

ALESSANDRA NAGAMINE BONADIO

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE DEPENDENTES QUÍMICOS :
estudo qualitativo em uma residência terapêutica

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de Medicina,
para a obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira

Co-orientador: Prof. Dr. Cássio Silveira

São Paulo

2010

Bonadio, Alessandra Nagamine

Reabilitação Psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica / Alessandra Nagamine Bonadio. — São Paulo, 2010. x, 204f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Psychosocial Rehabilitation of substance abusers: qualitative research in a therapeutic residence.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.
2. Reabilitação psicossocial.
3. Reabilitação vocacional.
4. Residência terapêutica.
5. Pesquisa qualitativa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Julieta Freitas Ramalho da Silva
Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Alessandra Nagamine Bonadio

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE DEPENDENTES QUÍMICOS :
estudo qualitativo em uma residência terapêutica

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mara Helena de Andrea Gomes

Profa. Dra. Maria Luisa Sandoval Schmidt

Profa. Dra. Adriana Marcondes Machado

Profa. Dra. Maria da Conceição Coropos Uvaldo

Profa. Dra. Andréia de Fátima Nascimento (suplente)

Prof. Dr. Marcelo Ribeiro de Araújo (suplente)

Aprovada em ___/___/___

DEDICATÓRIA

A todos que lutam por retomar a liberdade perdida para a dependência química.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Ronaldo Laranjeira, pela autonomia e confiança conferidas em todo o curso desta pesquisa.

Ao mestre e amigo Cássio Silveira, pela disponibilidade com que contribuiu em minha formação acadêmica, a partir deste trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio técnico e financeiro disponibilizados, fundamentais à viabilização deste Doutorado (Processo nº 05/53982-9).

À Professora Mara de Andrea Gomes, pelas inspiradoras aulas da pós-graduação e pelas contribuições importantes do exame de qualificação.

A Adriana Marcondes Machado, pelo contágio criativo das supervisões. Com você, aprendi a trocar o “*Absurdo!*” pelo “*Estranho...*”, o “*Porque*” pelo “*E*”. Que diferença fez!

À querida Conceição Uvaldo, incentivadora constante, deste e de outros tempos.

A Mariana Brykman e Rosa Quintas, pelo precioso suporte de todos os dias.

A Keila Pavani, por me acompanhar anos a fio, em períodos turbulentos, intensos, importantes. Anos de plantio e trabalho conjunto, aqui também expressos.

A Paulo Bloise, obrigada pelo apoio atento, cuidadoso e criativo destes últimos meses-anos. Foi realmente fundamental!

A Fernanda Ramos e Siglia Leão, parceiras de todas as horas, pelas ajudas diversas e precisas, que só os bons amigos sabem dar.

A Dona Geralda Matta, pela cuidadosa revisão do texto, pelas gostosas horas de tricô e fuxico e também pelas orações.

A meus pais, Glória e José Roberto, e ao time todo: Tatiana, Fabiano, Rosamélia e Tiago, pelo presente de pertencer a esta família. Como é bom tê-los por perto!

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade e generosidade com que compartilharam este momento delicado de suas vidas.

A João Matta, meu amor, pela luminosa parceria de vida.

SUMÁRIO

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Lista de siglas	ix
Resumo	x
1. APRESENTAÇÃO (o ânimo da pesquisa)	2
1.1 Do projeto original às mudanças do percurso: construindo o olhar da pesquisa	2
1.2 O problema da pesquisa	7
1.3 Justificativa: o contexto do problema	7
1.4 Objetivos de pesquisa	9
2. CONTEXTO (cenário nacional e internacional)	11
2.1 Reabilitação psicossocial e recuperação	12
2.2 Reabilitação vocacional: uma prática corrente em âmbito internacional	24
2.3 Diretrizes do governo brasileiro para o tratamento da dependência química	30
3. PROCEDIMENTOS (a construção do campo)	39
3.1 A busca por um serviço para sediar a intervenção da pesquisa	39
3.2 A seleção dos participantes do estudo	42
3.3 Recursos metodológicos utilizados	43
3.4 Tratamento dos Dados	53
3.5 Aspectos Éticos	58
4. O CAMPO (cenário e atores)	60
4.1 A Casa	60
4.2 A equipe técnica	72
4.3 Os participantes do estudo	76
5. CAMPOS TEÓRICOS E CAMPO EMPÍRICO	88
(saberes que embasam este estudo e saberes gerados em campo, em diálogo)	
5.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	88
5.1.1 O processo saúde-doença segundo Georges Canguilhem	88
5.1.2 Construção histórica do conceito de dependência química	100
5.1.3 Classificação nosológica: uso, abuso e dependência	103
5.1.4 Da classificação nosológica à compreensão dinâmica	105
5.1.5 As adições como sintoma social da contemporaneidade	116
5.2 RECURSOS TERAPÊUTICOS	123
5.2.1 Princípios gerais do tratamento em dependência química	123
5.2.2 O programa dos Doze Passos	125

5.2.3 As residências terapêuticas	130
5.2.4 Percursos terapêuticos prévios	132
5.2.5 A centralidade do dispositivo grupal no tratamento das adições	137
5.2.6 O processo de reabilitação psicossocial e de recuperação na Casa	142
5.3 TRABALHO	148
5.3.1 A crise das identidades por Claude Dubar	148
5.3.2 Trabalho na atualidade: repercussões sobre as identidades estabelecidas	157
5.3.3 A dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação....	168
5.4 A finalização da etapa de campo: dificuldades enfrentadas.....	172
6. PÓS-CAMPO (desfechos conhecidos)	174
7. DISCUSSÃO (do campo vivenciado ao campo refletido)	178
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187
Abstract	

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DQ – Dependência Química

FEBEM – Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

IPS – *Individual Placement Support*

MS – Ministério da Saúde

MTE – Ministério do Trabalho e do Emprego

NA – Narcóticos Anônimos

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Plano de Atenção à Saúde

PEAD – Prevenção em Álcool e outras Drogas

PSF – Programa de Saúde da Família

SENAES – Secretaria Nacional de Economia Solidária

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

UNIFESP / EPM – Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina

RESUMO

INTRODUÇÃO: O caráter crônico da dependência química torna necessário um suporte terapêutico de longo prazo voltado à aquisição da abstinência e ao fortalecimento do indivíduo nas esferas da vida prejudicadas pela instalação da dependência – trabalho, moradia, lazer, rede social, relações familiares, sistema judiciário, entre outras. A este processo dá-se o nome de reabilitação psicossocial. **OBJETIVOS:** Compreender, a partir da percepção de quem está em tratamento para dependência química, quais os aspectos envolvidos no processo de reabilitação psicossocial e como ele ocorre, de modo a favorecer a recuperação. **MÉTODOS:** Estudo de caso conduzido em uma residência terapêutica particular, para dependentes químicos, situada na cidade de São Paulo. Utilizamos a abordagem qualitativa, a partir da combinação de três recursos metodológicos: grupos focais, entrevistas individuais em profundidade e observação participante, originando diários de campo. A temática do trabalho foi enfatizada como ponto de partida para viabilizar esta investigação. A etapa de campo totalizou seis meses, decorridos entre junho e dezembro de 2008. O material foi submetido à análise de conteúdo, buscando-se identificar os principais temas emergentes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (Processo nº 1406/05). **RESULTADOS:** Como principais temas emergentes, destacaram-se: a presença de configurações identitárias estanques, pautadas na doença; concepções sobre a relação saúde/trabalho também marcadas pelo adoecimento e desvinculadas de uma crítica sobre o contexto histórico atual; a centralidade e potência do dispositivo grupal no tratamento das adições; a dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação; a relevância de que o tratamento favoreça a inscrição na cultura, auxiliando o desempenho de novos papéis sociais e viabilizando a construção de projetos de trabalho e de vida. **DISCUSSÃO:** Em uma cultura que preza como valores sucesso, juventude, dinheiro, beleza física, felicidade, a ausência de tais registros em dado momento da vida pode potencializar o sentimento de inadequação e o mal-estar vivenciados, colocando em risco o já frágil sentimento de pertença social do indivíduo em recuperação. Neste contexto, torna-se fundamental um suporte terapêutico de longo prazo, estável e seguro o suficiente para promover relações de confiança e cumplicidade, não apenas inaugurando novas marcas na trajetória do indivíduo, mas viabilizando a consolidação destas novas inscrições. Visando aos propósitos da recuperação, o dispositivo grupal destaca-se como recurso privilegiado para favorecer a necessária inscrição na cultura, estreitamente vinculada às reais possibilidades de reinserção social. Finalizamos o estudo enfatizando aspectos centrais a serem encaminhados pelos programas de tratamento em dependência química.

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO (o ânimo da pesquisa)

– Você viu que a Casa¹ fechou?

– Fechou? Como assim? Para reforma? Vai reabrir quando?

*– Não. Fechou de vez. Não existe mais.
A Patrícia¹ mandou ligar para todos os familiares
e mandar o pessoal de volta para as suas casas.
Não tem mais Casa.*

Foi desta maneira, inesperada e repentina, que recebi a notícia sobre o fechamento da residência terapêutica na qual foi desenvolvida a etapa de campo desta pesquisa. É das relações que se passaram nesta moradia assistida, espaço de residência e tratamento para dependentes químicos, que tratarei nesta tese. Um ambiente que já não existe mais.

Como é difícil falar de algo que já não existe. Esta foi das primeiras inquietações que me ocorreram, quando da empreita de iniciar a elaboração escrita desta experiência. Dar um formato inteligível e acadêmico a uma diversidade de vivências e reflexões advindas de um lugar que não existe mais. Desafiadora esta tarefa. Seria como falar, em memória póstuma, de alguém que já se foi, não fosse o caráter de continuidade que permanece, a despeito do fechamento desta organização em específico. Continuidade de quê?

1.1 Do Projeto Original às Mudanças do Percuro: construindo o olhar da pesquisa

Esta pesquisa versa sobre a temática da reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento para a dependência química. Por dependência química, compreendemos um fenômeno multifacetado e complexo, cujas origens e consequências são de natureza biopsicossocial. Os prejuízos observados no curso de instalação da dependência química podem ser mais ou menos visíveis e objetivos, envolvendo aspectos da vida cotidiana (trabalho, lazer, rede social, família, problemas com o sistema judiciário, entre outros) e

¹ O nome original da residência terapêutica e os nomes dos participantes do estudo foram alterados a fim de preservar o anonimato.

vivências de natureza subjetiva, como as identidades estabelecidas, o senso de auto-eficácia e a auto estima experimentadas pelo sujeito acometido por esta condição.

O caráter crônico da dependência química remete à necessidade de um suporte terapêutico de longo prazo, voltado não apenas à aquisição ou manutenção da abstinência, mas ao fortalecimento do indivíduo, nas diversas esferas prejudicadas. A este processo dá-se o nome de reabilitação psicossocial.

A inquietação inicial, motivadora deste estudo, nasceu dos atendimentos que realizei, como psicóloga clínica, em um ambulatório público para tratamento da dependência química. Conforme observei, a partir desta experiência, a aquisição da abstinência frequentemente não repercutia em melhoras em outras áreas da vida do paciente, visivelmente prejudicadas pela instalação da dependência, evidenciando a necessidade de se prover ao cliente outros suportes. Assim se iniciou a configuração do interesse deste estudo: como auxiliar aquelas pessoas em tratamento a retomar satisfatoriamente suas vidas? O trabalho que não existia ou era nocivo, muitas vezes fonte de adoecimento; as condições precárias de moradia que atuavam diretamente sobre o processo terapêutico vivenciado; a rede social que, mudados os hábitos relacionados à dependência química, tornara-se praticamente inexistente. Foi a partir deste contexto que o processo de reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento para dependência química passou a figurar como campo de interesse deste estudo, configurando, desde suas origens, uma pesquisa essencialmente clínica.

O foco deste estudo foi compreender quais elementos atuam sobre o processo de reabilitação psicossocial e de que maneira se articulam para favorecer a retomada ou inauguração de condições favoráveis a uma inscrição autônoma na vida, por aqueles cuja trajetória pessoal foi marcada pelo aprisionamento na dependência química.

Dos muitos eixos que compõem o processo de reabilitação psicossocial, escolhi focalizá-lo a partir da temática do trabalho, motivada pelo sentido social a ele vinculado: trabalho enquanto *protoforma da atividade humana*, historicamente considerado uma das atividades centrais à constituição da identidade pessoal e ao ingresso no universo adulto – temáticas caras ao processo de recuperação de pessoas acometidas pela dependência química.

Interessava inicialmente conhecer a trajetória de pessoas em tratamento para dependência química no mundo do trabalho, a fim de avaliar de que maneira esta temática poderia ser incluída no tratamento, de modo a favorecer sua recuperação. Como se dava a entrada e a manutenção destas pessoas no universo do trabalho? Que dificuldades permeavam a retomada da atividade ocupacional ao longo do processo de recuperação? Com que recursos contavam para realizar esta empreita? Como avaliavam o papel dos espaços formais de tratamento, em relação às possibilidades de ajuda quanto à temática ocupacional?

Na outra ponta do fenômeno, o interesse por conhecer o discurso oficial do governo brasileiro sobre este tema: Quais seriam as diretrizes governamentais para a chamada reabilitação psicossocial de dependentes químicos? Como estas diretrizes se atualizariam nos cotidianos clínicos praticados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os equipamentos de saúde mental tão caros ao processo da reforma psiquiátrica no Brasil? No processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos, de que maneira a temática do trabalho estaria, ou não, contemplada, pelas diretrizes oficiais?

A voz de quem formula as políticas públicas; a voz de quem habita a condição de dependente químico; a voz *técnica* de quem trata clinicamente desta questão, profissionais da saúde ou não, tal como se descortinou ao longo do trabalho de campo: todo um contingente de pessoas que atua terapeuticamente na clínica da dependência química, em formato de ajuda mútua, contando primordialmente com a experiência pessoal como dependente químico. Três eixos de investigação e análise, resultantes de uma metodologia de pesquisa mutável ao longo do trabalho de campo. Como mutáveis foram as próprias concepções que originaram a formulação deste projeto de pesquisa: concepções sobre trabalho, sobre o que é terapêutico e sobre o próprio foco da pesquisa – inicialmente, circunscrito à formulação de um *modelo* de intervenção em reabilitação profissional para dependentes químicos em tratamento ambulatorial.

Tratava-se, originalmente, de um estudo clínico descritivo, com intervenção terapêutica e seguimento de um ano, com *follow up* após 6 e 12 meses. O desenho original do estudo previa a realização da pesquisa em duas etapas. A 1ª etapa consistiria na coleta de informações sobre intervenções em reabilitação profissional realizadas no Brasil e em outros países, por meio de investigação da literatura e do contato telefônico com uma amostra de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad) do Estado de São Paulo. Na 2ª etapa seria conduzida a realização experimental do modelo de

intervenção sugerido, em um ambulatório público da cidade de São Paulo, acompanhada de avaliações de seguimento, após seis meses e um ano, a partir da utilização de instrumentos específicos voltados a avaliar *qualidade de vida, gravidade da dependência química e status ocupacional dos pacientes*. Os dados seriam analisados por meio de análise estatística descritiva, comparando-se os dados encontrados anteriormente à intervenção e os dados encontrados nos dois seguimentos.

Este era o delineamento do projeto de pesquisa com o qual iniciei a investigação e do qual muito me distanciei, a partir das vivências enfrentadas, sobretudo na etapa de campo. Tratava-se, neste momento inicial, de um olhar preocupado em propor soluções, já que as indagações subjacentes não tinham outro propósito senão o planejamento de um *modelo de intervenção* que pudesse auxiliar os pacientes a retomar uma atividade ocupacional significativa – qualquer que fosse o contexto político, econômico e social em que ocorresse o tratamento; quem quer que fosse a população-alvo da intervenção formulada. Misto de ingenuidade e onipotência, um tanto frequentes no início da vida acadêmica e certamente potencializados em determinados campos de atuação, pautados em concepções estanques sobre os fenômenos humanos, pressupondo-os lineares e previsíveis.

Contudo, diversas dificuldades e enfrentamentos emergiram ao longo desta pesquisa, modificando em muito o desenho do estudo original e o aporte teórico-metodológico subjacente. A primeira dificuldade enfrentada relacionou-se à busca por um lugar para realizar a intervenção proposta. Do *locus* originalmente previsto, um ambulatório público, passou-se a uma residência terapêutica particular, após um extenso processo de busca. Disto decorreram todas as outras mudanças significativas, pois foi do contato com os pacientes-moradores desta residência terapêutica que a vivacidade da pesquisa emergiu, em seus aspectos mais orgânicos. Foi lançada a campo que pude me aproximar do fenômeno que pretendia estudar, a partir de um lugar privilegiado, já que se tratava de um campo que era, ao mesmo tempo, casa, local de tratamento e, ainda, local de trabalho para muitos ali.

O confronto com esta realidade em campo, somado à interlocução com pessoas hábeis na tarefa de fazer pensar, crítica e refletidamente, tratou de desfazer qualquer equívoco iminente, ajudando a delinear outro caminho: mais investigativo e menos assertivo; mais receptivo aos inúmeros estranhamentos emergentes em campo e, assim, menos taxativo. Um caminho mais enriquecedor ao propósito de ampliar a compreensão

sobre o fenômeno de que trata este estudo e, certamente, muito mais honesto e respeitoso com aqueles que dele fizeram parte, porque em momento algum prometeu respostas que não podia dar, tratando, antes, de fazer aos participantes do estudo um convite para percorrermos, juntos, um universo muito mais desconhecido para nós, pesquisadores, do que para eles, nomeados *pacientes*. Efetivamente bastante pacientes e colaboradores ao longo de todo o processo de pesquisa.

Compreender, portanto, foi algo que se instalou como objetivo deste estudo apenas lá adiante do trabalho de campo, repercutindo na necessária revisão da metodologia utilizada e consolidando a abordagem qualitativa como o método de escolha para a observação do fenômeno em questão. Se as perguntas que guiaram o desenho original desta pesquisa relacionavam-se à busca pelos ‘ingredientes ativos’ de intervenções em reabilitação profissional consideradas bem sucedidas para favorecer o retorno ao mercado formal de trabalho, conforme avançou o percurso em campo, as perguntas se modificaram substancialmente. Já não se tratava mais de investigar o que funcionaria para auxiliar aquelas pessoas no retorno ao mercado formal de trabalho ou a alguma atividade ocupacional significativa, mas o que poderia ajudá-las a acessar e encaminhar seus desejos pessoais, em direção à elaboração e concretização de seus projetos de vida. O registro deslocou-se da reabilitação profissional para o processo de recuperação em si.

A temática do trabalho redimensionou-se, então, como uma via possível de conversa, mas não mais a única. Como temas igualmente pertinentes, emergiram os relacionamentos pessoais; a vivência enriquecedora em grupo, no ambiente protegido da casa, possibilitando-lhes experienciar novos papéis sociais e outras maneiras de agir: como a experiência de aprender a vivenciar situações de frustração e descontentamento recorrendo à ajuda de outras pessoas, ou mesmo ao isolamento pessoal momentâneo, em detrimento da agressão física; bem como a possibilidade de se apropriarem de talentos e potencialidades até então desconhecidos ou pouco estimulados – como a capacidade de se expressar por meio da escrita ou a simples descoberta do prazer em cozinhar. Aspectos amplamente diversificados, mas igualmente pertinentes ao processo de recuperação, porque atuantes sobre as identidades estabelecidas – temática que se revelaria central neste processo.

O foco desta pesquisa, portanto, redimensionou-se da identificação dos aspectos envolvidos no processo de reabilitação profissional de pessoas em tratamento para dependência química, para a *compreensão dos aspectos envolvidos no processo de*

reabilitação psicossocial desses indivíduos, a partir de discussões relacionadas ao universo do trabalho, segundo o ponto de vista de quem está em tratamento.

1.2 O problema da pesquisa

Interessava originalmente identificar quais eram os ingredientes ativos envolvidos na retomada de uma atividade ocupacional significativa, por pessoas em tratamento para a dependência química. De que maneira seria possível incluir a variável trabalho no âmbito do tratamento, de modo a favorecer o processo de reabilitação profissional do paciente – então compreendido como o retorno ao universo formal de trabalho.

Conforme avançou a pesquisa de campo, contudo, culminando em mudanças epistemológicas, o foco da pesquisa ampliou-se da *reabilitação profissional* para o processo de *reabilitação psicossocial*, redimensionando a investigação do estudo para os fatores envolvidos neste complexo processo de retomada da vida. O foco estendeu-se das relações com o trabalho, para as relações com familiares e amigos; a nova experiência de moradia com colegas de tratamento e com a equipe técnica; as vivências em relação ao próprio corpo; as experiências de lazer desvinculadas do consumo de substâncias; as identidades estabelecidas. Já não se tratava, portanto, de identificar os chamados ingredientes ativos atuantes no retorno ao trabalho, mas de *compreender, a partir da escuta de quem está em tratamento para dependência química, de que maneira a ampla gama de experiências vivenciadas no ambiente protegido do tratamento ou de maneira ampliada, na vida, atua sobre o processo de recuperação, no registro da retomada de pactos vitais.*

1.3 Justificativa: o contexto do problema

Por que interessava aprofundar o conhecimento sobre o processo de reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento para dependência química?

