas, visto que, no presente estudo, buscamos identificar as articulações das experiências dos participantes no que tange ao contato com as famílias dos usuários dos serviços.

### 3.4 A (DES)ATENÇÃO 3: O CONHECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A DROGADIÇÃO

Nos seis serviços pesquisados, três adequavam-se às orientações das principais políticas que regulam o setor no que se refere às características principais do trabalho em comunidades terapêuticas, hospitalização/internação e em CAPS -Centro de Atenção Psicossocial (Brasil, 2006). Porém, de acordo com os dados coletados, as seis instituições foram descritas como limitadas. Dentre as restrições enunciadas, destacaram-se a exigüidade de recursos financeiros e da formação das equipes envolvidas no trabalho. Tais limites foram ressaltados especialmente no que se refere à inserção do acompanhamento familiar. De acordo com um dos participantes:

*‘A instituição tem dificuldades financeiras e falta de apoio. Não tem condições para implementação do atendimento familiar. Já fizemos pedidos de recursos através de projetos, mas foram negados.’*

As dificuldades financeiras também são importantes. Como refere Batista Júnior (2007), o SUS enfrenta problemas, pois o que lhe é destinado é absolutamente insuficiente. As perspectivas de poucos recursos e apoios são acrescidas da crescente demanda para atendimento. Um dos participantes afirmou que o número de pessoas atendidas extrapolava muito os números oficiais prescritos para atendimento. Disse: *‘Nossa região deveria abarcar 210 mil habitantes e estamos com 346 mil.’* Essa constatação implica sentimentos de contínuo abandono e isolamento em relação à rede formal de apoios à prestação de serviços no âmbito das políticas públicas.

As ações profissionais mostraram-se heterogêneas. Entretanto são quase unânimes os relatos de práticas descritas como “ensaio e erro”, ou seja, intervenções produzidas a partir de inferências de que poderiam dar certo e, por isso, deveriam ser tentadas. Ademais, muitas delas tinham como base projetos isolados, demonstrando a falta de articulação com outros saberes/instituições/profissionais/legislação. Nas palavras dos entrevistados, *‘os órgãos públicos não estão interessados em investir neste tipo de trabalho’*, o que faz com que o auxílio seja precário e o processo de ajuda lento.

Além disso, os conteúdos das entrevistas evidenciam o desejo de mobilização coletiva para tensionar o poder público e transformar o contexto de abandono. Alguns entrevistados

relataram que tomaram a iniciativa isolada de produzir um documento, no qual, reivindicavam a efetivação de um “*programa de tratamento para os dependentes químicos*”, mas essa não surtiu o efeito esperado, pelo contrário, resultou em acirramento do sentimento de abandono.

*‘Há muita demanda para o tratamento, mas as frustrações começam a surgir devido aos obstáculos que aparecem como condições financeiras. Há cerca de quatro anos, tentamos obter verba com um projeto, mas foi negado. Atualmente, não temos para onde recorrer, pois está tudo fechado e o Estado está cortando custos’.*

No que se refere à relação com o Estado, os entrevistados descrevem sua preocupação com a desarticulação entre os poderes. Segundo eles, não existe clareza quanto às atribuições e quanto aos recursos públicos disponíveis. Desse modo, as questões demandadas são rapidamente encaminhadas sem atentar à multiplicidade de implicações dessa decisão. Se por um lado existe a tentativa de encaminhamento, também; por outro, evidencia-se a significação do fenômeno como problema que precisa ser resolvido rapidamente. Além disso, não são consideradas questões práticas, como, por exemplo, o número de leitos disponíveis em comparação com a quantidade de encaminhamentos para internação efetivados.

*‘Ainda que o juiz mande para a internação, terão de esperar por um leito, pois estão todos ocupados’.*

A indignação dos depoentes exacerba-se quando não são consideradas as especificidades de cada serviço e, conseqüentemente, não são vislumbrados modos de articulação solidária entre eles. Tal desconsideração se dá, mais uma vez, à revelia dos textos oficiais que proclamam a necessidade de intersetorialidade nas práticas no campo da saúde e da assistência. Por exemplo, dentre as diretrizes da SENAD (2007), encontram-se: promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional.

*‘Eu me sinto só para realizar o trabalho, sem ter uma instituição semelhante e sem o apoio das outras. Participo das reuniões das instituições, mas quando tento expor o que penso, dizem que faço um trabalho bonito, mas que tenho de continuar só. Não vejo que meu trabalho seja valorizado nem reconhecido’.*

Outro ponto evidenciado na coleta de dados é que, muitas vezes, existe desconhecimento quanto às peculiaridades das políticas públicas, suas atribuições, as estratégias propostas e, até mesmo, quanto à caracterização de cada recurso da rede. Uma das pessoas entrevistadas revelou desconhecer as especificidades das políticas públicas voltadas para a dependência química e comprova tal desconhecimento ao não considerar as diferenças entre CAPS, CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da infância e adolescência) e CAPS álcool e drogas. Na mesma direção, está a fala abaixo:

*‘Estou trabalhando neste setor há pouco tempo e conheço pouco o trabalho com dependência química neste local. Não conheço todos os serviços que atendem dependência química na cidade, os quais são poucos, principalmente serviços públicos da prefeitura, que seriam os CAPS.’*

Neste caso, o desconhecimento parece não atuar como potencializador da busca de interlocução com outros saberes, mas denuncia processos recursivos de produção de impotência paralisante, muitas vezes, reforçada pela burocratização exagerada do sistema como um todo. Um dos participantes afirmou que seu desejo de trabalhar é freqüentemente obstaculizado pela lentidão imposta pelos rituais burocráticos.

*‘A verba não vem diretamente para nós. Aí aparecem questões burocráticas financeiras nada práticas. Se for necessário comprar algo, a solicitação é repassada. Lá passa por um processo até que seja permitida a compra. Há dificuldades para comprar materiais para as oficinas, agilizar processos e comprar coisas diversas, de manutenção. As situações são dificultadas devido à burocracia.’*

Para ilustrar essa questão, alguns participantes utilizaram como exemplo a questão do convênio entre municípios e Comunidades Terapêuticas para internação, dentro das diretrizes do SUS. Segundo os informantes, o processo de realização desta parceria caracteriza-se por uma lenta, intrincada e paralisante tramitação. Referiram ainda que as atividades de fiscalização das possibilidades de execução das propostas, muitas vezes, impedem a implementação dos convênios.

*‘A coordenadora que assumiu o caso de convênios com Comunidades Terapêuticas, com muito empenho tentou conseguir o convênio. Foi estipulado um prazo. Até 30 de dezembro daquele ano, se não houvesse assinatura até aquela data o convênio seria perdido. E foi’.*

Todos participantes reconhecem e validam um tratamento continuado com o drogadito, e para tal realidade ser efetivada é óbvia a necessidade de contínuos processos de reorganização da rede básica de saúde. Porém, foi unânime a percepção de muitas falhas no funcionamento atual pelos participantes, dentre essas, o trabalho solitário e fragmentado, “a ausência de conhecimento sobre dependência química na rede básica de saúde” e a carência de ambulatórios especializados, os CAPS álcool e drogas. Além disso:

*‘Os postos de saúde são deficitários e uma grande parcela não tem psiquiatras. Há necessidade de recursos humanos para que haja um bom funcionamento da rede pública. Os postos de saúde possuem um só médico que comparece uma vez por semana e, muitas vezes, não tem psicólogos no local. Soma tudo e dá um funcionamento ruim’.*

Tal avaliação confirma-se na dificuldade de desenhar estratégias que contemplem a grande demanda para atendimento. Os assustadores números substantivados nas listas de espera para atendimento também são barreiras às iniciativas de reverter o processo de massificação da desatenção.