É sabido, tanto pela descrição da literatura, quanto pela experiência clínica em contextos diversificados (ambulatório, internação, consultórios particulares), que uma das etapas mais complicadas do processo terapêutico de dependentes químicos relaciona-se

justamente ao restabelecimento da vida nos diversos eixos que a compõem (casa, trabalho, rede social, lazer, entre tantos outros), para além da conquista da abstinência da substância psicoativa. O corpo liberado quimicamente da droga, em geral, constitui um primeiro passo para favorecer o processo de reabilitação psicossocial, mas a condição de abstinência, por si, não é suficiente para garantir que o estabelecimento de outros pactos vitais se faça com sucesso. O corpo liberado da substância não postula, por si, a respeito de dificuldades relacionais ou motivacionais, frequentemente atuantes anteriormente à instalação da dependência química, ou mesmo emergentes neste decurso. Assim como não produz, autonomamente, novas e criativas formas de viver e enfrentar as dificuldades resultantes da instalação da doença ou relacionadas à vida em geral. Daí a necessidade de um olhar que se constituísse amplo e aprofundado o suficiente para capturar as diversas nuances envolvidas neste processo, em nada objetivo ou quantificável. Falamos aqui do processo de recuperação, que conceituaremos mais adiante.

A necessidade deste olhar em profundidade sobre o fenômeno em questão evidencia-se tanto mais quando se considera a incipiência do conhecimento sobre os processos envolvidos na reabilitação psicossocial de pessoas acometidas pela dependência química. Para isto, concorre a perspectiva temporal: trata-se de uma abordagem que se delinea, sobretudo, em longo prazo, dado o caráter crônico da dependência química. Uma perspectiva muito distinta do recorte pontual que caracteriza os programas de tratamento, ao abarcarem um período de tempo restrito na vida da pessoa portadora de uma condição clínica crônica. Some-se a isto a própria incipiência do enfoque da reabilitação psicossocial nos programas de tratamento brasileiros, ainda bastante ancorados na concepção médica dos transtornos mentais, o que, na prática clínica, frequentemente se traduz pela hegemonia de ações terapêuticas voltadas à aquisição da abstinência, em detrimento de ações múltiplas e integradas, efetivamente comprometidas com o objetivo de recuperação da pessoa em tratamento.

Deste modo, entendemos que um olhar em profundidade aos fenômenos envolvidos neste processo pode representar uma contribuição importante ao incremento das práticas assistenciais disponibilizadas no contexto brasileiro, em direção a um enfoque terapêutico efetivamente mais alinhado aos propósitos de *empoderamento* do sujeito em tratamento para a dependência química – um conceito nuclear ao processo de recuperação e às práticas da reabilitação psicossocial.

1.4 Objetivos de pesquisa

O objetivo central da pesquisa foi compreender, a partir da percepção de quem está em tratamento para dependência química, quais são os aspectos envolvidos no processo de reabilitação psicossocial e como eles interagem.

Como objetivos específicos do estudo, destacaram-se:

- A identificação dos componentes terapêuticos envolvidos nas trajetórias clínicas vivenciadas;
- Como se articulam, neste processo, as histórias de vida pessoais, o percurso na dependência química, as identidades constituídas, os projetos de vida futuros;
- Compreender as especificidades relacionadas ao trabalho com dependência química, para quem está em tratamento – observar o campo da dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação;

2. CONTEXTO

2. CONTEXTO (cenário nacional e internacional)

A descrição realizada a seguir objetiva contextualizar a temática da reabilitação psicossocial e profissional, em relação à produção científica contemporânea. Como a concepção sobre reabilitação psicossocial e o movimento do *recovery*¹ emergiram no campo dos transtornos mentais graves, e não especificamente no campo da dependência química, a literatura existente sobre estes temas refere-se a uma realidade que nem sempre converge com o que se observa entre os dependentes químicos – uma população que em geral apresenta a autonomia mais preservada, em relação a portadores de transtornos mentais graves.

Contudo, a cronicidade da dependência química e os prejuízos que ela acarreta em diversos âmbitos da vida, tal como os desdobramentos decorrentes dos transtornos mentais, justificam o resgate de tais concepções. Além disso, historicamente, o debate acerca das duas condições clínicas sempre foi centrado nas causas e na natureza de tais condições, destacando-se a criminalização, acompanhada de preconceito e estigmatização (GAGNE et al, 2007). Em comum entre as duas condições, observamos com frequência dificuldades em retomar uma atividade produtiva, isolamento social, fragilidade da rede de suporte social, entre outros.

Apresentamos a seguir os conceitos relacionados à reabilitação psicossocial, recuperação e reabilitação profissional, destacando brevemente o contexto histórico em que emergem estas práticas. Em seguida, apresentamos as diretrizes do governo brasileiro para o tratamento da dependência química, pautadas nos princípios da reabilitação psicossocial e da redução de danos.

¹ Optamos por manter em inglês a terminologia que descreve o movimento emergente no campo da saúde mental, originário nos Estados Unidos. Utilizaremos a expressão traduzida para o português (recuperação) quando fizermos referência ao processo pelo qual passa o portador de transtorno mental e de dependência química.

2.1 Reabilitação psicossocial e recuperação

As concepções sobre reabilitação psicossocial e recuperação emergiram no campo da saúde mental, nas últimas décadas. A literatura sobre estes temas, no entanto, não é consensual quanto aos conceitos utilizados. O termo recuperação, por exemplo, aparece tanto vinculado à remissão total da sintomatologia decorrente do transtorno mental, quanto ao aprendizado sobre como conviver e lidar com a doença no dia-a-dia (JORGE-MONTEIRO & MATIAS, 2007). Alguns autores criticam o uso deste termo, por considerá-lo insuficiente para descrever a real dimensão do que acontece na vida da pessoa portadora de um transtorno mental ou mesmo para descrever os resultados do processo terapêutico (JORGE-MONTEIRO & MATIAS, 2007). Portanto, não existe uma compreensão consensual ou única sobre o que signifique recuperação; os diversos entendimentos acerca deste processo resultam de uma diferença de perspectiva a partir da qual a recuperação é encarada como processo ou resultado. Em geral, familiares e profissionais da saúde encaram a recuperação do ponto de vista da aquisição de resultados, tais como a concretização dos objetivos de vida em domínios como emprego, qualidade de vida, bem-estar psicológico; já os pacientes, encarariam sua recuperação como processo, um fenômeno que ocorre gradualmente no curso do tempo – um processo profundamente pessoal que implica em ir além da doença, desenvolvendo um novo significado e propósito para a vida pessoal (JORGE-MONTEIRO & MATIAS, 2007). Esta última visão enfatiza a recuperação como um percurso pessoal estritamente significativo e concreto, ao invés de um constructo abstrato. Um processo pessoal, lento e deliberado.

Disto decorre o fato de que ninguém e nenhum dispositivo terapêutico podem incutir, ao portador do transtorno mental, o *espírito* da recuperação, pois este não é um processo forçado, da mesma maneira como não é suficiente que seja um processo desejado (DEEGAN, 1988). Apesar disto, contudo, é possível afirmar que existem ambientes mais propiciadores de recuperação do que outros. É importante atentar a este fato, pois é comum observar entre familiares e profissionais da saúde o estabelecimento de metas visando à aquisição de certos resultados, que podem não coincidir com os desejos e propósitos da pessoa em tratamento. Priorizam-se, assim, experiências que podem não ser relevantes ou significativas para aquele a quem primeiramente diz respeito o processo de recuperação. Tais diferenças de expectativas refletem-se diretamente na organização dos serviços em saúde mental, bem como nos tratamentos

disponibilizados (JORGE-MONTEIRO & MATIAS, 2007).

Vale destacar, ainda, a diferenciação existente entre recuperação e cura. Esta última pressupõe a remissão total dos sintomas relacionados à doença mental; a ausência de doença. Já a recuperação, não significa a remissão total dos sintomas associados à doença ou o regresso a uma condição anterior, a um estado pré-existente. A recuperação implica, antes, no desenvolvimento de novos comportamentos e aprendizados que resultem em uma nova maneira de viver, integrando as restrições impostas pela doença, mas transpondo-as funcionalmente. Trata-se de uma adaptação, em que ficam valorizados os potenciais da pessoa, em detrimento das limitações ocasionadas pela doença. Neste sentido, portanto, a recuperação, como qualquer outro processo de aprendizado e transformação, pressupõe um movimento ascendente, em espiral, destacando-se natureza dinâmica deste processo.

Consideremos agora a concepção de reabilitação. Se retomarmos o conceito genérico de reabilitação presente no campo da saúde, como a restauração de um funcionamento prejudicado, temos que a reabilitação psicossocial consistiria na restauração, sobretudo, do funcionamento psicológico e social (KING et al, 2007). Tal concepção parte de dois princípios básicos: as pessoas são capazes de aprender e se adaptar para atender às suas necessidades e atingir as metas estabelecidas, desde que estejam motivadas a atingir independência e auto-confiança (CNAAN et al, 1988).

Embora a reabilitação psicossocial e a recuperação sejam processos complementares, apresentam algumas distinções. A reabilitação psicossocial é pertinente aos programas de tratamento, constituindo estratégias e técnicas utilizadas pelos serviços de saúde mental para promover a recuperação da pessoa em tratamento por algum transtorno mental (KING et al, 2007; PITTA, 2001). Trata-se de um processo eminentemente interpessoal. Já a recuperação, conforme destacado anteriormente, é considerada uma tarefa prioritariamente pessoal, constituindo responsabilidade de cada indivíduo viabilizar seu processo de recuperação; o que pode ser feito por meio de caminhos diversos, incluindo ou não a frequência a tratamentos especializados (KING et al, 2007). Diferentemente do processo de recuperação, que pode ocorrer de maneira aleatória, não sistematizada, o processo de reabilitação psicossocial sempre pressupõe a estruturação de um programa voltado à recuperação dos clientes, a partir de objetivos e metas específicos (KING et al, 2007).

A transposição destes conceitos para o campo da dependência química requer algumas ressalvas, pois diferentemente dos prejuízos relacionados ao transtorno mental, a exemplo da esquizofrenia, os prejuízos observados no campo da dependência química apresentam especificidades que precisam ser consideradas. Um destes pontos está na própria organização dos serviços oferecidos. Nos últimos trinta anos, o sistema de saúde mental tem se reorganizado para oferecer serviços de suporte na comunidade. Contudo, os programas de tratamento para dependência química avançaram menos nesta direção, em relação aos serviços de saúde mental, continuando a oferecer, principalmente, um suporte de curto prazo, focalizado na fase aguda da doença e prestado nos ambulatórios especializados, com pouco suporte contínuo prestado na comunidade (GAGNE et al, 2007).

Outra diferença apontada por Gagne e colaboradores (2007), em artigo comparando o modelo da recuperação no campo da saúde mental e da dependência química, relaciona-se às estratégias utilizadas no âmbito do tratamento para facilitar o processo de recuperação. Enquanto os transtornos mentais exigiriam uma ênfase na intervenção durante a crise, o tratamento no campo das adições deveria disponibilizar, segundo os autores, o monitoramento contínuo do paciente, após o episódio de tratamento na fase aguda, a fim de facilitar seu retorno ao tratamento, em momentos críticos. Em relação aos demais aspectos envolvidos no processo de recuperação, contudo, o caminho seria idêntico, segundo os autores.

2.1.1 Contexto histórico em que emergem as práticas reabilitatórias e o movimento do *recovery*

O modelo da reabilitação tem início na segunda metade do século XX, com as mudanças de paradigma no sistema de tratamento oferecido aos doentes mentais. A partir de progressos no campo da psicofarmacologia, com o desenvolvimento de novas medicações; do fortalecimento do movimento de direitos humanos; e da plena incorporação dos componentes social e mental na definição do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde, o momento histórico tornava favorável o início da transposição do tratamento, até então pautado no modelo asilar, para a comunidade (WHO, 2001).

É em meados dos anos 70, acompanhando o processo de desinstitucionalização e a emergência do atendimento prestado na comunidade (*community support system*), que as práticas em reabilitação ganham força (ANTHONY, 1993). A desinstitucionalização, como parte importante da reforma do sistema de saúde mental, levou à implementação de uma rede alternativa de atendimento na comunidade, já que se tornava necessário cuidar adequadamente do retorno à sociedade de pessoas reclusas por longo período de tempo, beneficiando-as a partir dos dispositivos existentes na própria comunidade.

O movimento do *recovery* começou a emergir em meados dos anos 70, nos Estados Unidos, a partir da iniciativa de portadores de transtornos mentais, em busca de seus direitos de cidadão (Anthony, 1993). Contudo, é no início dos anos 90 que este movimento ganha visibilidade, a partir da divulgação de textos escritos por portadores de transtornos mentais, sobre suas experiências de enfrentamento e convivência com a doença. Este gênero de literatura, somado aos primeiros escritos publicados por profissionais da área de saúde mental, legitimando a importância de tais textos e das experiências neles contidas, também no início da década de 90, configuraram o *recovery* como um movimento na área da saúde mental (RALPH & MUSKIE, 2000; ANTHONY, 1993).

Reabilitação psicossocial e recuperação: conceituações possíveis

Embora não exista uma única e consensual definição sobre estes dois processos, faremos um esforço didático de apresentar uma conceituação que abarque, do nosso ponto de vista, diferentes e significativos aspectos destes fenômenos.

Constituindo um processo pouco estruturado teoricamente, a reabilitação psicossocial é melhor descrita por *práticas* diversas; práticas mais sofisticadas que as teorias disponíveis (SARACENO, 2001) e práticas que não pertencem a um campo de domínio único, conforme enfatiza Bertolote (2001):

“(...) ainda não existam profissões, não existem estamentos profissionais ou sociais que detenham a Reabilitação Psicossocial, ninguém sabe fazer Reabilitação Psicossocial, cada um de nós sabe um pedaço deste processo complexo e multifacetado.”

Algumas definições descritas na literatura enfatizam reabilitação psicossocial como um processo que envolve: indivíduos prejudicados; demandas singulares; reconstrução de contratualidade em diversos âmbitos (casa, trabalho, comunidade); remoção de barreiras; estímulo às competências e potenciais individuais; ênfase na rede social; e foco na equidade e na cidadania. Seguem algumas conceituações possíveis:

“A Reabilitação Psicossocial é um processo que enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem abrangente e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.”

(International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1985)

“Trata-se de um processo que oferece a indivíduos prejudicados ou incapacitados por alguma doença mental a oportunidade de alcançar seu nível ótimo de funcionamento na comunidade. Isso inclui tanto melhorar competências individuais quanto introduzir mudanças no ambiente.”

(OMS, 1995)

“Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania. (...) A reabilitação psicossocial não é a reabilitação do doente.”

(Bertolote, 2001)

“O processo de Reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania; (...) uma transição que leve, efetivamente, a uma maior contratualidade entre três grandes cenários: casa, trabalho e rede social.”

(Saraceno, 2001)

Segundo Saraceno (2001), um dos objetivos da reabilitação psicossocial é aumentar o poder contratual do portador de transtorno mental. Por contratualidade, entendemos a capacidade do indivíduo de engendrar contratos sociais, a partir dos quais possa subverter a reclusão a que foi lançado, em decorrência do estigma associado à doença mental (PINHO et al, 2008).

De maneira geral, as definições de reabilitação e recuperação assemelham-se, sobretudo, quanto aos propósitos estabelecidos, já que a meta da recuperação seria, de maneira

genérica, auxiliar pessoas afetadas por algum transtorno mental a reduzir o prejuízo e a incapacidade, direta ou indiretamente relacionados à doença, melhorando sua qualidade de vida (GAGNE et al, 2007). Conforme enfatizado anteriormente, trata-se de um processo centrado na pessoa, exigindo, portanto, seu envolvimento pessoal. A ênfase da recuperação está no crescimento pessoal, traduzido pela capacidade de fazer escolhas – característica relacionada à contratualidade.

A concepção de recuperação engloba três dimensões distintas. Como fenômeno objetivo, o processo de recuperação pode ser avaliado a partir de uma gama de indicadores, como: escalas avaliando sintomas, funcionamento social e qualidade de vida; mudanças no status profissional; número de internações e frequência a outros tipos de serviços clínicos; e dependência em relação a benefícios públicos sociais². Progressos visíveis em um ou mais destes indicadores, sem que haja retrocesso em outros, apontam para a existência objetiva de recuperação. Contudo, as evidências objetivas de recuperação nem sempre correspondem à vivência de quem está em recuperação, destacando-se a dimensão subjetiva deste processo. Esta dimensão refere-se às experiências do cliente em relação a si próprio, sua auto-estima, o sentido de auto-eficácia experimentado e o bem-estar psicológico e espiritual vivenciados (KING et al, 2007). É fundamental que a dimensão subjetiva da recuperação seja considerada e legitimada pela equipe técnica que conduz o tratamento, uma vez que a crença dos membros da equipe sobre o processo de recuperação do cliente atua diretamente sobre as possibilidades terapêuticas observadas. Quando a equipe técnica não acredita nas reais possibilidades de recuperação do cliente, o trabalho terapêutico corre o risco de ficar estacionado em uma manutenção básica, sem conseguir prover ao cliente a inspiração e a confiança necessárias ao seu crescimento pessoal (KING et al, 2007).

Considerando-se a dimensão subjetiva do processo de recuperação, princípios como a aquisição de consciência sobre a doença, que facilitará o ajustamento às limitações impostas pela doença; o empoderamento da pessoa portadora do transtorno mental, em seus direitos de cidadão; auto-estima e auto-determinação; além de otimismo e satisfação com a vida tornam-se centrais (VASCONCELOS, 2008; RESNICK et al, 2005; ANTHONY, 1993). É neste sentido que a literatura sobre recuperação enfatiza a esperança como um valor crucial à viabilização deste processo. Esperança e presença de pessoas significativas, que por diversas vezes farão a função de auxiliar a pessoa em recuperação a manter a crença em sua possibilidade de melhora e de mudança, nos

momentos em que ela própria vier a perder a confiança em si mesma (ANTHONY, 1993). Daí a importância do apoio familiar e dos pares, ao longo do processo de recuperação, sobretudo considerando-se seu caráter contínuo e não linear (GAGNE et al, 2007).

Abrangendo elementos diversos, o contexto no qual toma parte o processo de recuperação pode ser caracterizado em dois níveis: o primeiro deles envolvendo variáveis macro (política de saúde mental vigente em determinada região, cidade, bairro ou país; marco organizacional, estrutural, político); e no outro âmbito, as variáveis micro (vínculo paciente-profissional; âmbito terapêutico, afetividade, continuidade, tempo) (OMS, 2001).

Vejamos algumas características pertinentes às variáveis micro, relacionadas aos programas de tratamento.

Como devem ser os serviços em saúde mental orientados à recuperação?

Um estudo encomendado pela Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (*World Association of Psychosocial Rehabilitation*), ao Centro de Reabilitação Psiquiátrica, da Universidade de Boston, sobre as práticas em reabilitação psicossocial e psiquiátrica realizadas em âmbito internacional, aponta algumas características consideradas mínimas para um bom programa em reabilitação. São elas (FARKAS, 1999): 1. O programa deve focalizar o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves; 2. Deve ser orientado à promoção de melhoras no funcionamento intelectual, emocional e físico dos indivíduos, nos campos do trabalho, escolarização e moradia, considerando-se sua idade, suas expectativas culturais e seus interesses pessoais; 3. O programa deve visar ao desenvolvimento de parcerias e o empoderamento de seus participantes, não como usuários de serviços de saúde mental, mas como cidadãos; 4. Deve atuar em rede, de maneira integrada, com outros serviços, recursos e suportes da comunidade; 5. Incluindo os tratamentos especializados. No contexto brasileiro, contudo, este último tópico não faz sentido, uma vez que nosso sistema de saúde não prevê programas de reabilitação desvinculados dos programas de tratamento, como ocorre em outros países.

Desta descrição, destacam-se algumas características relacionadas ao funcionamento de um bom programa voltado à recuperação: ele atende aos desejos e necessidades

próprias de cada indivíduo; auxilia a pessoa em tratamento a se integrar em sua comunidade, de modo a que ela consiga desenvolver atividades que outros membros da comunidade fazem, em suas vidas diárias; deve funcionar de maneira integrada com recursos da comunidade, não se bastando em seu próprio universo. Além do tratamento clínico, portanto, um serviço orientado à recuperação deve focalizar a reabilitação psicossocial do cliente, favorecendo sua participação em grupos de ajuda-mútua, estabelecendo parcerias com recursos da comunidade, oferecendo-lhe assistência jurídica e apoio para encaminhar necessidades primárias (moradia, educação, trabalho, entre outras), além de disponibilizar apoio e orientação aos familiares (GAGNE et al, 2007).

Além disso, é preciso que o ambiente terapêutico seja propício a práticas de reabilitação psicossocial; uma característica assegurada somente pelo *sentido* atribuído pelo serviço às estratégias de reabilitação. É somente este sentido que garante ao processo o seu caráter reabilitador, e não as técnicas de reabilitação em si, visto que tais tecnologias são apenas etapas do processo de reconstrução da contratualidade. Conforme nos alerta Saraceno (2001), as técnicas reabilitatórias são estratégias, ou seja, pontos de partida, jamais devendo constituir-se ponto de chegada do processo de reabilitação psicossocial:

Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para a reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros; passe por, não termine em.