*‘Há muitos obstáculos e poucas escolhas. Um psiquiatra de uma instituição da rede se propôs a atender nossos pacientes dependentes químicos. Só que ele avisou que havia 16 mil pacientes a serem atendidos e que, assim, levaria cerca de dois a três meses para atender os nossos e não teria estimativa de quando poderiam ser marcadas novas consultas’.*

Essa dificuldade é bem salientada e existem depoimentos que afirmam ser recorrente o fato de que significativa parcela da população não se dirige à rede básica, fato que dificulta um trabalho preventivo. Isso implica na desinstituição dos objetivos do trabalho em atenção básica, pois o agravamento dos quadros não atendidos nesse nível leva a um processo de saturação dos setores secundários e terciários, como se evidencia na seguinte manifestação:

*‘Outra dificuldade é a falta de vagas para internação, pois alguns pacientes precisam do ambiente fechado para se desintoxicar, principalmente os alcoolistas que correm risco de morte, se desintoxicar ambulatorialmente. E, caso um desses pacientes seja encaminhado a um postão, mesmo com risco de suicídio, homicídio, estão sujeitos a não terem vagas. Isto denota a gravidade da situação’.*

Finalmente, o trabalho em rede é salientado como uma possibilidade de ação compartilhada. As tentativas se dão em diferentes espaços da rede de saúde e existem inúmeras possibilidades de conexão. Foi ressaltado o contato com colegas no sentido de buscar atendimento nos CAPS, vagas para internação e troca de informações. Um dos informantes afirmou que muitas vezes lança mão de “*técnicas comportamentais de persuasão do colega*”, traduzidas em ironias ou ameaças para conseguir fazer avançar os processos de atendimento da população.

Foi lembrado ainda que, muitas vezes, essas iniciativas são personalizadas em alguns protagonistas específicos, o que não deixa espaços para a continuidade das conexões no caso de este ator não mais participar da rede. Citaram como exemplo o caso de uma juíza, cuja saída desarticulou o trabalho por ela construído até então.

As questões partidárias e ideológicas também foram alvo das narrativas coletadas. As trocas de gestores devido às mudanças partidárias interrompem trabalhos iniciados na gestão anterior, assim como troca de partidos políticos, os quais, com ideologias diferentes, propõem um constante reinício sem continuidade do trabalho na rede. As divergências ideológicas e os preconceitos decorrentes da indisponibilidade para o estabelecimento de uma visão complexa dos cenários políticos acarretam situações que beiram o bizarro. Um dos participantes relatou que, devido ao fechamento da unidade de internação, houve a necessidade de transferir os leitos psiquiátricos para outra instituição.

*‘Levaram os colchões usados para outro hospital que não tinha nenhuma estrutura para o trabalho com dependência química. Esta foi a referida transferência: de colchões velhos.’*

Na sociedade contemporânea, o estímulo ao individualismo passa pela questão financeira, pois somente ricos e poderosos teriam as benesses impostas e propostas pela sociedade de consumo (Bauman, 2005). Assim, o mercado atua como intermediário das relações humanas, inclusive das políticas que as regem. Para tal, Morin (2007a) aponta duas

globalizações. A primeira sustenta-se no lucro, enquanto que a segunda dá indícios do surgimento de uma consciência de cidadania. Ambas são antagônicas e inseparáveis, portanto, favorecem a dialógica.

Na esteira dessas duas globalizações aparecem globalizações parasitas e corrosivas: a das máfias, especialmente a da droga, a da evasão e da sonegação fiscal, enfim, a de uma rede de terror sem Estado nem fronteiras que, visando à hegemonia do Ocidente, tende a arruinar as duas globalizações principais (Morin, 2007a, p.235).

Nesta perspectiva, os participantes referem-se ao poder decisório dos dirigentes públicos, comumente, vinculado às questões financeiras, como no exemplo a seguir:

*‘Acho uma lástima as pessoas que têm o poder decisório político não serem técnicos, especialistas ou suficientemente inteligentes para dar atenção ao que os especialistas dizem. Dão ouvidos a ideologias e ao dinheiro. As indústrias farmacêuticas de cigarro e de álcool movimentam muito dinheiro’.*

Outra questão avassaladora que dificulta o trabalho existente é o crescimento do uso de *crack* pela população, situação que necessita ser melhor pesquisada e discutida diante de toda perspectiva da complexidade. Podemos associar este fenômeno, por um lado, com a expressão trazida por Morin (2005d), que se refere ao ‘calor cultural’, ou seja, à intensidade de trocas, polêmicas entre opiniões, concepções. Entendemos que o problema da drogadição está ‘esquentando’ sem que se tenha encontrado, ainda, propostas intencionais de dialógicas que produzam alternativas para se consolidar como a política emancipatória.

*‘Veja que houve o aumento de mais de 100%, em cinco anos, do uso de crack. Não é uma casualidade, a questão é que não se faz muita coisa a respeito desta situação’.*

Diante da perspectiva complexa, é importante articular o crescimento do fenômeno com o abandono das finalidades das propostas a longo prazo, tentando responder às necessidades mais urgentes e desconsiderando as ações em profundidade em prol de ações imediatas e superficiais (Morin, 2007b).

*‘Quanto ao crack, não há prevenção primária, rede básica de saúde, ambulatório especializado ou quantidade suficiente de CAPSad, e nem unidades de internação. A situação está mascarada, como se o uso do crack não fosse doença, como se não precisassem de exames’.*

O imediatismo contemporâneo, na perspectiva hologramática, contém o ‘refúgio humano’ descrito por Bauman (2005):

Confrontados pela intimidante tarefa de ganhar os meios para sobrevivência biológica, enquanto se vêem privados da autoconfiança e da auto-estima necessárias para a sustentação da sobrevivência social, eles não têm motivo para contemplar e saborear as distinções sutis entre o sofrimento planejado e a miséria por descuido (Bauman, 2005, p.54).

A construção desses contextos de sofrimento, miséria e abandono é denunciada pelos participantes da pesquisa quando se referem à adesão dos profissionais ao cuidado com usuários de *crack*. Podemos dizer que o refúgio humano também aparece nas poucas oportunidades de tratamento, como nas seguintes falas:

*‘Um especialista me disse que trabalha só com álcool, pois não está havendo resposta positiva com o trabalho com dependentes de crack’.*

*‘Está muito difícil lidar com pacientes de crack, há locais que não os aceitam. São aceitos apenas os alcoolistas, isto é, só querem trabalhar com loiro de olho azul’.*

Estas questões levam-nos à reflexão sobre os efeitos dos modos de viver contemporâneo que redundam na produção da miséria e refúgio referidos acima. Cabe salientar que essas circunstâncias atravessam os significados sociais sobre a drogadição e, conseqüentemente, as questões referentes à formação e qualificação profissional. Dentre estas, sobressai a produção e cristalização de antagonismos, cujo efeito evidencia-se na manutenção de posturas rígidas e não dialogais quanto às abordagens de intervenção. É o caso do debate acerca das estratégias convencionais para o tratamento de drogas e a proposta de redução de danos.

### 3.5 A (DES)ATENÇÃO 4: AS IDÉIAS FRAGMENTADAS DE TRATAMENTO PARA A DROGADIÇÃO

Em relação aos consumidores de SPA, Bravo (2003) propõe que há duas realidades instituídas: delinquentes ou doentes, ou seja, ou recebem tratamento ou penalização. Há, ainda, a dimensão política do contexto da drogadição através do crescimento ou retrocesso de determinados discursos e projetos conforme os interesses setoriais ou eleitorais. Este mesmo autor ressalta os dois discursos:

- Discurso dominante: tradicional, de inspiração americana no modelo da abstinência, do controle social, com estigmatização do dependente químico como delinquentes ou doente. Esta é a grande parte das práticas nas instituições públicas e privadas no Brasil, América Latina e EUA.

- Discurso denominado Redução de Danos: modelo no resgate da cidadania e reinserção social dos dependentes químicos, por meio da promoção de melhoria da qualidade de vida, visando minimizar as conseqüências nocivas do uso de SPA.

As propostas oficiais para o fenômeno da drogadição já se mostram incongruentes e dissociadas ao referir como estratégia de política pública a Redução de Danos e a internação em Comunidades Terapêuticas. Como esta última propõe a abstinência através de internação, as alternativas podem parecer antagônicas. O modelo de Redução de Danos visa diminuir riscos, as conseqüências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, sua família e sociedade como um todo. Ao percebermos antagonismos nas propostas oficiais, também, verificamos dialógicas, visto que um usuário que inicie um trabalho com Redução de Danos pode sentir a necessidade de uma internação e optar pela abstinência, assim como outro, que esteve os nove meses internado, pode optar pela Redução de Danos de seu uso de SPA.

Nas instituições pesquisadas, percebemos outra dicotomia em relação à abordagem teórica voltada ao tratamento para drogadição: nas instituições em que havia um tratamento específico para internação, o posicionamento dos profissionais era de que o trabalho voltado para a abstinência e com abordagem cognitivo-comportamental era o mais eficaz.

*‘O modelo de comunidade terapêutica brasileiro é inspirado no americano, comportamental. Após nove meses de internação, há uma simbologia de que ‘nasce um novo homem’. No exterior há várias comunidades semelhantes. Lá é um modelo mais completo,*

*possui mais técnicos com experiência na área. Esse trabalho mais qualificado pode reduzir o período de internação do usuário.*’

*‘Quer dizer, pra pessoa, acredito que aquele modelo que a gente recebe, aquela coisa da abstinência que a gente busca. Embora vocês me coloquem esta pedra no sapato - a Redução de Danos - eu to nessa ainda aqui, né? Acredito no modelo da abstinência.’*

Já nas instituições em que o tratamento é ambulatorial, o olhar dos profissionais era voltado para a redução de danos como forma mais adequada de tratamento para a drogadição. Como exemplo, os participantes trazem que:

*‘Por exemplo, se eu vou atender um cara com cirrose, com hepatite C, eu vou dizer pra ele “olha se tu continuar bebendo, tu vai ter muitas chances de desenvolver um câncer linfático, se tu continuar bebendo tu em seguida não vai poder nem tomar água, nem comer toda a carne que tu come, nem comida com sal”, mostro as fotos de quem fica com ‘acite’ e digo pra ele: “olha mesmo que tu viesse aqui pra parar com a maconha, acho que tem que começar é com o álcool que é isso que tá te prejudicando mais no momento”.’*

*‘Era o envolvimento de uma funcionária que trabalhava, que tá aposentada, com dependência química. Ela trabalhava com a questão de não usar nada, né? Abstinência total... Não funciona, né? Com certeza não.’*

Essas falas reportam-nos ao conhecimento que está na cultura e a cultura está no conhecimento (Morin, 2005d). Os participantes exprimem seu olhar sobre a perspectiva teórica mais adequada para o trabalho com drogadição com a convicção do seu conhecimento e de suas vivências nas suas instituições de origem. Como o conhecimento pode ser legitimamente concebido como o ‘produto de interações bioantropo-socioculturais’ (Morin, 2005d, p.25), sobressai à dialógica, devido à existência de antagônicos pontos de vista. Observamos participantes que só trabalham e acreditam nos resultados de uma intervenção voltada para a abstinência; outros que só lidam com a abordagem de redução de danos e outros que, conforme a diversidade dos usuários, acreditam que não é significativo abordar diretamente o uso de SPA, mas outras questões da vida do drogadito:

*‘Os CAPS são muito poucos e os poucos que existem não conhecem a terapia cognitivo-comportamental, que propõe a abstinência e é a mais efetiva para o tratamento de dependência química.’*

*‘E então era complicado, era uma coisa bem comportamental. O que a gente via? Os grupos iam funcionando e daqui a pouco começava a não ter mais ninguém. Por quê? Se a terapeuta soubesse que usou drogas, mandava fazer screening toda a semana, né? Aquela coisa bem policalesca, assim. Então não tem como, eles vão embora...olha, tem uma vila aqui atrás que trabalha com drogas...que é um monte de traficante. A gente trabalha com Redução de Danos, é o que adianta.’*

*‘A gente não tá preparado pra criar um grupo, por exemplo, específico em dependência química, até porque eu acho que cairia no que era antes, que a gente já teve essa experiência. Talvez seja por isso que não tenha dado certo, em lugar nenhum, atendimentos em dependência química, eles não vinculam mesmo. Acho que ainda ninguém encontrou a fórmula, de trabalhar assim, mas eu penso que é não focar a questão da droga mesmo né, nem mesmo pra fazer um grupo que seja só de dependentes químicos. É assim: deixar isso não ser tão importante, desviar o foco porque ele já é cobrado de todo mundo, né?’*

Estas três visões diferenciadas levaram-nos a pensar o quanto a vivência do profissional com determinado tipo de trabalho e ‘clientela’ faz com que ele tenha uma visão de mundo, um olhar generalizante. Todos os entrevistados colocaram sua forma de trabalhar: abstinência – redução de danos – a exploração de temas transversais ao uso não focando as SPA, como a mais coerente e eficaz para o problema da drogadição. A presença de contradições indica o erro lógico voltado ao pensamento linear, que tenta reduzir ou eliminar paradoxos.

Desta forma, na maioria dos entrevistados, observamos uma percepção fragmentada e inibidora de um intercâmbio de conceitos terapêuticos. Porém, houve participantes que se propõem ao intercâmbio de possibilidades, promovendo a alternativa de outra visão: nem sendo rígido com o foco na abstinência, nem na redução de danos, sem fragmentar seu conhecimento, mas entendendo que há uma pessoa em atendimento como visto nas seguintes opiniões:

*‘Então eu... eu sento na mesa com o pessoal da Redução de Danos, até participo de um grupo, sabe? Vou lá... não é no que eu acredito, enfim, mas acho a gente tem muito a ver com eles, entende? Como outras formas de lidar com a situação. ’*

*‘E tem a importância de se levar em consideração o tipo de clientela do local, é importante diferenciar o trabalho de cada local e qual público específico que cada instituição trabalha. Não se podem generalizar os dados coletados numa só instituição, temos que diferenciar as realidades dos diferentes serviços. ’*

*‘E este é o resumo do lamentável quadro das políticas públicas atuais... ’.*

Sendo assim, podemos afirmar, apoiados no pensamento complexo, que não há única abordagem terapêutica que seja totalmente satisfatória, nem pessoas que se adequam ou se beneficiam com a mesma proposta de trabalho. Gerhardt (2006) afirma que as escolhas de determinadas abordagens de tratamento são complexas, devendo-se levar em conta o contexto no qual o indivíduo está inserido. Esta questão reporta-nos às redes sociais como mais uma das facetas do holograma do fenômeno da drogadição no mundo contemporâneo.

### 3.6 A (DES)ATENÇÃO 5: A HUMANIDADE DAS REDES SOCIAIS NA DROGADIÇÃO

As redes sociais têm como principal função as interações entre seus membros. Sendo assim, dão sentido às vidas das pessoas que se inter-relacionam através dessas interações: familiares, amigos, colegas, inimigos, todos que participam da construção da identidade dos membros.

Há longo tempo, as redes têm sido metáforas úteis para designar uma forma de relação humana na qual se estabelece unidade complexa. Já no século XIII, existem registros quanto a ações dos inquisidores, baseadas em rede, para detectar alianças de produção e disseminação do que denominavam heresia (Brooks, 2003). A partir de então, inúmeros autores têm se ocupado desse conceito para subsidiar seus estudos acerca dos modos de relação social da humanidade – as chamadas redes sociais.