(SARACENO, 2001)

O próprio acesso ao tratamento clínico compõe uma estratégia importante para facilitar o processo de recuperação. No campo da dependência química, fazem parte do tratamento, além de medicação e psicoterapia, o acompanhamento contínuo do cliente, após a fase aguda do tratamento, para facilitar uma intervenção clínica imediata, em caso de risco de reinstalação da dependência química (GAGNE et al, 2007).

O desenvolvimento de habilidades para desempenhar papéis sociais importantes constitui outra estratégia importante ao processo de recuperação, junto à frequência contínua a programas de tratamento orientados à recuperação, bem como o engajamento em recursos da comunidade (GAGNE et al, 2007). Por englobar dimensões tão variadas e subjetivas, fica evidente que o processo de recuperação não pode ser viabilizado, em sua integralidade, a partir exclusivamente de *settings* terapêuticos. Neste

sentido, é fundamental incluir no processo de recuperação atividades e organizações fora do âmbito da saúde mental, como atividades esportivas, religiosas, recreacionais, educacionais (ANTHONY, 1993). O fato de serem atividades realizadas em grupo é de crucial relevância à recuperação, uma vez que favorece o rompimento do isolamento social que frequentemente acompanha a doença mental. Conforme enfatiza Anthony (1993), a recuperação é uma experiência profundamente humana. Portanto, em muito influenciada pelas respostas humanas de outros significativos. Daí a importância de que o processo de recuperação favoreça a (re) inscrição do indivíduo na coletividade de que ele faz, ou deveria fazer, parte.

Ainda considerando os programas de tratamento, vejamos algumas variáveis que podem contribuir à viabilização do processo de recuperação.

Estratégias, técnicas e plano terapêutico em reabilitação psicossocial

As práticas de reabilitação caracterizam-se pela intersectorialidade, envolvendo as áreas da saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura. Podem ocorrer em variados *settings* e sob ideologias diversas. Mas necessariamente devem contar com a articulação de diversos serviços comunitários, como os centros de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos, centros de ajuda diária de diferentes tipos (OMS, 2001).

No âmbito dos programas de tratamentos, diversos recursos podem ser utilizados nas iniciativas de reabilitação, como elementos mediadores deste processo: grupos operativos, ateliês terapêuticos, reabilitação vocacional, treino de habilidades, psicoeducação, suporte social, atendimento familiar (OMS, 2001; PITTA, 2001). Existem também diversas atividades que podem ser enfatizadas para estimular o processo de recuperação: discussão de livros, de filmes, discussões em grupos, visitas a lugares fora do ambiente de tratamento, estímulo a conversa com pessoas diferentes, ou mesmo o contato com pessoas que tenham conseguido se recuperar ou que estejam mais adiantadas neste processo. O programa terapêutico oferecido deve ser criativo e estimulante para os clientes, uma vez que não há saúde sem criação, como nos lembra Canguilhem (2007).

É a partir de uma avaliação inicial minuciosa, que pode ou não ser estruturada sob a forma de questionários padronizados, que será delineado o plano terapêutico, contendo as estratégias mais adequadas de serem utilizadas. Independentemente do formato, é importante que a avaliação psicossocial seja sistemática e abrangente, priorizando os pontos fortes do cliente (KING, 2007).

Dentre as informações a serem pesquisadas pela avaliação em reabilitação psicossocial, destacam-se: a natureza da doença mental (diagnóstico, perfil sintomático, início, curso da doença); o impacto funcional da doença (prejuízos diretamente decorrentes da doença); as habilidades pessoais atuais (atividades que a pessoa consegue fazer, apesar da doença); os pontos fortes do cliente, existentes anteriormente à instalação da doença; o estágio em que se encontra no processo de recuperação; a maneira com a qual a pessoa lida com a experiência do adoecimento; o seu ambiente social atual (qualidade do suporte familiar, relações de amizade, participação em associações da comunidade e outros relacionamentos); os recursos terapêuticos com que conta (pessoas e serviços envolvidos no tratamento físico e mental do cliente); os recursos físicos atuais (qualidade de moradia, rendimentos, alimentação, vestuário etc.); além das suas prioridades no processo de recuperação (metas de curto e longo prazo) (KING, 2007).

A Tabela 1 apresenta um resumo dos principais pontos a serem abordados na entrevista psicossocial, a fim de manter o foco na recuperação do cliente.

TABELA 1: Avaliação em reabilitação psicossocial

<ul style="list-style-type: none">• Avaliação é uma oportunidade para o engajamento terapêutico do cliente, tanto quanto para a obtenção de informações.
<ul style="list-style-type: none">• Ênfase na busca pelos pontos fortes do cliente, além de suas necessidades e dificuldades.
<ul style="list-style-type: none">• Investigação sobre o estilo de recuperação do cliente.
<ul style="list-style-type: none">• Identificação das prioridades do cliente, entre as suas necessidades de reabilitação.
<ul style="list-style-type: none">• Uso de medidas padronizadas para complementar a entrevista de avaliação.
<ul style="list-style-type: none">• Assegurar-se de que o plano de reabilitação foi elaborado conjuntamente com o cliente e que está expresso em linguagem significativa para ele.
<ul style="list-style-type: none">• Atenção para não confundir metas com estratégias, no plano reabilitatório.

Adaptado de King (2007)

O plano de reabilitação é um desdobramento natural da avaliação realizada. Este plano identifica as metas, estratégias e objetivos que serão trabalhados durante o processo de reabilitação. O plano realizado tem mais chances de se efetivar, quanto mais negociado e elaborado em conjunto com o cliente tiver sido seu processo, refletindo as prioridades e o estágio de recuperação em que se encontra o cliente, bem como ancorado em seus pontos fortes (KING, 2007). É importante identificar o estágio do processo de recuperação em que o cliente se encontra, pois cada momento é acompanhado de questões específicas, que precisam ser consideradas para que o processo tenha mais chances de se efetivar com sucesso. Na tabela 2 apresentamos os principais desafios e questões pertinentes a cada estágio de recuperação.

Tabela 2: Modelo esquemático da recuperação do transtorno mental

Estágio	Tarefas / Desafios	Questões
Crise aguda	Estabilização, contenção dos sintomas	Segurança, eficácia do tratamento
Pós-trauma	Lidar com as rupturas ocasionadas em relação ao mundo externo e interno	Controle dos danos, reação ao advento da doença
Inventário	Avaliação da extensão do impacto da doença na vida pessoal e social do cliente	Moral pessoal, teste de realidade
Reconstrução	Redescoberta das capacidades pessoais	Retomar o sentido de si
Aproximação	Retomar o contato com o mundo social	Esperança, suporte, estigma
Consolidação	Engajar-se em projetos de longo prazo, como relacionamentos, carreira, estudos ou outras atividades	Confiança

Adaptado de King (2007)

A escolha das estratégias mais adequadas para serem utilizadas em dado momento do processo de reabilitação resulta das melhores negociações entre as necessidades do cliente e as oportunidades e recursos disponíveis no contexto, considerando: 1) o nível ótimo de estimulação, a fim de não deixar o cliente aquém, ou solicitá-lo além, de suas possibilidades; 2) impedimentos específicos, delimitando restrições; 3) expectativas dos profissionais de saúde mental – que frequentemente podem ser opostas às aspirações do cliente (KING, 2007; OMS, 2001).

Uma vez descritos os processos relacionados à recuperação e à reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento para a dependência química, cabe enfatizarmos algumas considerações a respeito dos equívocos potencialmente atrelados a esta terminologia.

2.1.3 Reabilitar e recuperar o quê? Restrições à terminologia utilizada.

Encerramos este capítulo atentando para os riscos embutidos nos termos reabilitação e recuperação. A utilização do prefixo *re* evoca a expectativa, equivocada, de que é possível retornar a uma suposta condição original, de dita 'normalidade'. Embora a aferição da inclusão seja desejável, trata-se de definir, conforme interroga Benetton (2001), se a aferição se fará "*pelo novo ou pelo readquirido*"? Como se o retorno à condição original fosse uma possibilidade efetiva. A autora propõe o afastamento de todo conceito que implique em restituição do estado anterior, de modo a não mais haver comparações: "*apenas o vivido e o experimentado tornam-se subsídios para o futuro*". E retornando à terminologia, conclui:

"o termo "reabilitação" precisa ser desvinculado de estados de exceção e precisa, ao mesmo tempo, ter e manter compromissos de fato com o desenvolvimento da vida, qualquer vida, no sentido habitual da trama do cotidiano que implica na aceitação de tudo o que é habitual." (BENETTON, 2001)

Recorrendo ao conceito de saúde proposto por Canguilhem (2007), temos a impossibilidade de restauração de qualquer condição original, quando se trata de vida. Conforme enfatiza o autor, "*a vida não conhece a reversibilidade e a nova saúde não é a mesma que a antiga*". A vida admite, contudo, a possibilidade de reparação, gerando sempre inovações. É nesta possibilidade que reside o potencial de saúde.

No campo da dependência química, embora saibamos que a trajetória de estabilização seja longa e marcada pela necessidade de múltiplos resgates, também não se trata de realizar a volta a uma suposta condição original, mas de seguir adiante num percurso marcado pela busca de novas e dignas formas de viver, com as limitações e possibilidades inerentes a toda condição de vida (BONADIO, 2005).

2.2 Reabilitação Vocacional: uma prática corrente em âmbito internacional

O trabalho compõe um dos eixos centrais ao processo de reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento para a dependência química, favorecendo tanto a recuperação inicial, como a manutenção da abstinência e a redução do consumo de substâncias (BECKER et al, 2005; CAMPBELL, 1998; ROOM, 1998; HAMMER et al, 1985). Por ser essencial ao processo de recuperação, o trabalho deve constituir-se foco de interesse e monitoração do terapeuta, tanto quanto o consumo da substância em si ou os problemas psicológicos e físicos associados à dependência (EDWARDS et al, 1999).

Em pesquisas de avaliação sobre programas de tratamento para a adição, a variável trabalho é vista tanto como um resultado desejado (meta a ser atingida), como um elemento do tratamento (PLATT, 1995), vinculando-se a resultados clínicos positivos e à adesão do paciente ao tratamento (NIDA, 1979; PLATT, 1995). Em revisão da literatura sobre a reabilitação vocacional de dependentes químicos, Platt (1995) afirma que os artigos publicados nas últimas décadas refletem um aumento de conscientização sobre a importância do trabalho, e de intervenções relacionadas a este enfoque, para o tratamento e recuperação de dependentes químicos.

Apesar disto, contudo, os usuários de serviços terapêuticos para álcool e drogas historicamente apresentam altos índices de desemprego e grandes dificuldades para conseguir trabalho, durante ou após o período de tratamento (MAGURA & STAINES, 2004). Segundo os autores, este fato pode ser atribuído a diversos fatores, envolvendo desde deficiências na formação técnica ou acadêmica dos clientes, à relutância dos empregadores para contratar pessoas com histórico de dependência química, ou mesmo a falta de estímulo ao trabalho que pode decorrer da aquisição de benefícios sociais vinculados à doença e ao desemprego.

A despeito da condição de dependência química, é sabido o lugar central que o trabalho ocupa na constituição do ser humano. Ainda que a centralidade do trabalho esteja em discussão, na atualidade, parece inquestionável o quanto esta atividade ainda permeia esferas diversas da vida humana, engendrando a vida social e sendo por ela ao mesmo tempo determinada (FERRETTI, 1997). É a partir do trabalho – enquanto protoforma da atividade humana - que o homem se torna um ser social, distinguindo-se de todas as formas não-humanas e possibilitando a própria produção e reprodução desta humanidade (ANTUNES, 2000). Em qualquer esfera que seja (atividade remunerada ou

não), o trabalho desempenha papel central na constituição da identidade pessoal, assim como na conquista de um sentimento de dignidade social, dando às pessoas um senso de propósito e significado na vida, contribuindo para aumentar a auto-estima e para estruturar o cotidiano, ao favorecer a participação no contexto social, o contato com os semelhantes e o engajamento em uma atividade produtiva (BECKER et al, 2005; COMERFORD, 1998; MOWBRAY et al, 1997).

Focalizando a questão ocupacional de pessoas prejudicadas por alguma condição clínica ou social, Mowbray e colaboradores (1997) são enfáticos ao afirmar que todos os indivíduos, independentemente do grau e tipo de comprometimento que apresentem, são capazes de trabalhar produtivamente em qualquer tipo de ambiente, desde que providos de suporte adequado. Segundo os autores, eventuais fracassos no âmbito do trabalho não decorreriam de uma incapacidade pessoal, mas de uma atividade ou ambiente inapropriados, ou de suportes inadequados.

No contexto internacional, os serviços de reabilitação vocacional constituem o suporte disponibilizado para auxiliar pessoas em tratamento por diversas condições crônicas a buscar e manter uma atividade ocupacional. No âmbito específico do tratamento da dependência química, a reabilitação vocacional é frequentemente vista como um dos meios mais efetivos de se promover o retorno do dependente químico ao mundo do trabalho (DEREN & RANDELL, 1990) e, por conseqüência, à sociedade, pois ao conseguir obter e manter um trabalho, não apenas estabelece um meio legal de fonte de renda, mas tem melhorada sua auto-estima, contribuindo muitas vezes para a redução do consumo de drogas ilícitas e para o afastamento de atividades criminais (JOE, CHASTAIN & SIMPSON, 1990).

Mas em que consiste a reabilitação vocacional?

De maneira genérica, a reabilitação vocacional é descrita como *“um processo destinado a auxiliar pessoas com comprometimentos de diversas naturezas e graus a retomar e manter uma atividade produtiva, segundo suas possibilidades”* (MOWBRAY et al, 1997). No contexto internacional, este processo é encaminhado por serviços especificamente voltados a esta finalidade, os chamados serviços de reabilitação vocacional, que podem ou não integrar os programas de tratamento. Vejamos como funcionam estes serviços.

2.2.1 Os serviços de reabilitação vocacional

Surgidos inicialmente no contexto norte americano, em meados dos anos 60, os serviços vocacionais são geralmente disponibilizados por agências especificamente voltadas a este fim, governamentais ou não (TIP 38, 2000). Também podem, contudo, integrar os programas de tratamento, sendo disponibilizados nos próprios *settings* terapêuticos.

A população alvo dos serviços vocacionais inclui os dependentes químicos, mas não se restringe a eles. Portadores de transtornos mentais crônicos frequentemente integram o quadro de usuários dos serviços vocacionais, conjuntamente a pessoas com problemas relacionados ao abuso de substâncias (MOWBRAY et al, 1997).

O foco destes programas é a empregabilidade e a recolocação no mercado de trabalho. Por isso, os conceitos centrais que embasam as práticas realizadas, assim como as estratégias e os instrumentos utilizados no processo, relacionam-se à prontidão para o trabalho, à empregabilidade, à recolocabilidade e às barreiras ao trabalho, conforme descrito a seguir (KARUNTZOS, 2002):

- 1) **Empregabilidade:** atributo relacionado à capacidade da pessoa de funcionar adequadamente em uma situação particular de trabalho ou uma ocupação específica;
- 2) **Recolocabilidade:** refere-se à probabilidade de uma pessoa conseguir trabalho em uma ocupação específica, considerando-se suas habilidades pessoais;
- 3) **Postura de prontidão ao trabalho:** conceito relacionado aos atributos pessoais (motivação, auto-estima, desejo e habilidades gerais para obter e manter um emprego, entre outros) e aos fatores ambientais (preferências do empregador, condições gerais do mercado de trabalho);
- 4) **Barreiras ao trabalho:** obstáculos que dificultam a retomada de uma atividade produtiva, podendo ser internos ou externos à pessoa. No âmbito das **barreiras internas**, têm-se: a) aquelas que resultam diretamente da doença (sintomatologia, como ansiedade, fobia social, dificuldades de concentração e memória, entre outras); b) aquelas que são consequência indireta do transtorno do paciente (exemplo: diminuição da auto-estima devido ao estigma enfrentado ou a fracassos sucessivos no âmbito profissional; motivação diminuída para procurar e manter um trabalho); c) barreiras não relacionadas à doença (escolarização deficitária, atividades ilegais) (MOMBRAVY et al, 1997). No âmbito das **barreiras**

externas ao cliente estão: oportunidades restritas de trabalho, resultantes, muitas vezes, do estigma dos empregadores; dificuldades com transporte; suporte social prejudicado; condições precárias de moradia e subsistência, entre outras.

Quanto às abordagens que integram os serviços de reabilitação vocacional, destacam-se o treinamento de habilidades relacionadas à recolocação no mercado de trabalho (elaboração de currículos, preparação para entrevistas de empregos, busca de vagas disponíveis), aperfeiçoamento educacional, desenvolvimento pessoal e serviços de suporte, relacionados ao atendimento das necessidades primárias do cliente, como creche para os filhos, transporte, moradia, alimentação (SCHOTTENFIELD et al 1992).

Em linhas gerais, o protocolo de reabilitação vocacional utilizado nas agências vocacionais inclui: a) avaliação das necessidades vocacionais do cliente; b) planejamento do atendimento vocacional; c) acesso às informações relacionadas ao atendimento para dependência química; d) aconselhamento vocacional individual; e) workshops em treinamento/motivação para o trabalho; f) atendimento das necessidades primárias do cliente, identificadas como barreiras à sua reabilitação vocacional (KARUNTZOS, 2002; PLATT, 1995).

O tempo adequado ao recebimento dessas intervenções varia conforme a história vocacional do cliente, sua motivação em relação à questão ocupacional e conforme a própria diretriz do serviço de reabilitação vocacional. Existem distintas concepções subjacentes aos programas de reabilitação vocacional. A mais antiga delas – *the train-place model* – surgiu em meados dos anos 60, nos Estados Unidos, e valoriza o chamado *status* ocupacional do cliente – uma avaliação sobre a prontidão da pessoa para retornar ao mercado de trabalho. A partir desta concepção, alguns clientes são considerados prontos para ingressar em um programa de reabilitação vocacional, já que possuiriam habilidades, histórico profissional e motivação para imediatamente conseguir trabalho; enquanto outros precisariam de mais atividades pré-vocacionais antes de focalizar o trabalho propriamente dito (KARUNTZOS, 2002). Esta abordagem prioriza, portanto, as etapas iniciais do processo de reabilitação vocacional (avaliação e intervenções pré-vocacionais), voltadas à motivação e preparação do cliente para o retorno ao mercado de trabalho. As intervenções pré-vocacionais enfatizam trabalhos temporários e/ou voluntários, que ocorrem em ambientes protegidos, constituindo treinamentos vinculados ao serviço vocacional.

A outra abordagem subjacente aos serviços vocacionais – *supported employment* – consolidou-se nos Estados Unidos, a partir dos anos 80, enfatizando a importância de um retorno imediato ao mercado de trabalho, em oposição à abordagem pautada em extensos períodos de atividades pré-vocacionais e em empregos transitórios e protegidos (BECKER et al, 2005; BOND et al, 2001). De acordo com a definição proposta pelo governo norte-americano (in BOND et al, 2001), esta abordagem visa a auxiliar pessoas prejudicadas por alguma condição crônica incapacitante a obter emprego no mercado de trabalho formal, em ambientes integrados à comunidade, conforme suas potencialidades, recursos, prioridades, preocupações, capacidades, habilidades, interesses e preferências pessoais. Os clientes destes programas vocacionais são pessoas que, em função dos prejuízos relacionados ao quadro clínico, jamais pleitearam uma vaga no mercado de trabalho ou pessoas cuja participação foi interrompida ou intermitente, como resultado do adoecimento.

O *supported employment* é atualmente a abordagem mais utilizada nos serviços vocacionais na América do Norte e Europa. Nesta abordagem, são privilegiadas as situações reais, vivenciadas nos cotidianos de trabalho, em detrimento de situações enfrentadas em ambientes protegidos ou mesmo em contextos de trabalho temporário. Este enfoque prevê um suporte contínuo ao cliente, para além da busca inicial pelo trabalho. Em alguns destes serviços, a ajuda é disponibilizada em tempo real, por meio de acesso *online* ao conselheiro vocacional, de maneira que o cliente pode tirar dúvidas e buscar orientações sobre como lidar com alguma situação difícil, no momento exato em que ela está ocorrendo.

Entre os dependentes químicos, a demanda por atividades relacionando-se à auto-estima, motivação e desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao trabalho é alta, relacionando-se tanto ao momento de busca, quanto de realização da atividade ocupacional (KARUNTZOS, 2002). Segundo esta autora, os principais problemas apresentados por esta população são: dificuldades de trabalhar em equipe, auto-estima frequentemente diminuída, experiências ruins de trabalho, habilidades deficitárias para resolução de problemas (KARUNTZOS, 2002).