As redes sociais podem ser vistas como partes ou, de modo amplificado, como uma trama de relações interdependentes. Assim, podemos considerá-las como um sistema formado por diversas partes inter-relacionadas, constituído por elementos diversos, com qualidades

próprias. Este sistema pode ser decomposto ao mesmo tempo em que forma uma unidade, uma noção do todo.

De acordo com Sluzki (1997), as redes sociais podem ser estimuladoras de recursos saudáveis quando se percebe a existência de possibilidades necessárias para realizar as diversas tarefas, havendo suporte social, promovendo os sentidos de cuidados e autocuidados. Segundo este autor, este seria, o ‘círculo virtuoso’ (Sluzki, 1997, p.67), referindo-se a uma rede estável e geradora de saúde. Outra forma da rede funcionar seria através do ‘círculo vicioso’, refletindo uma rede truncada, sem fluxo, geradora de inseguranças, solidão, também participando da formação de identidades, mas geradora de doença. Tal modo de configurar as relações em rede enseja a proposição de articulações entre as perspectivas polarizadas/antagônicas. Dessa forma, poderemos encontrar, no que é denominado “vicioso”, linhas de fuga e articulações não esperadas, promotoras de emancipação. Por sua vez, círculos considerados, unanimemente, como virtuosos podem ser pautados por normatizações preestabelecidas, que engessam as relações e obstaculizam processos de construção criativa de espaços de atenção às especificidades da vida de cada sujeito envolvido nos campos de inserção de trabalho.

Passamos a fazer uma articulação entre as falas dos entrevistados com os círculos vicioso e virtuoso, entendendo-os como parte e todo de uma realidade complexa que promove, de modo recursivo, sua auto-organização. Morin (1998) coloca que o processo social é um círculo produtivo ininterrupto, no qual os produtos são necessários para a produção daquilo que os produz. Entendemos, então, os círculos vicioso e virtuoso na perspectiva do holograma e optamos por integrar os conceitos propostos por Sluzki (1997) para que a dicotomia, proposta em sua caracterização das redes, favoreça a explicitação de dialógicas possíveis no processo de articulação dos elementos envolvidos no complexo campo da drogadição.

Os participantes da pesquisa, de modo geral, falam de uma ampla dimensão do trabalho de redes. Podemos distinguir segundo Sluzki (1997) três distintas maneiras, aqui descritas como:

### 1-Rede Familiar e Pessoal:

Referem-se às pessoas da família, amigos e cuidadores.

Como ‘círculo vicioso’, promotor de interações que mantêm a drogadição de um dos membros da rede familiar e pessoal, podemos exemplificar com as seguintes falas trazidas pelos participantes deste estudo:

*‘Mas, assim, o que a gente percebe: a família, a maioria, muitas vezes é mais doente do que eles, também. Ou porque a família já tinha toda essa disfunção e aí vem a dependência... ou a dependência torna a disfunção...acho que se retroalimenta ali, né? É, dos dois lados...’*

*‘Na atualidade, sabe-se que o problema da drogadição não está desvinculado da família. E aí chegamos à conclusão que, na verdade, talvez o que aconteça que ele recaia tanto, é que a família ajuda ele a recair, porque enquanto está recaído quem cuida do dinheiro dele são os familiares’.*

O ‘círculo vicioso’ descrito nos exemplos acima pode perpetuar tanto o lugar do drogadito quanto das pessoas mais próximas da sua rede em papéis cristalizados, que implicam visões distorcidas. Todavia, o ‘círculo virtuoso’ da rede mais próxima pode se caracterizar por interações que promovam mudanças nas relações entre os sujeitos parceiros de projetos, seja no âmbito formal como informal da vida humana. Os participantes contribuíram com as seguintes observações:

*‘Mas tem outras famílias que realmente se preocupam, que participam, que trabalham junto com o paciente, que orientam.’*

*‘É uma minoria que vem sem ninguém da rede, porque se não tem família a gente tem uma rede, né, que atende, dá assistência a este paciente. Muitas vezes vai ser a namorada... Um amigo... Vai ser a rede, né, nem sempre é exatamente a família, mas na grande maioria vem um dos pais, mais freqüentemente a mãe.’*

Esses exemplos mostram que o entendimento dos processos das redes, no que se refere às articulações da família com os serviços públicos de atendimento aos usuários de SPAs, não pode prescindir do estabelecimento da integração dialógica das perspectivas virtuosa e viciosa. Tal proposta exige das equipes envolvidas problematizações quanto aos fazeres e aos

valores que as justificam e aberturas a outras idéias referentes a abordagens teóricas e práticas. A necessidade de entrelaçar o que aparentemente está separado e a impossibilidade de dissociar parte e todo produz o entrelaçamento do fenômeno ao complexo. Nesse sentido, reflexões problematizadoras efetivadas pelos ativadores de um processo de transformação transformam-os, também, em protagonistas de transformações de si em contexto (Morin, 1997).

## 2- Rede Profissional-equipe:

Poderíamos afirmar que as equipes vinculadas à rede profissional que realizam suas práticas com um trabalho voltado à drogadição operam através de um ‘círculo vicioso’ quando observamos, por exemplo, profissionais sobrecarregados de trabalho e com poucos apoios para enfrentar os desafios associados ao tema. Entretanto, numa perspectiva complexa, suas falas denotam a impossibilidade desse reducionismo.

*‘Temos poucos profissionais para dar conta de tudo.’*

*‘O pessoal que trabalha lá é o mesmo que trabalha em todas as unidades, não tem nenhum preparo em relação à dependência química.’*

*‘Acho que a primeira dificuldade importante é a carência da rede básica de saúde com relação a conhecimento de dependência química.’*

Ao proporem a qualificação da equipe profissional, abrem-se as possibilidades de articulação com novas formas de pensar e, conseqüentemente, dos participantes relacionarem-se entre si e com os usuários do sistema de saúde. Assim, o sentimento de desamparo articula-se a tentativas de trabalhar de modo inter e transdisciplinar, a trocar reflexões, a se qualificar, a aceitar e enfrentar o desafio da incerteza. Nessa perspectiva, abrem-se espaços de escuta e emergem questões que possibilitam a percepção das características de cada usuário, adequando sua abordagem terapêutica à situação apresentada pelo drogadito. As tentativas de vivências neste tipo de processo, que poderia ser designado de ‘círculo virtuoso’, são observadas nas seguintes falas:

*‘Então tem uma equipe que pegou junto, sabe, que está aqui, que trabalha motivada, que gosta de fazer o que faz.’*

*‘A gente tem uma equipe fixa, essa equipe fixa é formada por: uma psicóloga, dois psiquiatras, duas assistentes sociais, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem que são três por turno, uma terapeuta ocupacional e uma secretária.’*

*‘Nós temos assim, nas sextas-feiras, tem uma reunião que é com toda a equipe, então entra o guarda, a auxiliar de limpeza, a auxiliar de enfermagem, as meninas da recepção, todo mundo participa dessa reunião.’*

A organização do todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes consideradas isoladamente. As trocas entre os diversos membros da equipe profissional estimulam reflexões que levam, num movimento espiral, à obviedade da necessidade de atentar para a articulação com instâncias amplificadas, tais como os recursos existentes na comunidade.

### 3- Rede Profissional- recursos da comunidade:

Como já mencionamos, o pensamento compartimentado e mecânico, muitas vezes, caracteriza os saberes e agires humanos. Desse modo, na relação com a comunidade, podem se estabelecer ações que favoreçam desarticulações. Por exemplo, percebemos que diversos profissionais não conhecem todos os recursos disponibilizados, fato que dificulta encaminhamentos, trocas e articulações. Se considerado isoladamente, poderia ser designado como “circulo vicioso”. Nas falas dos participantes deste estudo:

*‘Tenho necessidade de conhecer e buscar os diferentes recursos da cidade.’*

*‘A própria Vara da Infância confunde nossa instituição com abrigo.’*

Outro aspecto gerador de ansiedade dos profissionais, além do desconhecimento inter-instituições, refere-se à falta de apoio, entendida como desinteresse das instituições governamentais em investir em recursos materiais ou humanos:

*‘Não há apoio para os programas de tratamento de Comunidades Terapêuticas em geral, masculinas e femininas.’*

*‘Com relação à carência também de recursos humanos, tu vai num posto de saúde que tem um médico que vem uma vez por semana, que às vezes copia receitas, transcreve receitas, às vezes não tem um psicólogo no posto, então funciona muito mal.’*

Assim compreendido, o círculo permanece ‘vicioso’ e gerador de sofrimentos, tanto para os usuários, que terminam por ser precariamente atendidos, quanto pelos profissionais, que se sentem impotentes e paralisados. A ausência de espaços de dialógica revela a inexistência de comunicação continuada e acompanhamento dos casos atendidos:

*‘Eu acho que uma das dificuldades também é essa interação com a comunidade que a gente ainda não tem. O sonho nosso é que um dia o nosso vizinho venha pra nossa assembléia, né, e que o dono do estacionamento venha na assembléia, que dê palpite, dê sugestões e trabalhe conosco. Então eu acho que isso ainda é uma coisa que a gente não está conseguindo fazer.’*

Além da inexistência de espaços de dialógica com a comunidade, um fator agravante para o ‘círculo vicioso’ é o número limitado de vagas na rede básica de saúde para realizarem os atendimentos, não havendo disponibilidade para quem necessita, revelando o desgaste dos membros da rede:

*‘No processo de alta, o sujeito é contra-referenciado ao profissional da saúde que o mandou, com sugestões de estratégias e procedimentos que devem ser mantidos. O que acaba acontecendo: as pessoas não vão pra rede básica, porque ela não existe e acabam tendo seu quadro agravado e tem que ir para um atendimento terciário, que é uma internação.’*

*‘Prevenção primária, não existe... Aí tu vais dizer o quê? Imagina: não existe prevenção primária, não existe rede básica de saúde, não existe ambulatório especializado ou quantidade suficiente de CAPs ad, não existe unidade de internação... Essa é a situação.’*

Os processos de compreensão desse fenômeno não podem deixar de ser associados aos contextos da sociedade de consumo na qual estamos inseridos. Esta estimula a venda das SPAs de modo abusivo, apesar das conseqüências danosas já apresentadas, que revela um modo de vida violento, voltado para o consumo, distorcendo valores e corrompendo governos (Pulcherio, Bicca & Silva, 2002). Como se manifestam os participantes da pesquisa:

*‘São as indústrias que mais movem dinheiro, junto com a farmacêutica: álcool, tabaco, e aí claro, num país que existe mensalão, e o governo sobrevive após uma denúncia de mensalão, né, que deveria ter sido feito um impeachment, inclusive.’*

*‘Naquela área tem muito tráfico, muita droga e não tinha uma creche comunitária perto, nada que pudesse dar conta das crianças. As mães saíam pra trabalhar e a situação que estava acontecendo é que as crianças de 6, 7 aninhos estavam assim: o lazer delas, elas estavam sendo ocupadas por um traficante que ensinava elas a fechar trouxinhas de cocaína com areia, assim já preparando, né.’*

*‘É então assim, onde está a sociedade nesse momento? Não acho que não dá mais pra ver coisas... Só o Estado, o Estado. O Estado está quebrado! Mas onde está a sociedade de ver isso e fazer assim ó: “vamos ocupar essas crianças com outras coisas”, porque essas crianças já estão sendo doutrinadas né, então daqui um pouquinho elas já sabem fechar trouxinhas elas vão fazer aviãozinho pra entregar a droga né? Na verdade são balas de canhão porque vão estar desde pequeno já se expondo ao risco e sendo até meio que escravizados...’*

Entendemos estas falas como um apelo aos membros de toda rede social para se mobilizarem e produzir estratégias de superação dessa questão. Trata-se de um contexto no qual se estabelecem, cotidianamente, relações abusivas, exploratórias e mal-tratantes. Há necessidade de articulações que priorizem as parcerias entre as instituições e disponibilizem, assim, uma rede profissional ampliada, com profissionais trabalhando na perspectiva da transdisciplinaridade:

*‘Então a gente vai acompanhando, na medida em que o paciente vai evoluindo, a gente vai espichando o tempo que ele fica fora daqui. E vai trabalhando as possibilidades de ele se inserir nas coisas que tem mais perto da casa dele, as atividades que ele pode fazer fora daqui, ajuda a arrumar emprego... Às vezes tem que fazer um currículo. Aqui a gente faz, até recorta anúncio de jornal pra dar pra eles.’*

*‘Então cabe um sonho, a gente sonha, né? Que tenha uma equipe mínima que atenda cada 10 postos que seja, que cada 10 postos tenha uma equipe mínima de um psiquiatra, um psicólogo e um TO, ou 2 psicólogas, sei lá, uma fono, psicopedagoga, né? Mas que tenha um psiquiatra, um psicólogo e mais um profissional.’*

O sonho do participante é um sonho possível? Ou são idéias que nos permitem conceber as carências e desejos de terminar com tantas incertezas que nos mobilizam? Ao refletir sobre as idéias, Morin (2007b) coloca que as sociedades domesticam os indivíduos

que terminam por domesticá-las. Mas propõe articulação entre as idéias, pois não podemos ficar sem uma concepção de mundo e de homem. Talvez a articulação passe pelo aumento da rede comunitária, como deseja o participante, talvez passe pela mudança do paradigma moderno, fragmentado para o complexo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre essas questões não podemos falar em conclusões, visto que estas dão respostas fechadas e não estimulam a novas interrogações. Percebemos, porém, muitas dificuldades, em todas as instâncias (pessoal, familiar, profissional, políticas), relacionadas aos efeitos do paradigma tradicional da ciência. A abordagem fragmentada e reducionista entre os saberes da ciência tradicional no tocante ao tema reflete sobre as pessoas que produzem e são produzidas por sentidos que isolam, dissociam, causam sofrimento.

O Pensamento Complexo (Morin,1998) permite abordar as contradições ao invés de excluí-las. E diversas dicotomias aparecem neste estudo. Por exemplo, não se pode dissociar o drogadito do seu funcionamento familiar nem do mundo contemporâneo de abusos; não se pode dissociar sua família do contexto sociocultural; não se podem dissociar as práticas dos profissionais das suas abordagens teóricas; não se podem dissociar as abordagens teóricas das políticas públicas para o tema; não se podem dissociar as políticas públicas da visão de mundo de seres humanos que as constroem e tentam implementá-las.

Tudo aquilo que não é político contém dimensões políticas, como, por exemplo, a saúde, assim como tudo o que é político contém dimensões que não são políticas, por exemplo, nossas vidas (Moena, 2006). Desta forma, as solidões, as relações anônimas entre as instâncias e as lógicas de investimento mercantis que impedem aproximações pela solidariedade aparecem, no estudo, como conseqüências destas interações. Todavia, o princípio recursivo (Morin, 2005c) revela que este processo se produz e se reproduz, os sentimentos de abandono, de desatenção, de isolamento de todo o sistema é alimentado por e alimenta seus participantes.