Do ponto de vista dos clientes, as barreiras ao trabalho comumente relatadas por clientes das agências vocacionais norte-americanas incluem: uso continuado da droga, ficha criminal, atividades ilegais, atividades de lazer negativas, habilidades interpessoais prejudicadas, dificuldades em relação ao idioma (no caso de imigrantes), problemas

familiares, problemas de saúde, insatisfação com a aparência pessoal, discriminação racial ou sexual, fatores ligados à economia, dificuldades com transporte, responsabilidades 'concorrentes' ao trabalho (como cuidados com filhos e outros familiares) e o estigma relacionado à dependência química (French et al, 1992; Schottenfield et al, 1992).

A própria interação do cliente com o programa de reabilitação vocacional também pode tornar-se um obstáculo ao processo de reabilitação, na medida em que muitas vezes as percepções do cliente e da equipe sobre as prioridades a serem trabalhadas no processo de reabilitação profissional são discrepantes, podendo, inclusive, comprometer os objetivos enfatizados no tratamento (BREWINGTON et al, 1987). Daí a relevância de que as metas norteadoras do processo de reabilitação profissional sejam necessariamente estabelecidas em conjunto com o cliente.

Embora de extrema relevância ao processo de reabilitação do dependente químico, o que se observa na literatura é uma oferta escassa de serviços ocupacionais a esta população, mesmo nos países onde esta intervenção está estruturada, como nos Estados Unidos.

Brewington e colaboradores (1987), em análise da literatura sobre o tema, sugerem que, embora a reabilitação profissional esteja relacionada a resultados clínicos positivos, como diminuição no consumo de drogas e comportamento criminoso, além do aumento nas taxas de emprego, grande parte dos programas de tratamento não oferece serviços voltados à reabilitação ocupacional dos pacientes, ainda que haja demanda por este serviço. Segundo o autor, os motivos que justificam este fenômeno ainda não estão claros, embora respostas potenciais incluam: conflitos com a filosofia do tratamento, falta de incentivos financeiros aos programas e treinamento e supervisão à equipe inadequados.

Considerações realizadas por Craddock e colaboradores (1982) corroboram tais indícios. Em estudo realizado, encontrou-se uma larga discrepância entre o que os pacientes relatavam receber de serviços ocupacionais e educacionais, nos programas de tratamento, e o que eles diziam precisar. Tais dados, segundo o autor, não surpreendem, já que serviços voltados à educação e ao trabalho são os mais difíceis de reverter em lucro para os programas de tratamento, embora sejam, conforme aponta o

autor, serviços cruciais à conquista de benefícios duradouros.

Em estudo de seguimento, realizado junto à equipe técnica de quatro clínicas para tratamento de metadona, na cidade de Nova Iorque, Arella e colaboradores (1990) observaram que os principais obstáculos apontados pela equipe para a utilização dos serviços vocacionais foram: a baixa prioridade dada pela equipe às necessidades vocacionais/educacionais dos clientes, em comparação a outras necessidades; supervisão inadequada ou inexistente do serviço prestado no âmbito vocacional/educacional; prevalência de déficits consideráveis nos conselheiros dos programas de álcool e drogas, quanto a conhecimentos sobre manejo de caso, resultando em encaminhamentos inapropriados para as agências de reabilitação vocacional da comunidade; falta de incentivos fiscais aos programas de tratamento. No contexto brasileiro, não há porque supor que as dificuldades sejam menos acentuadas. Considerando-se a precariedade do sistema público de saúde, os desafios ficam ainda maiores.

Apesar de considerar a interação entre diversos fatores (tanto pessoais, quanto ambientais), o objetivo final do processo de reabilitação vocacional praticado na América do Norte e em diversos países da Europa é a recolocação no mercado formal de trabalho. Em geral, o processo de reabilitação vocacional praticado no contexto internacional não focaliza a identidade ocupacional da pessoa em tratamento, tampouco atenta ao seu funcionamento psicodinâmico – fatores diretamente atuantes sobre a relação que o indivíduo estabelece com o trabalho e as dificuldades ocupacionais que enfrenta. Tais considerações ficariam a cargo dos programas de tratamento, e não dos programas de reabilitação para o trabalho.

2.3 Diretrizes do governo brasileiro para o tratamento da dependência química

Historicamente, a questão do consumo problemático de álcool e drogas foi abordada sob a ótica predominantemente psiquiátrica, focalizando como meta central a abstinência e desconsiderando-se as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas deste fenômeno, tal como reconhecido pelo Ministério da Saúde no documento intitulado *“A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Uma política nacional de atenção aos usuários de substâncias psicoativas está ainda em

consolidação no Brasil e vincula-se estreitamente à política de saúde mental vigente. No âmbito do Ministério da Saúde, as políticas e práticas dirigidas aos usuários de álcool/drogas subordinam-se à Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas. Toda a política oficial voltada ao campo da dependência química vincula-se, portanto, aos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela reforma psiquiátrica, enquanto marco teórico-político.

Instituído por leis federais nos anos 90, o SUS tem base na Constituição Federal de 1988, que prevê a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Trata-se de um sistema pautado em um conjunto de ações e serviços de saúde voltados a garantir o acesso universal da população a uma rede de assistência integral e equitativa, prevendo ainda a descentralização dos recursos de saúde e um controle social misto (Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representantes de diversos setores sociais: usuários, prestadores de serviço, trabalhadores) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Em abril de 2002, o Ministério da Saúde instituiu o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas*, no âmbito do SUS, pautado nos princípios estabelecidos pela Lei Federal 10.216 (2001), que dispõe sobre a Saúde Mental vigente – enfatizando a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (substituição gradual do modelo asilar pelo atendimento prestado na comunidade) - diretrizes reafirmadas e ampliadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Como principais *componentes assistenciais* do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas destacam-se, conforme enunciado pela Portaria nº 2.197 (2004):

- Dispositivos do âmbito da atenção básica: unidades de atenção básica, ambulatorios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad), ambulatorios e outras unidades extra-hospitalares especializadas;
- Atenção hospitalar de referência;
- Rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

Entre estes dispositivos de assistência, preconiza-se a utilização da estratégia de redução de danos sociais e à saúde e ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas tanto a usuários quanto a familiares, a serem conduzidas na própria comunidade, evitando-se internações em hospitais psiquiátricos. Em âmbito legal, são consideradas atividades de reinserção social do usuário ou dependente de substâncias aquelas voltadas à sua integração em redes sociais, prevendo, portanto, o investimento em alternativas diversificadas - esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras - como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida.

A utilização de estratégias de redução de danos, bem como a ênfase em parcerias interministeriais e com setores da sociedade civil organizada, são princípios enfatizados pelo governo como fundamentais ao enfrentamento da problemática relacionada ao consumo de substâncias psicoativas, considerando-se:

1. A heterogeneidade característica da dependência química e, portanto, a necessidade de diferentes enfoques, capazes de abarcar a multiplicidade de demandas presentes no contexto da dependência;
2. A ênfase ao caráter de saúde pública envolvido na problemática álcool/drogas, prevendo-se o desafio de prevenir, tratar e reabilitar o usuário de álcool/drogas como uma questão de saúde pública.

Como parte das mudanças ocasionadas no campo da saúde mental, em julho de 2003, o governo instituiu o *Auxílio-Reabilitação Psicossocial* para pacientes acometidos por transtornos mentais e egressos de internações psiquiátricas. Trata-se de uma ajuda financeira, no valor de R\$ 320.00, disponibilizada pelo período mínimo de um ano, para pessoas que tenham passado pelo menos dois anos em hospitais ou unidades psiquiátricas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). É o principal componente do programa de ressocialização proposto pelo governo e denominado *“De volta para casa”*. Tal programa focaliza a inserção social de pessoas acometidas por transtornos mentais a partir da organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados capazes de propiciar o convívio social, incentivando o exercício dos direitos civis, políticos e de cidadania da pessoa em processo de ressocialização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Contudo, este Programa abarca ainda num número pequeno de beneficiários. Apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício, totalizando 3.574 beneficiários, conforme

dados publicados pelo Ministério da Saúde (2010). De acordo com esta publicação, os principais obstáculos a serem enfrentados pelo processo de desinstitucionalização são: problemas relacionados à documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas e dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tendo em vista a necessidade de expandir a rede assistencial disponível aos usuários de substâncias psicoativas, em junho de 2009 é lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), visando a intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O PEAD também busca qualificar os Hospitais Gerais na atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e necessitam eventualmente de atenção hospitalar – o Plano aumentou as diárias em psiquiatria nesses hospitais, pela primeira vez maiores que as dos Hospitais Psiquiátricos. O Plano também investe em pesquisas para investigar o perfil do consumo de crack, os riscos associados e as intervenções clínicas que são eficazes na saúde pública.

Considerando-se a complexidade envolvida no fenômeno da dependência de substâncias psicoativas, veicula-se ainda, como diretriz oficial, uma abordagem intersetorial, envolvendo ministérios do governo, organizações da sociedade civil de interesse público e outras entidades não-governamentais, direta ou indiretamente relacionadas ao assunto.

O modelo dos Consultórios de Rua é um bom exemplo de iniciativa intersetorial. Trata-se de uma estratégia de ampliação do acolhimento e acesso para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, iniciada em Salvador, no final dos anos 90. O Consultório de Rua consiste em uma equipe volante, integrada por profissionais da saúde mental, da atenção básica, e pelo menos um profissional da área de assistência social, que realiza, nas ruas, uma rotina de atividades e intervenções psicossociais e educativas, junto a usuários de drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Para a realização do trabalho, as equipes contam com insumos para tratamento de situações clínicas comuns, cartilhas e material instrucional, material para curativos, medicamentos de uso mais freqüente, além de preservativos para serem distribuídos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS constituem o principal dispositivo de tratamento da reforma psiquiátrica, assumindo papel estratégico na articulação dos diversos serviços de saúde. A inauguração do primeiro CAPS data de 1986, na cidade de São Paulo, mas a disseminação destes dispositivos de tratamento deu-se apenas a partir de 2002, quando passaram a ser regulamentados pela Portaria nº 336 /GM, publicada em Fevereiro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Existem atualmente, espalhados pelo Brasil, mais de 1.540 CAPS cadastrados, cobrindo 63% do território nacional. Destes, em torno de 15% são unidades voltadas para o tratamento de álcool e drogas (CAPS-ad) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como equipamento estratégico da reforma psiquiátrica, os CAPS acumulam funções diversas, relacionadas tanto à assistência direta à população, quanto à organização da rede de serviços de saúde mental do território de que faz parte. Em relação à assistência, os CAPS devem: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos de maneira personalizada; promover a inserção social dos usuários a partir de ações intersetoriais, envolvendo educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. Já como principal articulador dos serviços de saúde mental do território, cabe aos CAPS: dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica (PSF e PACS); regulamentar a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área de abrangência; coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas do seu território; e controlar a listagem dos pacientes de sua região que fazem uso de medicamentos controlados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Cambráia (2010), alerta para os riscos ao atendimento ofertado, decorrentes do excesso de funções que caracteriza os CAPS. Segundo a autora, a ameaça recai justamente sobre o potencial reabilitador destes Serviços, já que a oferta de atividades e de oficinas aos pacientes não garante a efetivação do potencial reabilitador destes Serviços. Algumas das dificuldades atualmente enfrentadas pelos CAPS foram apontadas em um estudo de avaliação com uma amostra de CAPS do Estado de São Paulo, conduzido pelo Conselho Regional de Medicina deste Estado (CREMESP), em 2009. Dentre as maiores dificuldades encontradas na amostra pesquisada destacaram-se, sobretudo dificuldades para realizar a função de articulador dos serviços de saúde do território, conforme expressam os seguintes índices: 27,4% não mantinham articulação com recursos da

comunidade para promover a reintegração profissional dos usuários; 29,8% não apresentavam nenhum tipo de parceria com outros recursos da comunidade, voltados à promoção da reinserção social; 45,2% dos CAPS avaliados não realizavam capacitação das equipes de atenção básica; 64,3% não disponibilizavam supervisão técnica para os membros das equipes da atenção básica; 42% não tinham retaguarda para internação psiquiátrica; e para 37,6% dos CAPS avaliados a relação intersetorial com outros serviços do território foi apontada como a maior dificuldade enfrentada pelo Serviço, enquanto para a grande maioria da amostra (69,4%) a maior dificuldade enfrentada estava na insuficiência do quadro de pessoal (CREMESP, 2010).

Considerando a complexidade envolvida nos propósitos dos CAPS e os riscos relacionados à sua implantação, é fundamental que sejam avaliados sistematicamente. Iniciativas governamentais têm contribuído neste sentido. Entre os anos de 2004 e 2005, o Ministério da Saúde promoveu em âmbito nacional uma pesquisa de avaliação junto aos CAPS credenciados – Projeto Avaliar-CAPS. Dentre outros dados, a avaliação revelou a inexistência de acompanhamento e supervisão clínico-institucional regular na maioria dos CAPS do Brasil, além de outras necessidades de qualificação para equipe. Visando a suprir esta carência, em Julho de 2005, por meio da Portaria nº 1.174, o Ministério da Saúde instituiu incentivo financeiro emergencial para o *Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial*, prevendo como uma das ações a instituição regular (semanal) de supervisão clínico-institucional nos CAPS. Também em 2005, o Ministério da Ciência e Tecnologia, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou um edital para financiamento de pesquisas na área da Saúde Mental, prevendo uma linha de pesquisa especificamente voltada à avaliação de Serviços em Saúde Mental, com ênfase nos CAPS. Diversos projetos de avaliação resultaram desta linha de financiamento, conduzidos por diferentes grupos de pesquisadores, vinculados a diversas universidades.

Em 2006, por meio da Portaria nº 678, o Ministério da Saúde instituiu a *Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico* aos CAPS e outros serviços da rede pública de saúde mental, prevendo parceria com diversas instituições de ensino, pesquisa e extensão. O foco da Estratégia estava na elaboração e execução de projetos de pesquisa para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, até a formação dos profissionais e o incremento da qualidade de vida dos usuários. Embora se

evidencie o esforço governamental voltado à necessária avaliação e incremento da assistência prestada nos CAPS, o alcance prático das iniciativas observadas ainda é incipiente. Tanto mais quando se considera a natureza complexa do Serviço em questão, conforme destaca Onocko-Campos e Furtado (2006), considerando a proposta de ruptura como o modelo hospitalocêntrico embutida na concepção dos CAPS:

Essas características constitutivas dos CAPS, representadas por compromissos de ordem prática inerente a qualquer unidade de saúde e, ao mesmo tempo, por elementos provenientes de novos referenciais de ordem epistemológica, ética, clínica e política, derivados de sua vinculação com a superação das políticas públicas tradicionais de saúde mental no Brasil, tornam-no, a partir dessa convergência, um serviço de saúde particularmente complexo. (ONOCKO-CAMPOS E FURTADO, 2006)

Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho

No campo específico da reabilitação profissional de dependentes químicos, destaca-se a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por meio do programa governamental intitulado “*Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*”. Trata-se de uma proposta claramente filiada aos princípios da reforma psiquiátrica e comprometida com a possibilidade de inclusão social de usuários de serviços de saúde mental e de álcool e drogas por meio da construção de empreendimentos solidários (cooperativas de trabalho auto-sustentáveis), organizados segundo os princípios da auto-gestão e administração participativa e democrática, visando ao trabalho emancipado. Conforme descrito no Documento Final da I Conferência Nacional de Economia Solidária (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2006), a economia solidária inspira-se em valores culturais que colocam o ser humano na sua integralidade ética, como sujeito e finalidade da atividade econômica, ambientalmente sustentável e socialmente justa, em detrimento da acumulação privada do capital. Trata-se, portanto, de uma alternativa diferenciada de trabalho, cujo incentivo volta-se às iniciativas locais e alternativas ao mercado formal de trabalho - emergentes como resposta à crise no mundo do trabalho e à precarização das condições de trabalho, agravada pelo alto índice de desemprego. As iniciativas em economia solidária agregam, em geral, populações marcadas pela exclusão, qualquer que seja o fator propiciador desta condição – aspectos sócio-econômicos, saúde mental prejudicada, consumo de substâncias.

Amparado legalmente por uma legislação específica, o cooperativismo está no Brasil a cargo da Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES), criada em 2003, vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego. É o órgão responsável por difundir e fomentar a economia solidária pelo Brasil, apoiando as iniciativas neste setor. Ainda que algumas iniciativas em economia solidária datem de mais de dez anos, o que se observa em geral – conforme evidenciado pela Oficina de Experiências de Geração de Renda e Trabalho, promovida pelo Ministério da Saúde e do Trabalho e Emprego em novembro de 2004 – é a fragilidade das experiências em curso. Esta fragilidade parece decorrer de uma sustentação legal e incentivos financeiros ainda pouco consistentes para promover amparo seguro. Desta maneira, ainda que a aplicação dos princípios da economia solidária ao campo da reabilitação psicossocial pareça constituir alternativa interessante à problemática da geração de renda para populações excluídas, as experiências em curso ainda são frágeis e de pequena sustentabilidade institucional, carecendo de maior acompanhamento e consolidação. Isto se torna ainda mais premente quanto se considera a população dependente química, já que as iniciativas usualmente em curso congregam, em sua maioria, egressos de serviços de saúde mental.

A política do governo brasileiro para a questão relacionada ao consumo problemático de substâncias psicoativas é composta pelas mesmas diretrizes voltadas aos portadores de transtornos mentais graves, estando, ambas as questões, a cargo da mesma coordenação – Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Contudo, a dinâmica dos dependentes de substâncias psicoativas apresenta especificidades que precisam ser contempladas para seu efetivo processo de reabilitação. Este fato parece ser pouco considerado nos documentos oficiais, que apresentam conjuntamente (como em bloco único) a inclusão de pessoas com transtornos mentais graves e aquelas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Trata-se de um agrupamento comum de ser feito, já que são transtornos com intercorrências similares. Porém, na prática, há que se fazer distinções, pois as especificidades destas duas condições remetem a necessidades e funcionamentos próprios, que precisariam ser contemplados pelas políticas públicas preconizadas.

3. PROCEDIMENTOS

3. PROCEDIMENTOS (a construção do campo)

3.1. A busca por um serviço para sediar a intervenção da pesquisa

O ambulatório originalmente previsto para sediar a intervenção clínica era a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, vinculada ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIAD/UNIFESP-EPM), instituição na qual atuo como psicóloga clínica desde 2001. Mudanças estruturais ocorridas no serviço, a partir de 2006, contudo, impossibilitaram que ele se mantivesse *locus* da intervenção.

Partimos, então, para a busca de outro serviço para viabilizar a realização da intervenção terapêutica. Como segunda escolha, estabelecemos contato com um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-ad) da cidade de São Paulo. Tal tentativa, no entanto, não chegou a ser concluída. No período em que o projeto foi entregue ao CAPS (abril de 2008), houve uma mudança na coordenação deste serviço, que passou a ser ocupada por um novo profissional. Embora estivesse autorizada a realizar a pesquisa naquela instituição, era necessário obter a aprovação da Coordenadoria Regional de Saúde do município de São Paulo. Atentos ao tempo que poderia levar aquele processo e já com o cronograma de pesquisa atrasado por dificuldades anteriormente enfrentadas, optamos por abrir novas frentes de contato para a realização desta etapa da pesquisa, enquanto aguardava a resposta deste CAPS-ad – retorno que não ocorreu.

O terceiro contato estabelecido ocorreu na própria UNIAD/UNIFESP, com a coordenadora do Curso de Acompanhamento Terapêutico lá ministrado. Sabendo da pesquisa em curso e das dificuldades enfrentadas nesta etapa, ela mencionou a possibilidade de que o estudo fosse realizado com uma amostra de alunos do referido curso, já que muitos deles possuíam um quadro de dependência química, que estava estabilizado. A partir de suas experiências pessoais, haviam optado por trabalhar neste campo, como principal atividade profissional ou como atividade secundária à ocupação central.

Compareci, então, ao final de uma das aulas para falar aos alunos sobre o estudo em questão e convidá-los a participar de algumas conversas sobre o tema. Do total de vinte e quatro alunos inscritos no curso, dez apresentavam histórico de dependência química.

Destes, oito optaram por participar de quatro conversas sobre a pesquisa, ajudando a refletir sobre o tema da inclusão do trabalho no tratamento da dependência química, a partir de seus percursos pessoais. Nesta etapa, foram realizados no total quatro encontros, no formato de grupos focais, em frequência semanal, com duração média de uma hora e meia cada encontro, a partir de um roteiro previamente estabelecido, contemplando os seguintes tópicos: levantamento dos históricos ocupacionais; concepções sobre fatores que favorecem o processo de reabilitação ocupacional para quem está em tratamento; concepções sobre trabalho. Os dados emergentes nesta etapa da pesquisa foram analisados em conjunto com os demais dados, relacionados à residência terapêutica pesquisada.

Foi a partir de um dos alunos deste curso, Daniel, que cheguei, por fim, à residência terapêutica onde se desenvolveu a etapa de campo desta pesquisa. Para fins deste relato, nomearei esta organização apenas como a Casa.

O encontro com o campo pesquisado: a Casa

“Vai lá visitar a gente”. Foi a partir deste convite, feito recorrentemente por Daniel, que iniciei o contato com a Casa, em meados de Junho de 2008. Daniel era aluno do Curso de Acompanhamento Terapêutico da UNIAD e membro da equipe técnica da Casa. Dirigia este convite a todos que acabava de conhecer, genuinamente interessado em divulgar a nova organização em que ingressara como monitor e pessoalmente muito engajado e orgulhoso do projeto terapêutico da Casa. Tratava-se de um “duplamente novo”: para ele, que havia acabado de ingressar na equipe técnica da entidade, e para a própria Casa, que havia sido recém-inaugurada como residência terapêutica.

Depois vim a saber que a Casa, para Daniel, além de seu local de trabalho, era também sua moradia. E as pessoas que compunham aquela organização, em alguma medida, haviam se tornado de tal modo importantes em sua vida que poderiam facilmente ser tomadas por familiares. Notava-se em seu entusiasmo que aquele projeto era também seu. Uma apropriação que se concretizava em espaço de trabalho, de moradia e em sua rede social.

Foi de uma maneira bastante despojada que falei pela primeira vez ao telefone com Patrícia, a coordenadora da Casa. Não tinha nem certeza se ela sabia quem eu era

quando um dia Daniel me passou, repentinamente, o telefone, na recepção da UNIAD: “*A Alessandra quer falar com você!*” Eu queria. Embora não naquele minuto, pega desavisadamente de surpresa. Apresentei-me brevemente e, após poucas palavras sobre a pesquisa, ela me abriu a Casa para que eu fosse visitá-los quando eu quisesse, sem mais perguntas ou checagens sobre a natureza da pesquisa ou sobre quem eu era. Esta seria a relação da coordenação com a pesquisa e comigo, durante todo o trabalho de campo realizado: “*Se estiver bom para eles, para mim está bom também. Isto daqui existe para eles.*” – era sua fala recorrente, diante de minhas tentativas em lhe explicar sobre os procedimentos que íamos (os participantes do estudo e eu) combinando em campo. Era também, como pude perceber mais adiante, o tom com que coordenava a Casa, tanto administrativa quanto clinicamente. Tratava-se de um misto de liberdade e confiança que às vezes me gerava um estranhamento grande, pois temia que tal postura pudesse se confundir com negligência, trazendo, junto com as diversas vantagens de um posicionamento mais livre, algumas complicações.

No dia combinado, o despojamento foi o mesmo, senão maior. Patrícia foi quem me abriu a porta, quando cheguei à Casa. Estava na sala, conversando com uma das moradoras. Logo pediu para que chamassem Daniel, que me mostraria o espaço físico da Casa e me apresentaria aos pacientes. “*Você quer falar com os meninos né?*” Sim, eu queria, embora quisesse antes falar com ela. Desta vez, fui preparada para uma conversa: esclarecer em detalhes os objetivos da pesquisa, os procedimentos, responder a perguntas etc. Mas nada me foi perguntado neste dia, pela coordenação; como não seria em momento algum. Ao contrário, o pouco que acabamos conversando naquele dia teve a ver com a história de formação da Casa. Esta conversa foi bastante breve. O tempo de Daniel chegar e me conduzir por um tour pelo espaço físico da casa, seguido da apresentação para os pacientes-moradores. Uma descrição pormenorizada deste primeiro contato com a Casa, contendo as impressões suscitadas, será apresentada no Capítulo 4.

A Casa constituiu, por fim, o *campo* pesquisado. Difícil de ser encontrado, mas fácil de ser acessado. Por *campo*, compreendemos o espaço físico em que estão as pessoas que podem falar, com autoridade, sobre o tema pesquisado, conforme descreve Turato (2003); trata-se de um recorte espacial no qual o pesquisador relaciona-se com estas pessoas, objetivando ouvir o discurso pertinente e observá-las em sua postura.

Já a construção do *setting* da pesquisa foi mais trabalhosa, envolvendo uma

complexidade de natureza relacional, uma vez que o enquadramento do *setting* engloba justamente as “relações interpessoais, eminentemente psicológicas” (TURATO, 2003) – aspecto bastante intensificado no campo pesquisado, conforme se verá mais adiante, quando da apresentação dos *saberes gerados em campo* (Capítulo 5).

3.2 A seleção dos participantes do estudo

O processo de seleção da amostra relacionou-se diretamente ao espaço encontrado para a realização da pesquisa de campo. O fato de estar em tratamento na residência terapêutica pesquisada constituiu o principal critério para o ingresso no estudo, conjuntamente ao desejo de participar da pesquisa. Isto porque a moradia temporária naquela residência-terapêutica já preconizava o atendimento aos outros critérios de seleção: ter a vivência pessoal no campo da dependência química e querer estabilizar os problemas relacionados à instalação desta condição.

Quando se iniciou a pesquisa de campo, estavam em tratamento, na Casa, dez pessoas. O número pequeno de moradores-pacientes tornou desnecessário o recurso a outros critérios de seleção, inclusive porque todos ali eram considerados informantes-chave para a compreensão do fenômeno pesquisado. Tratou-se de uma amostra de conveniência, que agregou pessoas com histórias de vida, de trabalho e de tratamento distintas, o que em muito enriqueceu as observações realizadas. Em comum, as vivências relacionadas à dependência química e o desejo de retomar a autonomia perdida no curso de instalação da doença, o que, naquele momento, traduzia-se pelo tratamento voluntário na Casa.

Os participantes do estudo foram reunidos a partir do convite feito no Grupo Zero, realizado na primeira visita feita à Casa, quando a pesquisadora esclareceu-lhes sobre o estudo em questão – naquele momento, ainda ancorado no enfoque ocupacional. Do total de dez moradores, oito optaram por participar do estudo. A amostra final, contudo, foi composta por dez pessoas, já que alguns pacientes novos, que chegaram à Casa nos dias subsequentes ao Grupo Zero, também se interessaram por participar do estudo, acompanhando o movimento dos outros pacientes-moradores.

Alguns fatos parecem ter contribuído para despertar interesse em participar do estudo:

- 1) o fato de a organização estar iniciando seu funcionamento e contando ainda com

poucas atividades terapêuticas; 2) o fato de a temática central relacionar-se a trabalho, despertando-lhes um interesse especial (“*Outros assuntos, além da droga...*” – conforme a fala de um dos participantes); 3) o tom autônomo conferido pela coordenação à gestão da Casa (“*Se estiver bom para eles, para mim está bom também*”); e 4) o fato de se tratar de uma pesquisa de doutorado, desenvolvida na UNIFESP, parecendo conferir maior credibilidade ao estudo e à pesquisadora.

Não houve necessidade de compor a amostra pelo método de saturação, já que se tratava de um estudo de caso, contando com um universo restrito de pessoas. A amostra composta pode ser considerada representativa da diversidade de condições comumente encontradas no campo da dependência química – o qual não distingue por classe social, faixa etária, escolarização, gênero, estado civil ou qualquer outro critério específico, podendo atingir a todos, indistintamente. Neste sentido, a amostra agregou pessoas com perfis variados, tanto em relação à substância consumida, quanto à faixa etária, nível sócio-econômico, escolarização, estado civil, histórico profissional, diagnóstico clínico e histórico de tratamentos. Tais dados serão apresentados no Capítulo 4.

3.3 Recursos metodológicos utilizados

Os procedimentos realizados em campo caracterizaram-se pela investigação qualitativa do fenômeno observado, ao mesmo tempo em que configuraram uma intervenção clínica. Valemo-nos aqui da reflexão proposta por Minayo (2004), acerca da pesquisa no campo da saúde, para esclarecer sobre a duplicidade característica deste estudo:

(...) o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Nesse sentido, ele requer uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente. (MINAYO, 2004)

Assim, minha presença em campo teve, desde o início, uma marca investigativa e clínica, simultaneamente, sendo o caráter de intervenção clínica notável, sobretudo, nas entrevistas individuais e nos grupos realizados.

Dentre as diversas estratégias de pesquisa disponíveis na abordagem qualitativa, recorreremos à combinação de três recursos metodológicos distintos, a fim de estreitar a aproximação com o fenômeno em questão: *grupos focais, entrevistas individuais* em profundidade e registros provenientes de *observação participante*. Recorreremos à

triangulação de métodos visando a obter uma gama diversificada de informações, privilegiando a abrangência dos dados do estudo e favorecendo as reflexões sobre o fenômeno pesquisado (MAYS & POPE, 2009). Conforme destaca Keen (2009), a partir de dados extraídos de diferentes fontes e métodos, procuramos identificar elementos de convergência, divergência e contradição, ao invés da formulação de um quadro único acumulado, o que contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre o campo pesquisado.

Os critérios atuantes na escolha destes recursos metodológicos decorreram de alguns parâmetros específicos: a ênfase no dispositivo grupal como recurso privilegiado à observação e enfrentamento de questões humanas; a consideração a possíveis dificuldades de exposição em grupo, relacionadas à temática da dependência química; a minha experiência profissional, como psicóloga clínica atuante no campo da dependência química e, portanto, familiarizada ao ambiente terapêutico pesquisado, o que favoreceu o processo de observação participante e a realização das entrevistas individuais.

Ainda se considerando a complexidade envolvida na etapa de campo da pesquisa, recorreremos ao auxílio de uma psicóloga externa ao trabalho, para supervisionar a etapa de campo. Além de contribuir objetivamente com o processo de planejamento para o ingresso em campo, bem como para a análise dos dados emergentes, sua participação como interlocutora atenta e disponível auxiliou-me a refletir sobre as diversas idiosincrasias atuantes no campo pesquisado, sem estigmatizá-las. Isto foi fundamental para viabilizar minha presença em campo de maneira mais receptiva e disponível, considerando-se as diversas angústias e estranhamentos que experimentei no decurso deste trabalho.

Como um último esclarecimento em relação à metodologia utilizada, destacamos que as informações provenientes das três fontes mencionadas foram registradas manualmente por mim, no momento das entrevistas individuais e dos grupos, ou posteriormente, no caso das observações participantes, dando origem aos diários de campo. A opção por tal forma de registro deu-se pela facilidade que tenho em efetuar anotações *in loco*, favorecida pela experiência clínica. Também concorreu para esta escolha o receio de que a gravação em áudio prejudicasse a espontaneidade das participações, tendo em vista as ilicitudes frequentemente associadas à dependência química.

O período em que permaneci em campo totalizou seis meses, decorridos entre junho e dezembro de 2008. De maneira resumida, segue uma descrição cronológica dos procedimentos realizados em campo ao longo do referido período:

<p>1ª ETAPA DA PESQUISA DE CAMPO Aculturação da pesquisadora ao campo e realização de 4 Grupos Pilotos</p>
<p>JUNHO - 1ª visita à residência terapêutica - Realização dos grupos 0 e 1</p> <p>JULHO - Realização dos grupos 2, 3, 4</p>
<p>2ª ETAPA DA PESQUISA DE CAMPO Realização de 8 Grupos e das 4 Entrevistas Individuais com cada participante</p>
<p>AGOSTO - Início das entrevistas individuais - Realização dos grupos 1, 2, 3, da segunda fase</p> <p>SETEMBRO - Realização dos grupos 4, 5 - Mudança para a casa nova - Realização do grupo 6 - Entrevistas individuais - Participação em uma reunião de equipe técnica</p> <p>OUTUBRO - Realização dos grupos 7 e 8 - Entrevistas individuais</p> <p>NOVEMBRO - Entrevistas individuais - Participação em reunião de equipe técnica</p> <p>DEZEMBRO - Finalização das entrevistas individuais - Fechamento da residência terapêutica</p>

Segue uma apresentação pormenorizada dos procedimentos e definições subjacentes aos métodos utilizados:

a) Observação Participante

A presença em campo possibilitou a observação direta, *in loco*, dos comportamentos e das relações entre as pessoas envolvidas na residência terapêutica pesquisada. Esta constituiu uma importante fonte de informação, porque orgânica e vital, resultante da imersão no local onde a vida dos participantes do estudo acontecia, naquele momento específico de suas trajetórias pessoais.

Valemo-nos da definição proposta por Minayo (2008b) para esclarecer o registro conceitual norteador das observações realizadas em campo:

Definimos observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores, no espaço social da pesquisa, na medida do possível participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é pessoalmente modificado. (MINAYO, 2008b)

A vivência da afetação constante e intensa pelo campo pesquisado foi notável desde o primeiro contato que estabeleci com a organização, exigindo-me um processo de reflexão igualmente intenso e permanente – viabilizado, sobremaneira, pela interlocução com parceiros de pesquisa externos ao campo, conforme descrito anteriormente.

O percurso em campo, marcado pela complexidade de afetos, pareceu condizente com as etapas afetivas descritas por Aktouf (*apud* JACCOUD & MAYER, 2008) ao refletir sobre a inserção do pesquisador em campo: a vivência de uma *ansiedade* inicial, relacionada à aventura de ingressar no campo, sem a certeza sobre o que observar ou em que instrumentos ancorar-se; a *angústia* subsequente, relacionada à sensação de *mergulhar no vazio*, uma vez que continuavam frágeis os pontos de referência; a reavaliação de alguma *confiança*, proveniente do sentido que começou a emergir do trabalho de campo, bem como de uma maior adaptação ao campo, uma vez legitimada na posição de frequentadora da Casa (“*dão-nos um lugar*”, como enfatiza Aktouf); uma fase de *euforia* em relação à coleta de dados, quase que simultaneamente ao retorno de uma *angústia* importante, decorrente sobretudo dos questionamentos emergentes, relacionados às limitações do trabalho em curso, tal como destacam Jaccoud & Mayer (2008):

‘são as experiências afetivas, as grandes questões básicas sobre seu papel, seus direitos, seus deveres, os limites do que se faz...’ Além disso, o pesquisador também deve, às vezes, saber levar em conta confidências que lhe são feitas, assim como pedidos de ajuda que podem lhe ser endereçados, e tudo isso sem trair seu papel, nem as expectativas das pessoas do meio. (JACCOUD & MAYER, 2008)

A esta gama de afetos – distintos, intensos e mutáveis ao longo da minha permanência em campo – corresponderam mudanças de atitudes igualmente importantes. Neste sentido, foi interessante testemunhar, no curso do processo relacionado às observações participantes, a emergência de algumas atitudes fundamentais para viabilizar minha aproximação com o campo pesquisado, tal como enfatiza Minayo (2008b), a partir da obra do sociólogo americano Alfred Schutz: a capacidade de se colocar no lugar dos entrevistados, procurando compreender os princípios gerais que norteiam suas vidas e experiências cotidianas, “*desvendando-se a lógica subjacente*”; e a manutenção de uma “*perspectiva dinâmica*” que possibilitasse identificar o que era de fato relevante para os participantes do estudo – a despeito das hipóteses previamente formuladas ou do nosso posicionamento pessoal, enquanto pesquisador.

As observações foram realizadas de maneira livre, não seguindo um roteiro prévio e específico, tendo abrangido todo o período em que permaneci em campo, entre junho e dezembro de 2008. Ocorreram em momentos nos quais eu estava na Casa para a realização de outros procedimentos da pesquisa (os grupos ou as entrevistas individuais). Como as entrevistas ocorreram em horários bastante diversificados, foi possível acessar um pouco da rotina da Casa em momentos distintos e informais: logo pela manhã, enquanto alguns ainda dormiam e outros já iniciavam o dia, compartilhando o café da manhã; à hora do almoço, um dos períodos mais movimentados da casa; ou durante a noite, à hora do jantar. Nestas ocasiões, frequentemente compartilhei com o grupo as refeições. Também pude acompanhar momentos de lazer de que eles desfrutavam no transcorrer do dia, quando jogavam vídeo-game ou assistiam a filmes. Em duas ocasiões, frequentei a Casa durante o final de semana, aos sábados, quando foram realizadas reuniões da equipe técnica, das quais também participei. As observações realizadas, portanto, não foram sistemáticas, em relação ao número de horas ou períodos de permanência em campo, variando conforme os eventos da pesquisa agendados para a semana.

Os registros das observações eram realizados posteriormente, sob o formato de diários de campo, contendo a descrição das atividades realizadas no dia, bem como as principais impressões e reflexões suscitadas em campo. Um detalhamento sobre a confecção dos diários de campo será apresentado mais adiante.

b) Grupos Focais

A escolha pelo grupo focal como um dos recursos de coleta de dados foi potencializada pela própria natureza do tema pesquisado. Entendemos que a investigação relacionada à temática da reabilitação psicossocial não poderia prescindir da observação da interação dos participantes em grupo, uma vez que é no contexto grupal que este processo se estabelece. Optamos, ainda, por privilegiar a observação de diferentes perspectivas sobre o tema pesquisado, considerando-se aqui, não apenas as opiniões distintas, provenientes de cada participante, mas sobretudo a sinergia própria do dispositivo grupal, produzindo novas modulações. Neste sentido, esclarece Gatti (2005):

O grupo tem uma sinergia própria, que faz emergir idéias diferentes das opiniões particulares. Há uma reelaboração de questões que é própria do trabalho particular do grupo mediante as trocas, os reassuramentos mútuos, os consensos, os dissensos, e que trazem luz sobre aspectos não detectáveis ou não reveláveis em outras condições. (GATTI, 2005)

Outro fator privilegiado nos processos grupais é o acesso a diferentes formas de comunicação utilizadas pelas pessoas na interação cotidiana, favorecendo a percepção sobre valores e normas do grupo. A pertinência dos grupos focais para viabilizar tal acesso é bem descrita por Kitzinger (2009):

Ter acesso a tal variedade de comunicação é útil porque o conhecimento e as atitudes das pessoas não estão inteiramente encapsulados em respostas racionais a perguntas diretas. As formas cotidianas de comunicação podem mostrar tanto sobre o que as pessoas sabem ou experimentam ou até mais. Neste sentido, os grupos focais 'alcançam elementos que outros métodos não conseguem alcançar', revelando dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas por outras formas de coleta de dados. (KITZINGER, 2009)

O potencial ímpar dos grupos focais reside na interação entre os participantes, que pode ser utilizada para favorecer diversas finalidades (KITZINGER, 2009): ressaltar atitudes, prioridades, linguagem e estrutura de compreensão dos participantes; estimulá-los a gerar e a explorar suas próprias questões, desenvolvendo uma análise pessoal das experiências em comum; favorecer a identificação de normas e valores culturais do grupo; estimular diversas formas de comunicação entre os participantes, favorecendo a identificação sobre o modo como o grupo opera determinados processos sociais; estimular a conversa sobre assuntos embaraçosos, permitindo a expressão de críticas;

facilitar a expressão geral de idéias e experiências que poderiam ser pouco desenvolvidas na entrevista individual.

Em relação ao tom das falas e aos conteúdos expressos, o mesmo autor observa que o arranjo grupal pode suscitar comentários mais críticos do que aqueles emergentes nas entrevistas individuais (KITZINGER, 2009). Este foi um fato observado no campo estudado, ampliando a possibilidade de compreensão dos aspectos envolvidos no fenômeno pesquisado.

Os grupos focais foram conduzidos em duas etapas distintas. A primeira etapa, ocorrida entre junho e julho de 2008, correspondeu ao meu ingresso em campo. Nesta fase, realizei quatro grupos focais, para aculturação ao campo. O número de encontros realizados foi decidido em conjunto com os participantes, considerando-se, sobretudo, o tempo de tratamento deles na Casa. Em ambas as etapas, o número médio de participantes foi de oito a dez pessoas por encontro. Estes grupos correram em frequência semanal e tiveram duração média de uma hora e meia cada encontro. Nesta fase inicial da pesquisa, o foco de interesse ainda se centrava sobre o eixo do trabalho. Portanto, os temas disparadores das discussões realizadas relacionaram-se ao mercado de trabalho, à relação entre o consumo de substâncias e certos campos de atuação profissional, à possibilidade de se trabalhar durante o tratamento. Tais discussões, contudo, logo dispararam a emergência de reflexões mais abrangentes, relacionadas às identidades pessoais estabelecidas ao longo de suas trajetórias de vida, ao percurso terapêutico nos grupos de ajuda mútua, às experiências em clínicas de internação. A partir da temática do trabalho, portanto, emergiram outros aspectos relacionados ao processo de reabilitação psicossocial, que viriam a ser aprofundados na segunda etapa do trabalho de campo (os oito encontros seguintes).

O registro das discussões realizadas nos grupos focais foi feito em blocos de *flip-chart*, durante a realização dos grupos. Além deste registro, realizado *in loco*, um segundo registro era feito posteriormente, sob o formato de diário de campo – melhor descrito mais adiante.

Os grupos da segunda etapa ocorreram entre Agosto e Outubro de 2008, totalizando oito encontros. Assim como na primeira etapa, o número de encontros realizados nesta fase também foi decidido em conjunto com os participantes, tomando-se por critério, por eles elegido, o tempo de tratamento que ainda teriam na casa. Consideraram dois

meses um tempo adequado para a realização dos grupos, já que a maioria havia renovado o contrato de tratamento na Casa, resultando na extensão do prazo de tratamento por mais alguns meses.

Os grupos desta segunda fase ocorreram nos mesmos moldes da primeira etapa: encontros semanais, com duração média de uma hora e meia a duas horas; também registrados em folhas de *flip-chart* e posteriormente originando os diários de campo. Os temas pesquisados abrangeram: a temática ocupacional, envolvendo tanto discussões objetivas sobre o mundo do trabalho na atualidade, quanto sua interface com o tratamento e a condição de dependência química; a regulamentação sobre o funcionamento do grupo, já propiciando reflexões sobre o sentido dos combinados e das regras estabelecidas; reflexões sobre ingredientes terapêuticos considerados relevantes ao processo de recuperação; o processo saúde-doença e as identidades estabelecidas; e os projetos pessoais de trabalho.