Porém há ainda outro fator que não pode deixar de ser abordado diante da complexidade da toxicomania, o qual se refere às questões de gênero voltadas à drogadição no contexto contemporâneo. Mesmo não sendo o foco do presente estudo, seguimos a proposta de relacionar os subtítulos deste texto com a obra O Método de Morin, associando ao sexto

volume “Ética”. Poderia, então, ser denominado: A (des)ATENÇÃO 6: A Ética do Gênero na Drogadição.

*‘Será que eu tenho que gritar para ser escutada?!’*

O pensamento complexo nos conduz à ética da responsabilidade e da solidariedade (Morin, 2007b), e abordar as questões de gênero é, em qualquer trabalho humano, uma questão ética, pois entendemos que valores de igualdade, solidariedade e dignidade devem justificar toda e qualquer ação das pessoas. Nesse sentido, consideramos imprescindível marcar, mesmo que brevemente, como se evidenciaram as articulações das políticas relativas ao uso das SPAs no que tange às relações de gênero.

A maioria dos autores pesquisados, no que se refere a esse tema, aponta as transformações dos modos de relação no mundo contemporâneo, como assunto fundamental para compreensão dessa questão. Essas são entendidas como protagonistas das mudanças nas características de mulheres usuárias de SPA no tempo presente.

De acordo com tais autores, as mulheres estão consumindo mais. Ao mesmo tempo, deve-se considerar que existe maior “permissividade” social para a explicitação do uso, o que, certamente, aumenta os índices de incidência e prevalência disponibilizados nos documentos oficiais.

Não que não houvesse o uso antes, mas em proporção menor e segregado num âmbito privado (Horta & cols., 2007). Outro fator do mundo contemporâneo que pode influenciar na drogadição feminina é a valorização e estímulo à beleza física da mulher, relacionada a um tipo físico magro (Herscovici, 1997). Isto pode ser um dos fatores, dentre outros, que desencadeie e estimule o abuso de anorexígenos, como forma compulsiva para se chegar, de forma rápida, a um corpo magro.

*‘As mulheres usam mais anfetaminas que os homens, mas tem de ter cuidado para não generalizar.’*

Zilberman (2003) relaciona o aumento do uso de SPA pelas mulheres com o fato delas estarem assumindo, mais freqüentemente, lugares historicamente ocupados pelos homens na sociedade. Mesmo assim, é comum a mulher com menos oportunidade do que os homens por um tratamento especializado. Apesar dessa maior exposição citada, as relações de gênero

contemporâneas ainda têm como efeito a vergonha, negligência ou franca oposição da família. Nas relações conjugais, mesmo sendo comum o uso de SPAs pelo casal, os profissionais de saúde nem sempre atentam para a possibilidade de inserir a mulher em seus planos de tratamento. Além disso, a formação, em geral, não disponibiliza recursos para que se reflita e produza estratégias de trabalho que considerem as especificidades femininas. A autora ainda refere que seus estudos mostraram que o desenvolvimento de um tratamento específico para a mulher dobrou a adesão ao trabalho terapêutico, principalmente das usuárias abusivas de álcool.

Pouco se explicitou, nas instituições pesquisadas, a questão de gênero referente à drogadição, apesar de diversos locais trabalharem com homens e mulheres nestas condições. Um dos entrevistados referiu que *'há mais homens drogaditos que mulheres'*, porém se percebe a drogadição feminina como mais silenciosa, fato que pode prejudicar a veracidade dos dados apresentados.

*'Eu acho que estes números são... são números absolutos, tudo bem, é questão de mais homem que mulher nesta faixa, mas eu não sei se a relação com a droga não é muito mais escamoteada entre as mulheres, né?'*

Os entrevistados das instituições que trabalham com mulheres reforçam o sentimento de solidão ao colocar que *'não há apoio para os programas de tratamento feminino, os órgãos públicos não estão interessados em investir neste tipo de trabalho'*.

A partir dos dados coletados pode-se afirmar haver diferenciação das questões de gênero para o investimento dos órgãos públicos. Uma das explicações pode ser o maior número, nas estatísticas oficiais, de usuários do que usuárias de SPAs. Porém, diante das características positivas do trabalho voltado para as especificidades – o que, aliás, é indicado e estimulado nos discursos oficiais divulgados pelo SUS – apontamos, novamente, incongruências: se essa modalidade de tratamento produz resultados positivos, por que não é estimulada? Somente estudos que inserem a categoria gênero podem estimular reflexões críticas sobre essa prática de exclusão e produção de invisibilidade do feminino.

De forma hologramática, assim como a drogadição feminina é mais silenciosa, as instituições que trabalham com mulheres tendem a ficar na invisibilidade, também silenciosas, como refere uma das participantes:

*‘As políticas públicas valorizam os abrigos, mas aqui não o é. A própria Vara da Infância confunde a instituição com abrigo. Já tentei esclarecer sobre nosso trabalho, mas nem os conselhos não definem bem a instituição, sabem o que não é (casa-lar, abrigo).’*

*‘Será que eu tenho que brigar? Óh, me enxerguem!!!Né? Que eu também... Eu sinto isso...talvez nem tinha compartilhado isto, mas eu sinto que, por exemplo, num grupo onde estão discutindo ali políticas sobre o adolescente: ah, tá... tem o abrigo, tem a casa-lar, tem a FEBEM... tem... isso aqui, tem os hospitais...nós somos o “isso aqui”!’*

Quanto às questões referentes às políticas públicas, os participantes colocam que há necessidade de se fazer pressão para se conseguir o que precisa, mas de formar um movimento único para o trabalho com dependência química, onde os discursos possam fazer interseções:

*‘Participo das reuniões das instituições, mas quando tento expor, dizem que é um trabalho bonito, mas temos de ficar sozinhas.’*

*‘Se os diferentes olhares não se integrarem, a pressão será pequena, a conta-gotas.’*

Essa breve exposição das questões relativas ao gênero apontam a urgente necessidade de articular as problemáticas relativas ao gênero à questão do uso abusivo de SPAs. Historicamente, as mulheres têm ocupado lugares de discriminação e invisibilidade na sociedade. Também, ao longo dos tempos, muitas delas têm empenhado esforços para que essa condição se transforme e possibilite vivências de emancipação geradoras de modos criativos de produzir uma convivência mais igual. Essa perspectiva transversaliza os diferentes lugares habitados pelo feminino. Dentre esses, destacamos os territórios de convivência com a rede de conexões com as SPAs.

Sendo assim, a imagem hologramática (Morin, 1998) do contexto da drogadição apresenta não imagens mutiladas, mas imagens completas. Percebemos, em cada faceta deste estudo, sentimentos de abandono, de solidão, de desatenção. Como cada parte é parte que contém o todo, pode ser singular ao mesmo tempo em que dispõe dos aspectos gerais da organização; pode, ainda, ter relativa autonomia, assim como estabelecer comunicações e trocas entre si. Lembramos que as diversas visões contraditórias reveladas no estudo sobre a questão terapêutica evidenciam que doença e cura, ambas, são experiências subjetivas, em que o drogadito, sua família e sua rede social, profissional e cultural estão continuamente

negociando significados. Outra característica essencial do holograma é que as partes podem ser regeneradoras.