A fim de viabilizar a participação de todos, inclusive daqueles que porventura voltassem a trabalhar durante o processo do grupo, escolhemos realizá-los no horário das 20h30min, fora do período comercial. Entendemos que seria um contra-senso fazer o grupo competir justamente com o que era um dos focos de interesse das nossas discussões ali.

Visando a favorecer o compromisso dos participantes com o trabalho realizado e os demais membros do grupo, estabelecemos como uma regra que avisassem ao grupo quando não pudessem comparecer. Neste dia, trocamos contatos (telefone e email) a fim de que conseguíssemos nos comunicar durante os intervalos entre os grupos, em caso de necessidade.

A minha preocupação em tornar a participação nos grupos motivadora e interessante aos participantes foi uma constante ao longo do trabalho realizado. Para isto, concorreram, não apenas o caráter voluntário da participação, mas sobretudo o sentido das discussões ali realizadas para os integrantes do grupo. A perspectiva de uma ‘contaminação positiva’ (querer participar do grupo porque ali discutia-se ou fazia-se algo interessante) foi o que norteou minha conduta em campo.

Ao longo dos oito encontros realizados, recorri também a outros recursos didáticos, como filmes e leitura de trechos de livros, para disparar ou aprofundar as reflexões

sobre os temas emergentes nos encontros. Tais recursos foram escolhidos com base nas reflexões sobre as discussões emergentes. A realização destas atividades ocorreu em conjunto com os participantes, no próprio horário do grupo, sendo previamente combinadas. O filme em DVD escolhido para aprofundar a reflexão sobre a temática ocupacional, o mundo corporativo e as identidades profissional e pessoal, foi *O Grande Chefe*, do dinamarquês Lars von Trier. As discussões que se sucederam ao filme remeteram a alguns conceitos propostos por Hannah Arendt, acerca do discurso e da ação, presentes em *A Condição Humana*. Recorri, então, à leitura de alguns trechos desta obra, durante o grupo, como forma de estimular as discussões emergentes, potencializando-as a partir de outros pontos de vista.

Para propiciar reflexões sobre o processo saúde-doença, tema também presente nos encontros realizados, recorri à leitura de alguns trechos do livro *O Normal e o Patológico*, de Georges Canguilhem.

Além destas atividades, também lhes propus que realizassem individualmente, fora do horário do grupo, um mapeamento das identidades e dos estigmas que acreditavam possuir. Esta atividade visava, além de identificar as identidades predominantes, a favorecer a troca de experiência entre os participantes e potencializar a identificação de qualidades pessoais frequentemente esquecidas ao longo do processo de instalação da dependência química.

c) Entrevistas individuais

Dos três recursos metodológicos utilizados em campo, as entrevistas individuais foram as que mais se assemelharam a atendimentos clínicos, tanto pelo formato individual dos encontros, quanto pelo conteúdo dos assuntos abordados. Um roteiro pré-determinado de questões a serem investigadas foi utilizado a fim de preservar, em tais encontros, o caráter de entrevista qualitativa, diferenciando-os de atendimentos clínicos. Tal distinção é bem enfatizada por Britten (2009), ao atentar para os diferentes objetivos envolvidos na anamnese clínica, de caráter médico, e na entrevista qualitativa:

As anamneses clínicas e as de pesquisa qualitativa possuem objetivos muito diferentes. Ainda que o médico deseje encarar o problema a partir da perspectiva do paciente, a tarefa clínica é encaixar aquele problema em uma categoria médica adequada, a fim de escolher uma forma apropriada de manejo. As limitações da maioria das consultas são tais que qualquer questionamento

aberto precisa chegar a uma conclusão pelo médico em um curto período de tempo. Em uma entrevista de pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, sendo que a tarefa da pesquisa é evitar, o máximo possível, a imposição das estruturas e das suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. O pesquisador precisa permanecer aberto à possibilidade de os conceitos e as variáveis emergentes serem muito diferentes daqueles previstos no início. (BRITTEN, 2009)

A atenção ao objetivo de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre o tema pesquisado, a partir de questões previamente estabelecidas, foi o que norteou minha conduta em campo. As entrevistas semi-estruturadas foram, portanto, conduzidas com base em uma estrutura flexível, a partir de questões abertas relacionadas à temática pesquisada (BRITTEN, 2009).

Os seguintes eixos de investigação nortearam as entrevistas conduzidas: resgate da história de vida, de trabalho, e trajetória da doença; identificação de potenciais projetos ocupacionais e estruturação de tais projetos, a partir da organização em metas de curto, médio e longo prazo. A identificação das concepções sobre o processo de reabilitação psicossocial foi estabelecida a partir da investigação dos eixos relacionados à trajetória de vida e aos projetos futuros.

Considerando os conteúdos a serem abarcados, optei pela realização de quatro encontros com cada participante, com duração média de uma hora e meia cada encontro. As informações geradas nas entrevistas individuais foram por mim registradas em um caderno, no decorrer da própria entrevista.

Apesar do planejamento de quatro entrevistas por participante, alguns realizaram apenas três encontros, enquanto outros necessitaram de um quinto encontro para abarcar os assuntos previstos. Esta diferença decorreu das vicissitudes relacionadas ao quadro clínico apresentado por cada participante, ao longo da etapa de campo. Alguns mais intensamente, outros menos, todos ali vivenciavam uma fase da vida marcada por muitas e intensas oscilações: de humor, do desejo de interagir, da capacidade de se concentrar, da possibilidade de refletir sobre os assuntos em pauta. Oscilações que, embora naturais a qualquer ser humano, ali naquele momento específico de estabilização da dependência química, configuravam oscilações amplamente intensificadas, geradoras de demandas e impedimentos diversos. Eticamente, portanto,

foi o respeito às possibilidades e aos impedimentos circunstanciais de cada participante que guiou minha presença em campo, sobrepondo-se, por vezes, ao cumprimento exato do número de encontros previstos pelo protocolo da pesquisa.

d) Diários de campo

Os diários de campo foram registrados em formato eletrônico, posteriormente às idas à Casa. Procurei registrá-los sempre na mesma semana da visita ao campo, a fim de minimizar as inevitáveis seleções da memória. Tratava-se de um misto de relatório e diário, contendo dois tipos de informações. O primeiro deles, de caráter objetivo, atendia a uma sequência de registros contendo: a data da ida a campo; a identificação da atividade a que se referia (se grupo focal ou entrevistas individuais); os nomes dos participantes; os temas discutidos; e uma descrição da atividade realizada. Já o segundo registro era de natureza interpretativa e reflexiva, contendo as impressões, reflexões e dúvidas suscitadas em campo.

A escrita dos diários de campo constituiu um momento precioso do trabalho, já que as reflexões e dúvidas emergentes pautavam os desdobramentos do trabalho realizado, clarificando conteúdos a serem aprofundados, novos temas a serem explorados, ou mesmo questionamentos a serem refletidos no espaço da supervisão.

3.4 Tratamento dos dados

O material obtido a partir das entrevistas individuais, dos grupos focais e da observação participante foi submetido à análise de conteúdo, buscando-se identificar os principais temas emergentes das fontes pesquisadas.

Por Análise de Conteúdo, compreendemos a seguinte conceituação proposta por Bardin (apud MINAYO, 2004):

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Como postura subjacente à leitura dos textos produzidos, procuramos manter a atenção quanto à incerteza das mensagens contidas no material explicitado, visando a ultrapassar as conclusões que poderiam encerrar a análise em um primeiro olhar, imediato e ingênuo. Buscou-se, com isto, apreender as estruturas latentes no material manifesto, atingindo uma compreensão das significações em jogo, sempre inseridas em um contexto social (MINAYO, 2004). O foco da análise realizada, portanto, esteve na apreensão de possíveis significados subjacentes aos conteúdos expressos, bem como dos fatores potencialmente atuantes em sua produção, conforme destaca Minayo (2004):

Do ponto de vista operacional a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. (MINAYO, 2004)

A articulação entre o conteúdo explicitado e os fatores envolvidos na produção de suas características constituiu um foco de especial atenção na análise empreendida, remetendo à contextualização sobre o momento histórico atual, no qual a dependência química emerge como um sintoma social.

Dentre as diversas técnicas disponíveis para a realização da Análise de Conteúdo, a escolha pela Análise Temática deu-se de maneira natural, considerando os diversos núcleos de sentido visíveis no material emergente em campo.

Por tema, compreendemos “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN apud MINAYO, 2004). Conforme destaca Minayo (2004), a noção de tema relaciona-se a uma afirmação sobre determinado assunto, podendo ser expressa a partir de uma palavra, uma frase, um resumo. Neste sentido, os temas emergentes do material analisado puderam ser agrupados em três amplas categorias, relacionadas ao campo da dependência química, ao universo do trabalho e ao campo da reabilitação psicossocial. Compondo tais categorias, evidenciaram-se os seguintes temas: compreensões sobre o processo saúde-doença; as identidades pessoais ancoradas na dependência química; as repercussões decorrentes do isolamento social que acompanha a instalação da

dependência; a fragilidade da dimensão política no campo terapêutico da dependência química; a grupalidade como recurso primordial de tratamento; a dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação.

Em relação à operacionalização da análise empreendida, percorremos a seguinte trajetória para identificar os temas emergentes (GOMES, 2008): a partir de leituras em profundidade dos textos gerados em campo, obtivemos uma apreensão global do conjunto dos dados emergentes, identificando os principais temas recorrentes – muitos deles coerentes com os pressupostos iniciais do estudo, enquanto outros conduziram a novas reflexões e à busca de novos conceitos que subsidiassem a compreensão sobre os novos conteúdos emergentes.

Anteriormente à identificação de tais temas, precedemos ao retorno às hipóteses da pesquisa, como forma de direcionar o olhar lançado ao material analisado. Deste primeiro movimento, conduzimos o aprofundamento dos conceitos teóricos já previstos originalmente, bem como à busca de novos conceitos, que dessem suporte à análise dos temas não previstos originalmente.

A natureza distinta e, por vezes, contraditória, dos dados emergentes a partir das três fontes pesquisadas possibilitou uma apreensão aprofundada sobre o fenômeno pesquisado, favorecendo um olhar ampliado e flexível, capaz de observar temas que não haviam sido antecipados no início do estudo. Um olhar atento em não se encerrar frente à captura dos temas que pretendia encontrar; mas, ao contrário, permeável ao encontro de outros fenômenos emergentes do campo. Como ocorreu, por exemplo, com a temática relacionada ao campo da dependência química como fonte de trabalho para quem estava em recuperação.

Diferenças entre os dados obtidos por meio das entrevistas individuais e dos grupos focais

As diferenças observadas a partir das diferentes modalidades de coleta de dados chamam a atenção quando tomamos por referência, não apenas os temas emergentes em cada modalidade de coleta de dados, mas os conteúdos das falas das mesmas pessoas, nos dois contextos distintos. Nas entrevistas individuais, as falas pareciam mais padronizadas conforme a norma, como que norteadas pela intenção de atender ao que

seria a suposta expectativa do entrevistador, enquanto nos grupos, as falas emergentes pareciam mais autênticas em relação às perspectivas pessoais.

As reflexões feitas por Minayo (2004), sobre a entrevista como uma situação de interação, ajudam a compreender a distinção observada, ao considerar que as informações dadas pelos sujeitos são em muito afetadas pela natureza da relação que possuem com o entrevistador: uma relação assimétrica, que certamente interfere sobre o processo de construção de saber:

(...) entendemos a situação de entrevista: a) Como uma troca desigual entre os atores da relação. Isso acontece sob vários ângulos: não é o entrevistado que toma iniciativa; os objetivos reais da pesquisa geralmente lhe são estranhos; sua chance de tomar iniciativa em relação ao tema é pouca: é o pesquisador que dirige, controla e orienta as digressões e concede a palavra, mesmo quando tenta deixá-lo à vontade. A atitude simpática e benévola do estudioso minimiza o impacto, mas não anula a relação institucional entre os atores da interação colocados em posição de desigualdades. (MINAYO, 2004)

Neste sentido, a situação configurada a partir de uma entrevista individual, em que dialogam apenas entrevistador e entrevistado, parece intensificar os riscos de adequação, por parte do entrevistado, ao que seria a suposta expectativa do entrevistador quanto aos conteúdos discutidos no contexto da entrevista. Um efeito que parece ser diluído no contexto do grupo focal, pela própria presença dos pares atuando sobre as falas explicitadas, quer no sentido de questioná-las ou de reforçá-las.

A compreensão sobre este fenômeno também parece ser favorecida pela recorrência a outro enfoque teórico, em geral revelado por antropólogos, segundo Minayo (2004). A partir de tal concepção, evidenciam-se “as dificuldades de penetração no mundo dos outros”, colocando em discussão a pretensa objetividade envolvida na situação de pesquisa, bem como a própria precariedade do conceito de verdade embutida no trabalho investigativo:

A realidade social é um lusco-fusco, mundo de sombras e luzes em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais. Em lugar do caráter de “passividade” que as teorias reprodutivistas e positivistas, sob pontos de vista diferentes, conferem aos entrevistados, esses autores (interacionistas simbólicos e fenomenologistas) os projetam agindo e reagindo durante todo o processo de contato com o pesquisador. (MINAYO, 2004)

Neste sentido, portanto, pesquisador e pesquisado seriam ambos *“atores e público, na montagem do espetáculo singular: sua inter-relação mediada por códigos culturais específicos e de interesses diferenciados que ambos tentam preservar e projetar.”* (MINAYO, 2004), de acordo com a imagem teatral proposta por Erving Goffman.

Goffman (2009) destaca, em todo grupo, a existência de uma *“região interior”*, na qual se dariam as representações da vida cotidiana, de maneira sigilosa e protegida do acesso externo. A tentativa de manter em sigilo a *“região interior”* do grupo dá origem ao que Goffman nomeou por *“controle das impressões”*; um aspecto central da relação entre pesquisador e pesquisado:

A “região interior” pode ser maior ou menor, mas qualquer grupo guarda seus segredos, seu lado oficial e tem sua estratégia comportamental do dia-a-dia. Ainda que internamente esses grupos mantenham diferenças e conflitos, sua existência depende de um certo grau de familiaridade e solidariedade que implica partilha de significados, de segredos, de zonas e temas proibidos, do que pode ou não ser dito. (MINAYO, 2004)

Disto resulta, conforme destaca Minayo, a certeza de que durante um processo de entrevista as informações estão sendo controladas. Tal controle parece melhor sucedido no contexto das entrevistas individuais, em relação à configuração resultante dos grupos focais.

Destaca-se ainda o fato de que as ambivalências e contradições capturadas no trabalho de campo foram em muito favorecidas pelo desenho da pesquisa, a partir da combinação de distintos métodos de coleta de dados: as entrevistas individuais, os grupos focais e a observação participante. Alguns aspectos marcaram a relação pesquisador-pesquisados ao longo do trabalho de campo. Utilizando a descrição proposta por Turato (2003), sobre alguns dos problemas de natureza psicológica comuns à entrada em campo, observou-se a *“expectativa de um retorno imediato”*, por parte dos pesquisados, em relação à minha presença em campo. A partir desta expectativa, *“o pesquisador é sentido como agente ajudante ou salvador da instituição para fornecer soluções de problemas teóricos e práticos”*. (TURATO, 2003) Tal dinâmica parece ter sido potencializada pela natureza acadêmica da pesquisa, despertando um misto de interesse e orgulho, ao mesmo tempo. Como se o fato de se tratar de uma pesquisa de Doutorado, desenvolvida na UNIFESP, dotasse, tanto o estudo, quanto a pesquisadora, de uma credibilidade e sabedoria prévias.

Sobre o texto apresentado

Em relação ao texto analítico ora apresentado, esclarecemos que sua construção priorizou a escolha por manter o diálogo presente na construção da análise de dados: um diálogo contínuo e orgânico entre teoria e campo; entre os saberes que embasaram este estudo e os saberes intrínsecos ao campo. Desta maneira, a apresentação convencional dos dados da pesquisa em um capítulo à parte, normalmente intitulado Resultados, encontrar-se-á aqui diluída ao longo do Capítulo 5 (Campos Teóricos e Campo Empírico), a partir de uma estrutura que contempla as três categorias temáticas emergentes: 1) a dependência química; 2) os recursos terapêuticos disponíveis no campo das dependências; e 3) o universo do trabalho.

A fim de favorecer a acuidade do diálogo pertinente a estes campos, escolhemos contextualizá-los por autores específicos, cujas reflexões teóricas consubstanciam o diálogo eminente, antecipando o panorama teórico subjacente. Assim, o campo da dependência química será referenciado pelas reflexões acerca do processo saúde-doença, propostas por Georges Canguilhem, enquanto o campo do trabalho será contextualizado teoricamente pela discussão proposta por Claude Dubar, acerca da crise das identidades na atualidade.

3.5 Aspectos Éticos

Todos os procedimentos adotados em campo foram por mim conduzidos, no espaço físico da residência terapêutica pesquisada. Aos participantes foram garantidos sigilo e anonimato, sendo-lhes fornecidas todas as informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, quando do convite para participação no estudo. Tais procedimentos éticos foram esclarecidos aos participantes quando da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a participação voluntária no estudo.

As informações geradas em campo – por meio dos registros em bloco *flip-chart*, das anotações nos cadernos utilizados durante as entrevistas individuais e dos registros contidos nos diários de campo – estão sob minha guarda e serão mantidos pelo período mínimo de um ano, para que possam ser consultados posteriormente, em caso de necessidade. Foram também disponibilizadas aos participantes do estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (processo nº 1406/05).

4. O CAMPO

4. O CAMPO (cenário e atores)

4.1 A Casa

Primórdios da Casa

Na primeira visita realizada à residência terapêutica, a coordenadora contou-me que a Casa tinha se formado a partir de uma dissidência entre ela e um colega de trabalho, proprietário de uma clínica em que ela atuava como terapeuta. Discordavam quanto a algumas condutas adotadas em relação aos pacientes:

“Trabalhava pra caramba lá. Dava duro mesmo. Resolvi trabalhar pra mim.” (Patrícia, fundadora da Casa)

Quando iniciei os contatos com a Casa, ela existia como residência terapêutica havia pouco mais de dois meses. Antes disso, vinha funcionando em regime ambulatorial, havia aproximadamente oito meses. Como a demanda por moradia foi-se revelando grande, a coordenadora decidiu transformar o ambulatório em casa. Contava, nesta época, apenas com um sócio e um monitor-residente, Daniel, que desde o início da formação do ambulatório, passou a residir lá, atendendo à dupla finalidade de cuidar do espaço físico da organização e de cuidar do seu próprio tratamento, dificultado pela moradia em um bairro que lhe remetia à fase ativa do consumo de crack.

Patrícia alternava os dias da semana entre os cuidados com as filhas e sua própria casa, e a coordenação da Casa, que por diversas vezes incluía dormir na residência terapêutica, em um contato bastante estreito com o cotidiano da organização e com os próprios residentes – “*internos*”, como ela os nomeava. As fronteiras entre o público e o privado, entre o pessoal e o coletivo, ali naquele contexto terapêutico eram muito tênues, por vezes de uma proximidade tóxica, como viria a perceber mais tarde, ao longo da permanência em campo.

A Casa funcionava pautada no modelo de ajuda mútua, a partir da metodologia baseada nos princípios dos 12 passos (esta filosofia terapêutica será descrita no Capítulo IV). Não havia, contudo, nenhum radicalismo. Ao contrário, o tratamento disponibilizado integrava a abordagem dos 12 passos conjuntamente a medicação e psicoterapia, compondo uma equipe técnica mista: formada tanto por profissionais da saúde, quanto por pessoas cuja habilitação para este trabalho provinha do próprio

histórico pessoal na dependência química, a exemplo da coordenadora da Casa e de Daniel.

A trajetória de vida da Casa foi bastante breve, existindo entre Abril e Dezembro de 2008 – praticamente o mesmo período de tempo da pesquisa de campo. Deste modo, pude acompanhar as inúmeras fases por que passou a Casa: o início de sua organização como residência terapêutica; a mudança de endereço em setembro de 2008, para um espaço físico maior; o ingresso de novos pacientes; a saída de outros; a recaída de alguns; até o seu fechamento súbito em meados de Dezembro, às vésperas das festas de final de ano. Fatos objetivos que repercutiram diretamente sobre as vivências e interações ali existentes, ultrapassando em muito o aspecto clínico do atendimento oferecido – se é que se pode estabelecer uma diferenciação clara entre *clínico* e *pessoal*, num contexto em que tais âmbitos apresentavam-se tão imbricados.

A mudança de endereço configurou um evento bastante importante no campo pesquisado, representando uma espécie de marco divisório: um primeiro momento, mais acolhedor e harmônico, atrelado à casa 1; e um segundo momento um tanto mais caótico e árido, vivenciado na casa 2 (as *casas*, descritas em letra minúscula, referem-se apenas aos espaços físicos). O espaço físico desta segunda casa, mais do que o dobro da primeira, possibilitou o ingresso de novos pacientes, em um momento em que os antigos moradores já compunham um grupo homogêneo. A mudança de endereço repercutiu, portanto, indiretamente, em alterações significativas na dinâmica das relações ali estabelecidas, conforme se evidencia a seguir, a partir da descrição das duas casas que sediaram a Casa.

A casa 1

Esta casa localizava-se na região sul da cidade de São Paulo, em um local considerado central e de fácil acesso. Este fato revelou-se importante para muitos dos participantes da pesquisa, em geral moradores de bairros distantes, localizados na periferia da cidade. A experiência de morar temporariamente em um local central e de fácil acesso possibilitou-lhes vivenciar uma nova relação com a cidade, tornando-a mais acessível em seus recursos, menos agressiva para a condução do cotidiano; mais marcada, enfim, por alguma possibilidade de fruição da cidade, em detrimento apenas do registro da sobrevivência.

O primeiro contato com esta casa deu-se no dia da visita, quando tive o breve contato

pessoal com a coordenadora. O espaço físico desta casa me foi apresentado a partir de um rápido *tour*, conduzido por Daniel, seguido da apresentação aos pacientes-moradores, quando realizamos o Grupo Zero, a partir do qual lhes convidei a participar da pesquisa.

A casa era pequena. Um sobrado antigo, alugado, que contava com dois quartos e um banheiro, na parte superior, e duas salas e uma pequena cozinha no andar térreo. Havia ainda um corredor externo, com uma lavanderia, utilizado para a secagem das roupas. Não me lembro de ter visto essa área sendo habitada no dia-a-dia. A casa tinha um cheiro forte de cigarro, já que era permitido fumar em seu interior, o que a maioria dos residentes fazia, sem grandes preocupações com quem não fumasse – visto que isto também era uma raridade entre eles. Um cheiro forte de cigarro misturado a um cheiro não menos forte de incenso, na tentativa autêntica e preocupada de aliviar o ambiente, para todos.

Chamou-me a atenção, neste primeiro contato com a casa, o clima gostoso que ali reinava. Uma ‘energia boa’, como diriam alguns. Este fato me marcou, pois eu vinha justamente de uma peregrinação por espaços de tratamento para dependência química, na tentativa de encontrar um serviço que pudesse sediar a etapa de campo da pesquisa. E notava com frequência um clima pesado nesses lugares. Em nada convidativo a se ficar – para um café, quem diria para permanecer por dias a fio, enfrentando a aridez de um tratamento para dependência química.

Ali fiquei. Tomei café. Dei risada. Ouvei histórias e preocupações. Esclareci e compartilhei dúvidas sobre a pesquisa, em uma conversa longa e agradável. À exceção de Daniel, nunca havia visto aquelas pessoas antes; tampouco eles me conheciam. Como seria possível tamanha descontração entre pessoas desconhecidas? E pessoas que vivenciavam um momento difícil em suas vidas, marcado pelo afastamento da família, da residência pessoal, pelo ingresso em um tratamento para dependência química, no formato de uma moradia nova, convivendo com pessoas estranhas. A impressão inicial, resultante deste primeiro contato, foi a de uma casa hospitaleira, velha, arrumada, humana. Uma casa que efetivamente acolhia, a quem quer que fosse, do melhor jeito que conseguissem, visto que as condições físicas eram restritas. Talvez isso estivesse na base da ‘energia boa’ que ali senti, logo que entrei.

A impressão deste primeiro momento até poderia levar à suposição errônea de que ali

não havia conflitos. O que seria bastante estranho, tendo em vista a gravidade da situação que os reunia ali. Indubitavelmente, aquele era um espaço de tratamento e, naturalmente, faziam-se presentes sofrimentos, fragilidades e inseguranças de toda ordem. Os riscos inerentes aos contatos humanos, ainda mais sob tal estado de agravamento, somados à boa dose de imprevisibilidade e disrupção, característicos do campo da dependência química, logo eclodiram, a despeito do ambiente autenticamente acolhedor revelado neste primeiro contato. Transcorridos alguns meses de funcionamento da Casa, ocorreu um episódio de quase-morte envolvendo dois moradores da residência, cujo estranhamento mútuo quase chegou às vias de fato, resultando no ataque repentino, súbito e descontrolado, com uma faca de cozinha:

"Perdi a cabeça, estava fora de mim... Não lembro de nada, não sei o que eu teria feito se não tivessem me segurado..."
(Guerreiro, 39 anos)

Nesta noite, foi necessário recorrer à separação física entre os dois moradores envolvidos na briga, a fim de lhes preservar a vida. Um hotel foi a solução encontrada para aquele momento. A coordenadora da Casa estava fora de São Paulo quando este episódio aconteceu, tendo de gerenciá-lo à distância, por meio da ajuda de Daniel e de outros moradores-pacientes que também atuavam como monitores da Casa.

É esta intensidade de vivências que frequentemente permeia o cotidiano da dependência química, requerendo ações rápidas e, por vezes, de uma precisão cirúrgica, visto que o tempo, neste campo, avança cancerígeno, avassalador. A vivência temporal, no campo da dependência química é de uma natureza própria, sempre urgente, interrompida, disruptiva, ao mesmo tempo em que arrastada e paralisada em ações circulares, letais e repetitivas.

Neste momento inicial, contudo, tal dinâmica ainda não havia se revelado em campo e pareciam vivenciar apenas o frescor de um projeto que se iniciava: para quem o conduzia na linha de frente e para quem o habitava como público-alvo. Um clima que exalava a expectativa positiva de que, “desta vez”, seria diferente: para aqueles que já tinham passado por outros episódios de internação ou tratamento e também para a coordenação, que após o trabalho árduo em outras clínicas, se lançava à empreita do negócio próprio, repleta da vontade honesta de oferecer um tratamento diferenciado aos colegas-pacientes, efetivamente respeitoso e digno. Para aqueles cuja reclusão na

casa significava o primeiro episódio de tratamento, a vivência se traduzia em uma nova experiência de vida, ao terem de confrontar, pela primeira vez, a condição de dependentes químicos.

A despeito dos momentos pessoais, contudo, uma questão ali enfrentada dizia respeito a todos: Como seria conviver tão intimamente com pessoas que há pouco sequer conheciam, com hábitos de vida tão diferentes, e provenientes de culturas por vezes tão distintas?

Naquele momento, porém, eu era efetivamente a única pessoa totalmente estranha e desconhecida pelo grupo. Ainda que alguns tivessem ingressado havia apenas poucos dias, formavam um grupo que chamava a atenção pelo acolhimento e cuidado com que pareciam se tratar. Esta marca predominou durante toda a primeira fase do trabalho de campo, coincidente com a permanência nesta casa 1.

Quando me dei conta, neste primeiro dia de visita à Casa, já estávamos fazendo um grupo; o grupo zero, como o nomearíamos mais tarde. A idéia original para esta visita era apenas me apresentar, falar sobre a pesquisa e convidar os interessados a participar do estudo. Mas esta breve apresentação inicial tomou proporções interessantes e, quando percebemos, já estávamos adentrando as questões da pesquisa: trabalho, mercado de trabalho, adoecimento, tratamento, perspectivas, desejos. A casa estava cheia neste dia. Pareciam esperar pela visita da ‘pessoa de fora’. Tão logo cheguei, pararam de ver o filme a que assistiam, desligaram a televisão e todos se ajeitaram na sala, para a tal apresentação.

“Meu deus!” – foi o que pensei quando vi aquele monte de gente reunida em círculo na pequena sala, ocupando todos os espaços disponíveis e até um pouco do corredor. *“Como é que vai ser isto aqui?”*. Foi tranqüilo. Gostoso. Marcas que viriam a estar presentes em boa parte deste trabalho de campo, sobretudo no período da casa 1. A conversa foi longa: quase duas horas de bate papo neste encontro zero. Ao final, todos quiseram participar do estudo, o que também me chamou a atenção...

A coordenadora não participou desta conversa, como não participaria de nenhum dos encontros posteriores. Os contatos que tive com ela restringiram-se às reuniões de equipe e às preciosas ‘conversas de corredor’. Este fato mais tarde se clarificou para mim, a partir da sua fala recorrente, enfatizando os pacientes:

“Se estiver bom para eles, para mim está bom também. Isto aqui existe para eles.” (Patrícia, coordenadora da Casa)

Além evidenciar a primazia daquelas pessoas como motivo primordial da existência de todo o aparato terapêutico por ela montado, esta fala me fez constatar o óbvio: de algum modo, a ‘triagem’ da minha presença naquele campo, junto daquelas pessoas, seria feita pelo próprio grupo, a partir do sentido que veriam ou não no trabalho que desenvolveríamos. Nada mais justo. Não seria uma seleção burocrática ou arbitrária, mediada pelo poder e capricho do ‘dono da casa’. Esta diretriz da coordenação favoreceu em muito a minha entrada e permanência neste campo, o que naquele momento era motivo mais do que suficiente para eu comemorar – inclusive porque eu vinha de experiências prévias, em busca de uma instituição para realizar a pesquisa, em que as regras do jogo dificilmente eram claras.

Transcorridos alguns meses deste contato inicial, a instituição mudou de endereço, passando a ocupar uma casa muito maior, em um bairro vizinho. Esta mudança ocasionou alterações na configuração do grupo e da coordenação, o que, nem precisa dizer, repercutiu diretamente sobre o funcionamento do grupo. Esta foi a segunda fase do trabalho de campo, bastante mais turbulenta; um tanto menos acolhedora.

A casa 2

A mudança para a segunda casa ocorreu em meados de Setembro de 2008, motivada pela necessidade de um espaço físico maior, já que a estrutura até então existente estava se tornando pequena para a demanda crescente de pacientes-moradores.

A casa 2 localizava-se em uma região próxima à primeira casa. Havia sido alugada em condições facilitadas para a coordenação da Casa, já que se tratava de um imóvel que pertencia à família de um ex-paciente da organização. Era um sobrado bastante grande, onde havia funcionado anteriormente uma academia de ginástica. Na parte térrea, havia um amplo salão, além de duas salas menores e um banheiro. Na parte de cima, ficavam os dois quartos e a cozinha.

Tão logo ocuparam a casa, deram início a uma série de reformas para adaptar o espaço físico às necessidades da residência terapêutica. Assim, uma das salas do andar térreo foi

dividida, dando origem ao que se tornou uma sala de atendimento individual e uma recepção. Também foi feita, na parte térrea da casa, uma suíte para a coordenadora da Casa – seu espaço privativo, onde ficaria nos dias em que pernoitasse na residência terapêutica.

O grande salão localizado no térreo da casa, além de constituir o espaço de convivência da residência terapêutica, onde ficava a televisão e o videogame, era também o espaço utilizado para a realização dos grupos, com a desvantagem de ser um espaço aberto e, portanto, de passagem. Algumas reformas também foram feitas na parte superior da casa. O grande quarto, destinado a abrigar os homens, foi dividido em espaços menores, a fim de oferecer um pouco mais de privacidade e conforto aos moradores.

Esta casa, assim como a anterior, não possuía uma área externa muito grande, de modo que a maior parte das atividades ocorria dentro da casa. Diferentemente da casa 1, contudo, a casa 2 gerou-me uma impressão bem diferente, ao primeiro contato. Embora fosse ampla, era uma casa escura e os espaços estavam distribuídos de maneira estranha. Talvez apropriado para uma academia de ginástica, mas pouco acolhedor para uma residência.

Além disso, embora fosse uma região bastante próxima à da casa 1, a nova localização era cercada por avenidas grandes e movimentadas, configurando um entorno muito pouco convidativo a se habitar. As saídas frequentes para a padaria ou para os cafés, nas ruas vizinhas à casa 1, ficaram então bastante mais restritas. Restaram, contudo, as idas ao parque situado nas proximidades, onde alguns faziam atividades físicas, como corrida, caminhada, ou a prática chinesa do Falun Dafa. Mantiveram-se, também, a frequência às reuniões de Narcóticos Anônimos, em um grupo das proximidades.

Para além da adaptação ao espaço físico, a maior dificuldade relacionada à casa 2 parece ter sido proveniente da nova configuração que passou a caracterizar o grupo nesta casa, com a chegada de novos pacientes-moradores. O grupo original, formado na casa 1, já estava em abstinência havia alguns meses e passava por uma fase do tratamento em que a droga já não ocupava lugar central em suas vidas, cedendo espaço a outras questões existenciais. Além disso, o vínculo com a equipe da organização e com os outros moradores já era um vínculo pessoalizado. Habitavam aquele espaço como quem ocupa de fato uma residência, a sua residência. Neste sentido, embora naturalmente a afinidade entre todos ali não fosse a mesma, o grupo constituído na casa

vinha funcionando como um grupo coeso, havendo, entre diversos deles, uma relação de bastante amizade e companheirismo. Quase como se formassem uma família. Habitavam, portanto, uma condição em muito diversa daquela vivenciada por quem acabava de chegar, na casa 2.

Os novos moradores traziam no corpo fissurado as marcas ainda vivas da dependência, impondo aos demais a presença calada da droga: em atitudes desconfiadas; na quietude ou falação excessivas; nas eventuais tentativas de fuga; nas diversas indiscriminações com as quais todos ali, em algum momento, já haviam se confrontado, e continuavam esforçando-se por combater. Neste contexto, não é difícil imaginar a confusão ocasionada. Tanto mais porque, à turbulência ocasionada pela mudança de casa e pela chegada dos novos pacientes-moradores, somaram-se ainda outros fatores importantes, decorrentes: 1) do afastamento da coordenadora da Casa por um longo período de tempo, motivada por questões pessoais; 2) da saída de um dos sócio-fundadores da Casa, em decorrência de sua recaída no consumo de cocaína; e 3) do ingresso de outro terapeuta, bastante experiente no tratamento da dependência química, para auxiliar na coordenação da Casa. Tais eventos serão descritos a seguir.

Aspectos formais do funcionamento da organização

Juridicamente, a Casa estava em processo de estruturação para se cadastrar, junto à Prefeitura de São Paulo, como residência terapêutica. Após a saída de um dos membros fundadores, o contrato social da organização foi refeito. Neste momento, a convite da coordenadora, dois dos pacientes-monitores entraram como sócios no contrato social da empresa. No entanto, até o fechamento da Casa, em dezembro de 2008, o seu funcionamento ainda não havia sido oficialmente regularizado.

Em termos econômicos, a Casa funcionava em regime de atendimento particular. O custo relacionado à moradia e ao tratamento (palestras, atendimento psicológico e psiquiátrico), à época da pesquisa, era de dois mil e oitocentos reais por mês. Contudo, nenhum paciente arcava com este custo integral, em função de dificuldades financeiras da família, sendo que alguns pagavam uma quantia quase simbólica pelo tratamento. Isto ocasionava um importante déficit financeiro na organização, que todo mês era coberto pela coordenadora. Desta maneira, indiretamente, era ela quem custeava o tratamento e a moradia de diversos pacientes, conjuntamente a parte da equipe técnica, que não recebia rendimento algum pelo trabalho realizado. Durante o período em que

estive em campo, era comum que a organização entrasse o mês com um déficit de dez mil reais – prejuízo arcado pela coordenadora, com seus recursos pessoais. Economicamente, portanto, a Casa não parecia um projeto viável, ao menos não nos moldes como vinha funcionando à época da pesquisa.

Ainda em relação ao funcionamento da organização, destacava-se o seu isolamento em relação ao sistema de saúde, tanto público quanto privado; bem como seu isolamento em relação a quaisquer outros recursos da comunidade, revelando a ausência de uma inserção política e de uma atuação em rede, conjuntamente a outros dispositivos sociais e de saúde. Uma articulação fundamental no campo da dependência química, quando se pretende um trabalho terapêutico efetivamente reabilitatório.

O benefício relacionado ao transporte público gratuito para os pacientes que preenchiam certos critérios diagnósticos constituiu a única conexão da Casa com o sistema público. Uma conexão que resultou em um contato real entre representantes do poder público e a residência terapêutica pesquisada. Tal contato deu-se a partir de uma visita de fiscais da prefeitura à Casa, a fim de atestar a veracidade da existência da entidade, que vinha mandando diversos pacientes para pleitear o benefício público.

O relato dos pacientes-moradores sobre o dia da ‘visita-surpresa’ dos fiscais da prefeitura revela uma faceta interessante ocasionada por esta articulação com o público:

“Bateram aqui na porta. Era horário de almoço. Eles entraram para ver a Casa, ver se aqui era mesmo um local de tratamento ou não... Estávamos cozinhando na hora em que vieram. Eles viram toda a casa, viram os pacientes que moravam aqui. A mulher da prefeitura se emocionou tanto de ver o trabalho que é feito aqui, que quase saiu chorando!” (Carlos, 36 anos)

O tom afetivo com que descreveram tal episódio parecia conter um misto de orgulho pelo trabalho terapêutico ali realizado, com a satisfação pessoal de se terem percebido alvo da admiração do outro. Haviam sido, enfim, olhados. Alvo de um olhar atento, cuidadoso e, por fim, afetivo. Um olhar que transcendeu o objetivo burocrático que os levou até ali, atingindo, por fim, os sujeitos que ali estavam – e sem os quais a existência da organização não fazia o menor sentido. Um olhar que acabou por se constituir legitimador da existência constatada; não apenas a existência da organização em si, mas a própria existência das pessoas que ali estavam, para além do cartão de visitas da dependência química. Pessoas morando, cozinhando, convivendo; sujeitos

legitimamente ocupados em retomar o curso de suas vidas.

Parece muito que uma simples visita de fiscalização pudesse mobilizar sentimentos tão intensos e distintos do propósito original da visita. No entanto, se considerarmos os diversos níveis de isolamento que marcam as trajetórias destes sujeitos, refletidas no próprio isolamento da organização, torna-se mais possível compreender os efeitos produzidos a partir do encontro vivenciado. Um encontro propiciador da religação entre estas pessoas e a vida pública, transcendendo a doença, ainda que motivada por ela. Um encontro que, ao transitar do burocrático ao pessoal, propiciou-lhes a experiência profícua de inscrição no coletivo.

A rotina da casa

O fato de a Casa constituir ao mesmo tempo um espaço de moradia e de tratamento fazia emergir algumas dificuldades relacionadas, sobretudo, ao funcionamento cotidiano da entidade. Diferentemente de outros espaços de tratamento, como por exemplo, as comunidades terapêuticas, nos quais as pessoas em geral permanecem por meses seguidos, morando no espaço da clínica, o clima predominante na Casa era muito mais de residência do que de um espaço terapêutico pautado em regras rígidas de funcionamento (como horário para dormir, acordar, horários das refeições, grade terapêutica etc.).

Na Casa, a coordenação até tentava imprimir uma rotina ao funcionamento cotidiano, procurando definir o horário das refeições e a grade horária das atividades terapêuticas, mas a organização do dia-a-dia revelava-se, por vezes, bastante confusa, evidenciando a prevalência da residência sobre a clínica. Na prática, isto significava a possibilidade de fruição de uma liberdade própria do ambiente de moradia, e raramente encontrada em espaços de internação, mesmo que uma internação voluntária, em clínicas abertas.

A liberdade vivenciada pelos pacientes-moradores na Casa revelava-se pela possibilidade de ir dormir tarde da noite, de poder dormir até mais tarde pela manhã, de jogar vídeo game em momentos diversos do dia, de fazer churrasco aos finais de semana, ou até mesmo pela alimentação cotidiana, que incluía sorvetes, refrigerantes, bolos e outras guloseimas que em geral não compõem o cardápio de uma clínica. O clima era de uma casa; a comida era de casa.

Contudo, este misto de moradia e espaço de tratamento, com a prevalência do primeiro sobre o segundo, se por um lado trazia vantagens, por outro gerava-me a impressão de contribuir para a indiscriminação já tão evidente no campo da dependência química: indiscriminação de papéis (as funções de cada um ali, quanto à manutenção da limpeza e organização da casa; as funções específicas de alguns membros da equipe técnica, que também eram pacientes-moradores); indiscriminação de horários, de parâmetros de organização do cotidiano.

No dia-a-dia, tal confusão revelava-se, por exemplo, pela sobrecarga de tarefas que recaía sobre alguns dos pacientes-moradores, enquanto outros se desresponsabilizavam pelos cuidados com as tarefas domésticas – que deveriam estar a cargo de todos.

Para além do cuidado com a organização e a limpeza da casa, a falta de uma rotina mais estruturada e organizadora do cotidiano revelava-se também nas atividades terapêuticas planejadas, como em efeito dominó. Se residiam no mesmo espaço terapêutico em que se tratavam, qualquer atraso na rotina de funcionamento da casa (como o horário das refeições, por exemplo), necessariamente repercutia sobre a grade horária das atividades terapêuticas propostas, em geral, atrasando o início das atividades. Este fato, contudo, não parecia constituir fonte de grande preocupação entre os pacientes-moradores, ou mesmo entre os membros da equipe técnica externos à Casa, já que o funcionamento da organização era marcado por um alto grau de flexibilidade – que por vezes me gerava um certo estranhamento, dando-me a impressão de confusão e indiscriminação, mais do que de flexibilidade apenas.