Ao refletir sobre essa capacidade de regeneração, entendemos que, através do estabelecimento de espaços dialógicos, dos encontros das dicotomias, as instâncias que produzem a existência do fenômeno da drogadição podem se associar e promover alternativas, hibridismos, ao menos, abrir para a possibilidade não utópica, mas possível de aproveitarmos as potencialidades adormecidas na humanidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauman, Z. (2007). *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Batista Júnior, F. (2007). Mesa-redonda: Políticas Públicas, Estado e Sociedade: formas de participação social. *IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas*. Conselho Federal de Psicologia. Maceió
- Bernardes, N.M. (1991). Análise compreensiva de base fenomenológica e o estudo da experiência vivida de crianças e adultos. *Educação*, Porto Alegre. Ano XIV, n. 20, p.15-40
- Brasil (2006). *Política Nacional sobre Drogas*, aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas, em 27/10/2006.
- Bravo, O. (2003). Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. (v.1). Rio de Janeiro: UERJ.
- Brooks, M. (2003). *Inquisição Digital*. Folha de São Paulo. Caderno Mais . 07/09/2003
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C., Noto, A.R. & Nappo, S. (2006). *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. 2006 - CEBRID/UNIFESP.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar uma Estrutura para a Terapia Familiar*. (2.ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carta da Transdisciplinaridade: <http://www.unipazrj.org.br/transdisciplinaridade.htm> Site visitado em junho de 2007.
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2007). Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. *Drogas Psicotrópicas*. Site visitado em maio de 2007: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid>
- Edwards, G. & Dare, C. (1999). *Psicoterapia e tratamento de adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Esteves de Vasconcellos, M.J. (2008). *Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência* (7.ed.). Campinas: Papyrus.
- Gerhardt, T. (nov.2006) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463
- Giorgi, A. (2001). Método psicológico fenomenológico: alguns tópicos teóricos e práticos. *Educação*. Porto Alegre. Ano XXIV, n. 43. Abril, p. 133-150.
- GT Nacional pró-convivência familiar e comunitária. (2008). *Fazendo valer um direito*. Caderno 1: Princípios/Diagnóstico p.10.

- Herscovici, C. (1997). *A Escravidão das Dietas*. Porto Alegre: ArtMed.
- Horta, R., Morales, B., Horta, B. & Pinheiro, R. (2007). Costurando variáveis: gênero, família e drogas na contemporaneidade. In Strey, M., Silva Neto, J. & Horta, R. (Org.) *Família e Gênero*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Lancetti, A. (1992). Prevenção, Preservação ou Progresso em Saúde Mental. *Saudeloucura*, n.1, p. 75-89.
- Minayo, M. C. (2003). Sobre a toxicomania da sociedade. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito* (v.2). Rio de Janeiro: UERJ.
- Moena, S. (2006). A complexidade da política e a política da complexidade. In Castro, G., Carvalho, E. & Almeida, M. (Org.). *Ensaio de Complexidade* (4.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Morin, E. (1997). *Ensaio de Complexidade*. Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Ciência com consciência* (2.ed.). Rio de Janeiro: Bertrand.
- \_\_\_\_\_. (2005a) *O método 1: a natureza da natureza* (2.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (2005b) *O método 2: A vida da vida* (3.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (2005c) *O método 3: o conhecimento do conhecimento* (3.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (2005d) *O método 4: as idéias* (4.ed.). Porto Alegre: Sulina.
- \_\_\_\_\_. (2007a) *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina
- \_\_\_\_\_. (2007b) *O método 6: ética* (3.ed.). Porto Alegre: Sulina
- \_\_\_\_\_. (2007c) *A Religação dos Saberes: o Desafio do Século XXI*, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- \_\_\_\_\_ & Kern. (1995). *Terra Pátria*. Porto Alegre: Sulina.
- Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito (2003). Programa de las Naciones Unidas para la fiscalización internacional de drogas. Por qué investir en el tratamiento el abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas. Nova York.
- \_\_\_\_\_. (s.d). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*.
- Neubern, Maurício. (2003). Contribuições de uma Epistemologia Complexa para Drogadição. In Baptista, M. Cruz, M. Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*. Rio de Janeiro: UERJ. v. 1.
- Pinto, C. & Guazzeli, C. (2008). *Ciências humanas: pesquisa e método*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

- Porto Alegre - Secretaria Municipal da Saúde. (2007). *Regulamento da Secretaria Municipal da Saúde para realização de pesquisa pelo Comitê de Ética*. Site visitado em junho de 2007: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/>.
- Ribeiro, M. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3): 196-202.
- Pulcherio, G., Bicca, C. & Silva, F. (Org.). (2002). *Álcool, Outras Drogas & Informações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saraiva, J. E. M. (2000). Do individualismo moderno ao narcisismo contemporâneo: a produção da subjetividade na cultura do consumo (p.47- 64). In Souza, S. (Org.). *Subjetividade em questão: a infância como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: 7 letras.
- SENAD: [WWW.senad.org.br](http://www.senad.org.br). Site visitado em junho de 2007.
- Shenker, M. (2001). *Valores Familiares e o uso abusivo de drogas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. <http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/teses/mschenker.pdf> Site visitado em abril de 2007.
- Sluzki, C. E. (1997). *A Rede Social Na Prática Sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Steinglass, P. (1987). *La familia alcohólica*. Buenos Aires: Gedisa.
- Zampieri, M.A. (2004). *Codependência: o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Ágora.
- Zilberman, M. (2003). Uso de drogas entre mulheres. In Baptista, M., Cruz, M. & Matias, R. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. Rio de Janeiro: UERJ.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São considerações a partir da experiência vivida.

Ao decidir dedicar-me a esse fenômeno, imaginei que “descobriria” questões no campo de pesquisa que “elucidassem” a articulação entre família (meu ponto inicial de interesse), usuários de SPAs e as práticas em política públicas. Ao ocupar o lugar de quem pensa o tema e precisa produzir conhecimento sobre ele, encontrei o oposto das “descobertas” e “elucidações” que prometem as pesquisas baseadas na preponderância da racionalidade. Contatei com a possibilidade de compreender o fenômeno através da imprescindível dimensão coletiva do viver.

O presente estudo evidenciou mais do que as questões (já conhecidas) da desatenção. Mostrou, principalmente, a dificuldade dos trabalhadores inseridos na efetivação das políticas públicas em montar estratégias e efetivar ações de integralidade no cotidiano das práticas profissionais. Como se sabe, a integralidade é uma perspectiva indispensável do trabalho nas propostas do SUS. Esta conduz a um olhar de complexidade e de movimento que impõem uma contínua disponibilidade para se ver e rever como seres em transformação numa sociedade mutante.

As dificuldades em conseguir tal intento podem ser associadas a muitas explicações. Evidentemente, nenhuma delas, de forma isolada, consegue responder à complexidade da questão. Ao mesmo tempo, em todas elas, encontramos pontos de interlocução e conexão com o tema em foco. Em função disso, passo a explicitar algumas reflexões que passaram a habitar minhas considerações sobre esse tema.

As mais superficiais observações do nosso cotidiano mostram a intensidade dos atravessamentos do projeto da modernidade, que evoca modos de pensar pautados pela linearidade racional e, conseqüentemente, pela simplificação e fragmentação dos processos da vida. Há dificuldade de abandonarmos as idéias redutoras, as oposições entre o individual e o coletivo, o público e o privado. Há dificuldade de abandonarmos a idéia de política antiga, de integrarmos cada dimensão numa nova idéia de política, não que não se diferenciem as diversas facetas, mas que as articule a fim de dotá-las de sentidos que traduzam as especificidades de cada tempo, cada geografia, cada visão de mundo e projeto de vida.

Essa fragmentação dos fenômenos humanos aparece em muitas falas dos participantes do estudo, aparece nas observações das instituições e nas histórias dos serviços prestados nos locais. Esses mesmos grupos, esse mesmo contexto que fragmenta, que racionaliza e torna o

pensamento linear, pode acionar as possibilidades de rompimento com essa lógica. Pode ser agente da produção de diferenças nas políticas e, assim, criar transformações e, recursivamente, transformar-se.

Este processo dá-se a partir da prática da dialógica, num embate do sujeito com a novidade, que se retroalimenta. Dentre essas experiências em movimento, destacamos a disposição em refletir sobre as diferenças. Por exemplo, um dos participantes que opta por trabalhar pela lógica da abstinência, participa de encontros com pessoas que trabalham com a lógica contrária, que é a redução de danos. A escolha de cada um não impede o exercício de refletir criticamente sobre as opções que fazemos, sobre as lógicas nas quais nos apoiamos e sobre os valores que justificam nossos fazeres. Tal exercício permite escolher a possibilidade de transformação como prática cotidiana.

Outro aspecto a ser destacado é o modo como os sujeitos colocam-se em relação à gestão das políticas. Por vezes, profissionais que estão “na linha de frente”, trabalhando diretamente com a população, por questões referentes a mudanças de governo, são os que passam a ocupar lugares de gerenciamento das políticas. Mesmo assim, a “máquina pública” continua emperrada. Parece estabelecer-se uma cisão provocada pelo deslocamento do lugar de quem faz para o lugar de quem gerencia.

Nesse processo de fragmentação, a experiência do sujeito na sua base, como trabalhador do campo da saúde, em contato direto com as comunidades, produz sentidos que evidenciam a urgência de responder à especificidade de cada situação. Esse contato também evidencia a necessidade de assumir o protagonismo de mediações do contexto no qual trabalha com outras esferas/recursos da rede.

Por sua vez, quando assume a possibilidade de planejar, gerenciar e avaliar as políticas nas esferas mais amplas de decisão, parece que os tensionamentos de outras propostas (que não as necessidades específicas de cada população) invadem suas preocupações, marcam suas estratégias de intervenção e determinam suas práticas.

Um dos principais fatores originários dessa dissociação é a burocracia, como mais uma fragmentação que impede a continuidade de projetos que priorizam as necessidades da população. É como uma grande máquina que impede o fluxo das necessidades de vida. E o pior é que, por ser uma grande máquina que impera através da fragmentação, esta mesma lógica faz com que as pessoas envolvidas se dissociem das responsabilidades que têm com a população. Por exemplo, um dos participantes falou de um projeto do município que ajudaria muito a população, mas que não foi executado devido à perda do prazo de assinatura do

mesmo, em função de um descompasso das exigências oficiais. Trata-se de uma inversão perversa dos objetivos formais explicitados pelo Estado, ao normatizar suas ações.

Outro ponto a destacar é a necessidade de coletivamente buscarmos mais informações, produzirmos mais conhecimentos, termos oportunidades de discutir mais o cotidiano de trabalho e, conseqüentemente, compreendermos mais nitidamente as especificidades da drogadição no mundo contemporâneo.

Estes fatores sugerem modos de articular as propostas da integralidade com as possibilidades de intervenções práticas que dêem conta do fenômeno. Por exemplo, poderíamos organizar rodas de conversas com usuários, familiares e funcionários; poderíamos trabalhar em modos de se ter maior proximidade entre trabalhadores, usuários, familiares e gestores na tentativa de evitar as dissociações e, conseqüentemente, distanciamentos que desencadeiam na desatenção. Percebemos uma urgente necessidade de um trabalho de e com as equipes.

Este estudo aponta, ainda, para a necessidade de aprofundar mais a relação das perspectivas das políticas de saúde, especialmente o cuidado e a integralidade, através do paradigma da complexidade. Nessa perspectiva evidencia-se a premência de aprofundar os estudos de gênero e sua articulação com as políticas públicas no que concerne ao uso de SPAs. Desse modo, desejamos que mulheres não precisem mais “gritar para serem escutadas”, como trouxe uma das participantes do estudo.

Finalmente, é importante tecer algumas considerações em relação às reflexões efetivadas acerca das especificidades da família nesse contexto. Através do processo de aprendizagem no mestrado, muitas mudanças aconteceram na forma de entender o mundo. A ‘terapeuta de família’ ainda existe, porém transformada, com um olhar mais aberto às diversidades, aos diferentes conceitos teóricos, às infinitas formas de percepção do mundo e de relação entre as pessoas. Certamente, houve mudanças na minha prática profissional, pois não consigo mais dar atenção às pessoas como uma psicóloga tradicional.

A partir do paradigma da complexidade, entendemos que o saber é incompleto e que, muitas vezes, os caminhos que escolhemos para nossas buscas nos trazem outras descobertas que não as esperadas. Sendo assim, a desorganização do mundo contemporâneo, que apresenta a droga como recorrência de vida e de morte, movimenta-se para uma reorganização numa permanente regularidade. E não é a estabilidade que nos impele para uma convivência menos miserável entre as pessoas, porém a aptidão para construir novas estabilidades, a aparente fragilidade do drogadito, da sua família, da rede profissional e das

políticas podem ser ressignificadas por meio da reorganização pela flexibilidade, pela dialógica que pode transformar os antagonismos em solidariedade.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**



Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício 067/08-CEP

Porto Alegre, 10 de janeiro de 2008.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS  
apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 07/04039, intitulado:  
**"Políticas públicas na (des) atenção à família com drogadição"**.

Sua investigação está autorizada a partir da  
presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser  
entregues a este CEP.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. José Roberto Goldim  
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)  
Profa Helena Beatriz Kochenborger Scarparo  
N/Universidade

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000  
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## **ANEXO 2**

**CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

À

Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul

Porto Alegre, \_\_de \_\_\_\_\_ de 2007.

Prezados Senhores

Venho por meio de esta apresentar meu Projeto de Pesquisa: **POLÍTICAS PÚBLICAS NA (DES)ATENÇÃO À FAMÍLIA COM DROGADIÇÃO**, executado através do Mestrado em Psicologia Social do Programa de pós-graduação da PUCRS-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, cuja orientação é da Dra. Helena Scarparo.

Solicito a autorização de coleta de dados através de entrevistas com profissionais que trabalhem nos locais selecionados.

Ciente da colaboração e estímulo ao conhecimento científico, agradeço.

Mara Lins  
Mestranda em Psicologia Social  
PUCRS  
Matrícula: 07190748-9

## **ANEXO 3**

**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu \_\_\_\_\_, matrícula  
\_\_\_\_\_ responsável pelo Serviço \_\_\_\_\_

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado \_\_\_\_\_,

tendo como Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## **ANEXO 4**

#### 4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando a pesquisa intitulada: POLÍTICAS PÚBLICAS NA (des)ATENÇÃO À FAMÍLIA COM DROGADIÇÃO, sob orientação da professora Helena Scarparo. O objetivo da pesquisa é estudar a relação entre as políticas sociais e o tratamento de famílias que tenham problemas com álcool e outras drogas.

Sua participação envolve uma entrevista, que será gravada se assim você permitir, e que tem a duração aproximada de uma hora.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora fone 33461525 e 91518806 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone 3320 3345.

Atenciosamente,

---

Mara Regina Soares Wanderley Lins

Matrícula: 07190748-9

---

Helena Beatriz K. Scarparo

Matrícula: 32464

**Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.**

---

Nome e assinatura do participante

---

Local e data

## **ANEXO 5**

## ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Tópicos explorados:

- Dificuldades e facilidades no tratamento para a drogadição
- Conhecimento sobre as políticas públicas para a dependência química
- Percepção sobre as famílias que tenham um dos membros dependente químico
- Realização de atendimento familiar no seu local de trabalho
- Tipo de atendimento familiar

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

L759p Lins, Mara Regina Soares Wanderley  
Políticas públicas na (des)atenção à família com  
drogadição. / Mara Regina Soares Wanderley Lins. –  
Porto Alegre, 2009.  
90 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) –  
Faculdade de Psicologia, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Helena Beatriz  
Kochenborger Scarparo.

Trabalho apresentado em forma de 2 artigos  
científicos.

1. Psicologia Social. 2. Drogadição. 3. Família.  
4. Políticas Públicas. 5. Complexidade. I. Scarparo,  
Helena Beatriz Kochenborger. II. Título.

**CDD 155.5**

**Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437**