A rotina ou a não-rotina dos finais de semana assemelhava-se ainda mais a de uma casa, a exemplo dos churrascos entre amigos e familiares; da roda de violão, e das disputas de vídeo game. A Casa era aberta constantemente à visita dos familiares, bem como à visita de outros companheiros da irmandade dos Narcóticos Anônimos e dos Alcoólicos Anônimos.

Ao longo da pesquisa de campo, contudo, o estranhamento que por vezes me tomava emergiu como uma queixa compartilhada por diversos moradores e também por parte da coordenadora, aflita com o que ela nomeou como *“falta de bom senso”* deles, e em especial daqueles que integravam a equipe técnica, como monitores:

“Não me conformo de eles ficarem limpando a casa, enquanto os outros internos ficam vendo televisão! Eles têm outras coisas mais importantes para fazer, como montar o site da Casa. Isso é

responsabilidade deles. Eu não vou fazer. Eu coloquei na mão deles. Eles vão ter que se virar para fazer esse site.” (Patrícia, coordenadora da Casa)

“Assim não dá! Todo fim de semana churrasco e eu é que tenho que pagar a conta no açougue? Eu não fiz dívida nenhuma no açougue, não estou devendo nada lá!” (Patrícia, coordenadora da Casa)

A expectativa da coordenadora era justamente de que pudessem prescindir cada vez mais de sua presença e orientações. A exemplo do *site* da Casa: desejava que os monitores residentes dessem conta de colocar no ar o *site* da organização, elaborando inclusive seu conteúdo. Esta foi, no entanto, uma ação que jamais aconteceu.

A presença física da coordenadora na Casa parecia constituir um referencial organizador importante para os pacientes-moradores, sobretudo para aqueles que integravam a equipe-técnica da organização. A exemplo do que ocorria nos finais de semana, os períodos em que a coordenadora se ausentava da Casa, em geral por estar fora de São Paulo, podiam gerar complicações relevantes. As complicações emergentes na Casa eram diretamente proporcionais ao tempo de ausência da coordenadora, a ponto de gerar situações que por muito pouco não fugiram totalmente ao controle de todos da Casa, como o episódio já narrado, envolvendo a briga de faca, entre dois dos residentes.

Ainda que mantivessem contato constante, por meio do rádio nextel, durante as viagens que a coordenadora fazia, sua presença virtual não exercia o mesmo efeito organizador de sua presença física, sobretudo em relação à organização pessoal dos pacientes-moradores, que pareciam ficar muito perdidos em sua ausência. Este fato tem uma correspondência objetiva, já que era ela a pessoa responsável por estabelecer os projetos terapêuticos de cada paciente. Contudo, dava-me também a impressão de haver um forte componente subjetivo envolvido na desorganização que tomava conta da Casa, nos períodos de ausência da coordenadora: como se a sua ausência os expusesse a um estado de desamparo e abandono, próprios de outras épocas ou experiências de vida.

Como a família de Patrícia morava em outro Estado e, à época da pesquisa, seu pai teve um importante problema de saúde, vindo a falecer, suas ausências da Casa foram relativamente frequentes no período em que estive em campo, chegando a perfazer algumas semanas consecutivas. Nestes períodos, era notável o aumento de tensão entre os residentes, conforme se prolongava sua ausência. A tensão revelava-se pelo aumento

da agressividade entre os moradores da casa, tanto verbal, quanto física, em alguns momentos.

Sua ausência também parecia desorganizar de maneira especial os residentes-monitores, que acabavam ficando efetivamente muito sobrecarregados, ao terem de manter, no cotidiano, o funcionamento da organização e os cuidados terapêuticos dos demais pacientes-moradores. Nestas ocasiões, acabavam por ocupar, sobretudo Daniel, o lugar de referência terapêutica para os demais residentes, sem, no entanto, contarem com um suporte terapêutico adequado para eles próprios. Vale lembrar, aqui, que estamos falando de pessoas que também se encontravam em tratamento, ainda que em uma fase mais avançada do processo de recuperação. Nos períodos de ausência prolongada de Patrícia, acabavam, então, lançados a um tipo de situação para a qual também não tinham condição de lidar. Ao menos não tão sozinhos, como acabavam ficando nestes períodos, pois embora a equipe técnica contasse com a presença de outros profissionais, na prática eram eles que ocupavam a linha de frente do tratamento, já que, na condição de residentes-monitores, moravam na Casa, que era também o seu local de trabalho. Portanto, nesta condição dupla, permaneciam vinte e quatro horas por dia no ambiente de trabalho, tendo de cuidar dos demais residentes e das diversas situações que ali se configuravam.

4.2 A equipe técnica

A equipe técnica da Casa era composta no total por nove pessoas: 03 residentes-monitores, 03 profissionais da área da saúde (sendo duas psicólogas e um médico psiquiatra), um estudante de psicologia, além da coordenadora e, posteriormente, um terapeuta, chamado para ajudar na organização geral da instituição.

À exceção das psicólogas e do psiquiatra, todos os outros membros da equipe técnica eram pessoas que possuíam em suas trajetórias de vida o histórico pessoal relacionado à dependência química, embora a maioria delas estivesse abstinente havia anos.

Dentre os residentes-monitores, Daniel ocupava um papel central, conduzindo grupos terapêuticos pautados na filosofia dos 12 passos. Era uma referência terapêutica bastante importante, tanto para os demais pacientes, quanto para seus familiares.

Michele também atuava como residente-monitora, embora sua principal função fosse na

área administrativa da organização e não junto aos pacientes. Preparava-se para atuar futuramente mais diretamente com os pacientes-moradores, como acompanhante terapêutica.

Carlos era também um paciente-morador e, enquanto membro da equipe-técnica, sua função era organizar as refeições, havendo a perspectiva de que assumisse a área comercial da instituição, já que tinha experiência profissional nesta área.

Conforme dito anteriormente, Patrícia, a coordenadora, era a pessoa central ao funcionamento da Casa, sobretudo clinicamente. Foi quem fundou a entidade, dando o tom do tratamento disponibilizado. Planejava com cada residente os projetos terapêuticos pessoais, atuando diretamente sobre o percurso clínico de cada residente. Sua história de vida já era em si um exemplo importante para os pacientes, servindo-lhes de modelo a ser seguido. A confiança que possuíam em seu trabalho estava diretamente atrelada à confiança que tinham em sua honestidade. Estes dois aspectos constituíam, nas falas emergentes, ingredientes terapêuticos centrais ao tratamento ali disponibilizado, sobretudo considerando-se as precárias experiências de tratamento já vivenciadas pela maioria dos residentes da Casa.

Embora as duas psicólogas da equipe tivessem experiência na área clínica, nenhuma delas possuía experiência prévia de atendimento a dependentes químicos. A trajetória profissional de uma delas incluía um trabalho extenso com crianças reclusas na FEBEM, conferindo-lhe certa familiaridade e repertório para trabalhar com a população da Casa. Esta psicóloga foi indicada para trabalhar na Casa por Daniel, que a conhecera no Curso de Acompanhamento Terapêutico realizado na UNIAD – curso que ela escolheu fazer justamente em função de seu trabalho com os adolescentes da FEBEM, para quem a problemática relacionada ao consumo de drogas é também uma constante. Esta psicóloga realizava os atendimentos individuais dos pacientes da Casa.

Já a outra psicóloga chegou à Casa por um caminho bastante inusual: foi convidada a conhecer a organização por um residente da Casa, que a conhecera em um parque da cidade de São Paulo, enquanto ela praticava o Falun Dafa, uma arte oriental. Acertada a sua entrada na organização, passou a conduzir na Casa um grupo de Falun Dafa e também a coordenar outro grupo voltado à discussão das questões cotidianas do funcionamento da organização.

O psiquiatra também chegou à Casa por intermédio de um dos pacientes-moradores. E assim como as psicólogas, também não possuía experiência prévia no atendimento a dependentes químicos. Sua parceria com a organização constituía-se no acompanhamento psiquiátrico dos pacientes da Casa, prestado em seu consultório particular.

Nenhum dos profissionais da equipe técnica trabalhava em regime celetista. O psiquiatra recebia seus honorários por cada atendimento realizado, enquanto as psicólogas recebiam um valor fixo por mês, inexistindo um contrato formal de trabalho que regulamentasse sua atuação junto à entidade.

A mesma situação caracterizava o trabalho dos residentes-monitores, com a diferença de que não eram remunerados pelo trabalho realizado. Por vezes recebiam uma ajuda de custo de Patrícia, para algumas despesas pessoais. Outras vezes, a Casa lhes custeava a participação em cursos de curta duração, relacionados à atuação em dependência química. Tais ajudas, contudo, eram intermitentes, impossibilitando-os de se organizarem com base nos eventuais rendimentos.

Para os residentes-monitores, as condições de trabalho também não estavam claramente definidas, sequer parâmetros básicos como o horário de trabalho e os dias de folga. Considerando que eles moravam na residência terapêutica em que trabalhavam, a exposição em tempo integral às demandas do ambiente de trabalho constituía-se, por vezes, bastante nociva às suas saúdes pessoais. Só não se revelavam ainda mais prejudiciais aos residentes-monitores, em função de uma característica intrínseca a esta situação: o fato de exercerem uma atividade de trabalho que ficava na fronteira entre o terapêutico e o profissional. Na prática, isto significa que, frequentemente, para a maioria das pessoas que está em tratamento para a dependência química, começar a trabalhar neste campo, auxiliando outros dependentes, constitui um recurso terapêutico à sua própria recuperação, na medida em que passam a ocupar um novo lugar social, com novas responsabilidades e funções.

Esta é a crença que prevalece neste campo de atuação, quando consideramos a dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação; uma crença que acaba por naturalizar práticas potencialmente perigosas. Não é difícil imaginar toda ordem de abusos que pode decorrer destas práticas disseminadas, variando desde a exploração intencional de mão-de-obra barata ou gratuita, até

prejuízos decorrentes da dificuldade de discriminar papéis e funções – característica tão evidente no campo da dependência química. Este último caso é o que parece dar origem à situação observada na residência terapêutica pesquisada.

Embora o trabalho terapêutico desenvolvido na Casa contasse com uma equipe que incluía estes três profissionais da saúde, o direcionamento do atendimento prestado ficava bastante centrado na figura da coordenadora. Esta configuração era viável enquanto a Casa estava recém-inaugurada e contava ainda com poucos pacientes. Conforme a organização cresceu, aumentando o número de pacientes-moradores e a complexidade envolvida na administração, tornou-se clara a impossibilidade de que Patrícia continuasse a exercer a função de referência central aos pacientes, sobretudo em relação ao planejamento de seus percursos clínicos. Esta impossibilidade evidenciava-se claramente em seus períodos prolongados de afastamento da Casa. Nestes períodos, conforme descrito anteriormente, era notável a desorganização que gradualmente se instalava no cotidiano da organização, sobretudo entre os residentes monitores, que se viam responsáveis por cuidar dos demais pacientes-moradores, embora ficassem, eles próprios, muito desamparados e fragilizados com a ausência prolongada de Patrícia da Casa.

Foi neste contexto que entrou em cena Milton, para auxiliar na organização geral da Casa. Milton era empresário, ex-marido de Patrícia e possuía bastante experiência no tratamento da dependência química, ele próprio em abstinência havia muitos anos. A entrada de Milton deu-se já no final de existência da Casa, dois meses antes do seu fechamento, em dezembro de 2008. Embora tenha sido um período de tempo bastante restrito, foi suficiente para gerar modificações importantes no funcionamento da organização, em direção a uma maior discriminação de papéis, funções e também em relação ao funcionamento cotidiano da Casa.

Neste período, foram revistos a grade de atividades terapêuticas, o horário das refeições, bem como as funções dos residentes-monitores. Esta alteração, na prática, repercutiu em uma restrição da função clínica dos monitores, que deixaram de frequentar as reuniões da equipe técnica.

A frequência dos residentes-monitores às reuniões clínicas da equipe técnica causava-me bastante estranhamento, pois era notável a intranquilidade que os tomava quando tinham de discutir clinicamente sobre a situação e as necessidades dos demais colegas

residentes, justamente por serem pares, uma vez que todos ali eram pacientes-moradores da organização. Esta confusão de papéis e funções, presente ao longo de todo o trabalho de campo, evidenciava-se sobremaneira nos momentos de reunião clínica da equipe técnica. E o estranhamento que me tomava nestas ocasiões relacionava-se, não à função de pesquisadora que ali me caracterizava, mas à minha experiência como psicóloga clínica, acostumada a atuar em equipes interdisciplinares compostas exclusivamente por profissionais da saúde. Foi interessante confrontar-me com aquele arranjo novo de trabalho, não apenas possível, como efetivamente existente, em diversos contextos terapêuticos.

As mudanças ocasionadas a partir da entrada de Milton geraram um mal-estar notável entre os residentes-monitores e entre os demais pacientes, ao forçar ações em direção a uma maior discriminação. Os efeitos de tais mudanças, contudo, não puderam ser avaliados, já que a Casa logo fechou.

4.3 Os participantes do estudo

Segue uma breve apresentação dos participantes do estudo¹:

LÍDIO: 43 anos, fotógrafo profissional, pós-graduado em marketing, separado, um filho. Aposentou-se por invalidez aos 38 anos, em decorrência de problemas físicos na perna. Tornou-se usuário de cocaína no período dos tratamentos médicos para este problema, vindo a se tornar dependente após a aposentadoria. Desde então trabalhou em comunidades terapêuticas para dependência química, sendo um dos sócios fundadores da Casa. Questionava o diagnóstico de Transtorno Bipolar que recebera havia cinco anos. Sua história de vida era marcada por algumas tentativas de suicídio, sendo a primeira delas anterior ao período de instalação da dependência química. Participou dos grupos pilotos, ocorridos na primeira fase da pesquisa e de duas entrevistas individuais. Sua participação no estudo foi interrompida em decorrência do retorno para sua cidade de origem, após uma recaída no uso de cocaína. À época desta recaída, estava gravemente deprimido, em decorrência do término de um relacionamento amoroso e da dissolução de sua participação como sócio da Casa. Tentei nesta ocasião, sem sucesso, seu encaminhamento para um profissional especializado no tratamento da

¹ Os pseudônimos aqui apresentados foram escolhidos pelos próprios participantes do estudo.

dependência química, que pudesse acompanhá-lo de maneira intensificada neste período, dada a gravidade de seu quadro clínico. Esta indicação foi discutida com Lídio e com Patrícia, mas não chegou a ser efetivada, já que Lídio optou por voltar à sua cidade natal, onde residia sua família. Meses depois, em meados de maio de 2009, vim a saber, por intermédio de outro participante da pesquisa, de seu falecimento, em decorrência de suicídio.

FERNANDO: 30 anos, ensino médio incompleto, trabalhava no açougue do pai. Era casado e tinha uma filha. Lutador de jiu-jítsu, Fernando iniciou abuso de álcool aos 23 anos, quando sofreu um acidente de carro e passou por uma cirurgia. Durante os oito meses de recuperação, impossibilitado de treinar jiu-jítsu, aumentou as saídas noturnas para “se ocupar”. Logo, porém, passou a frequentar diariamente bares dançantes de São Paulo, durante as noites. O aumento do consumo de álcool veio neste período, resultando na instalação da dependência de álcool, acompanhada do envolvimento em brigas. Na compreensão de Fernando, este comportamento é um de seus problemas centrais, desde criança: *“O que me pega muito é no comportamento, raiva, briga. Desde moleque eu não levava desaforo para casa.”* Vincula à impossibilidade de treinar jiu-jítsu o agravamento de seus problemas: *“Foi nessa época que eu me peguei mais na agressividade, porque fiquei sem o treino. O treino trabalha bastante sua cabeça, porque tem que pensar, encaixar os golpes... Não pode ser acelerado.”* Fernando considera o trabalho seu principal ponto de apoio na vida, seguido da academia. A Casa foi o seu primeiro tratamento para a dependência de álcool. Na pesquisa, participou dos grupos pilotos e dos encontros individuais, não participando da segunda fase da pesquisa, pois já havia terminado seu período de internação na Casa. Embora seu projeto terapêutico incluísse a frequência à Casa em regime ambulatorial, participando de algumas atividades terapêuticas ao longo da semana, Fernando acabou interrompendo seu tratamento após o período de internação. Dada a proximidade física de seu local de trabalho e moradia com o primeiro endereço da Casa, Fernando manteve o contato social com os moradores residência terapêutica, continuando a frequentar a casa em horários diversos, como visitante. Para surpresa geral, compareceu no último grupo realizado, contribuindo bastante ao contar sobre como havia sido sua experiência de vida nos últimos meses, fora da Casa: mantinha-se trabalhando no açougue e frequentando a academia. Não havia, contudo, freqüentado nenhum grupo terapêutico, nem as reuniões dos grupos de ajuda mútua. Este fato levou o grupo a lhe sugerir que voltasse a se vincular a algum espaço terapêutico, para auxiliá-lo na manutenção da

abstinência do álcool. Outra sugestão feita pelo grupo, na ocasião deste encontro, foi de que ampliasse suas atividades de lazer, já que sua vida estava centrada basicamente no trabalho e na academia, o que parecia um tanto restrito, na percepção do grupo.

NORONHA: 33 anos, casado, um filho; ensino médio incompleto. Trabalhou como dekassegui no Japão, junto com a esposa, por dez anos. No retorno ao Brasil, passou a trabalhar com o pai, microempresário. Noronha possuía um histórico longo de uso de crack e cocaína, incluindo algumas internações para tratamento da dependência química, anteriores ao ingresso na Casa. Permaneceu abstinente do uso de crack por nove anos, durante o período em que trabalhou no Japão. Participou da pesquisa até o 4º grupo, da segunda etapa, quando deixou de frequentar a Casa, após uma recaída no consumo de crack, que levou à reinstalação da dependência química. Noronha foi um dos primeiros participantes da pesquisa a retornar ao trabalho, gerando bastante curiosidade entre os demais membros do grupo. Seu retorno ao trabalho foi cuidadosamente planejado por Patrícia, junto a ele e seus familiares. Ele voltaria a trabalhar com o pai, mas de maneira gradual, o que significaria trabalhar, inicialmente, apenas três vezes por semana, mantendo-se na Casa, durante os demais dias. Tal planejamento, contudo, mal chegou a ser iniciado, já que logo nos primeiros dias da experiência Noronha recaiu no consumo de crack, abandonando o tratamento na Casa. Sua experiência de retorno ao trabalho, seguida da rápida recaída, repercutiu de maneira bastante intensa sobre o grupo, gerando um sentimento difuso de dúvida e temor sobre as reais possibilidades de permanecerem em abstinência e retomarem suas vidas. A fala que Noronha expressara, em outros momentos do grupo, sobre o contexto de suas recaídas anteriores, ajudava a esclarecer sobre os riscos relacionados ao trabalho, em seu histórico de dependência: *“Comecei a trabalhar com meu pai, me sentir bem, vitorioso, me sentir melhor que meus amigos.”* Não foi possível avaliar o contexto exato desta recaída que lhe retirara do tratamento na Casa, mas até onde pude saber sobre seu percurso, Noronha permaneceu alternando períodos de abstinência a períodos de consumo, não voltando a se engajar em nenhum tratamento, durante o período da pesquisa.

JEFERSON: 28 anos, casado, um filho, ensino médio completo. Exerceu diversas atividades de trabalho (balconista em loja de CD e locadora, *office boy*, ajudante de pedreiro, ajudante geral, *motoboy*). O problema de Jeferson advinha da dependência de crack. A moradia na Casa constituiu seu primeiro episódio de tratamento,

contribuindo para iniciar seu esclarecimento sobre o quadro da dependência química. Foi a partir do tratamento na Casa que passou a frequentar com regularidade as salas de narcóticos anônimos, junto com os demais moradores da residência terapêutica. Jeferson participou de todas as etapas da pesquisa, estabelecendo, como projeto de vida futuro, tornar-se empreiteiro. Para isto, pretendia fazer cursos técnicos no SENAI. Como passo intermediário, para viabilizar a realização de tais cursos, compraria uma moto, com a ajuda da esposa, logo que concluísse seu tratamento na Casa. O trabalho como motoboy o ajudaria a “*levantar um dinheiro*” para a realização dos cursos.

CRISTINA: 46 anos, separada, duas filhas, professora universitária, pós-graduada. Havia sido diagnosticada como portadora de Transtorno Bipolar, aos 37 anos; um diagnóstico bastante prevalente em sua identidade pessoal. Antes disto, aos 30 anos, havia tido um episódio de depressão, seguido, nos anos subsequentes, por crises de pânico: *Eu tinha medo de tudo: de entrar em sala de aula, de barulho, de lugar fechado, de gente estar me seguindo... Medo de tudo.* . Nesta fase, Cristina inicia acompanhamento psicoterápico e medicamentoso. A problemática relacionada ao abuso de substâncias desenvolveu-se secundariamente a estes quadros clínicos. Dos 36 aos 42 anos passou por uma fase de abuso de cocaína, vindo a desenvolver dependência de álcool após os 37 anos. Neste período, ficou mais de um ano e meio afastada da universidade em que lecionava, por licença médica. À época da pesquisa, estava dando entrada na documentação para se aposentar por invalidez, seguindo o planejamento que havia elaborado em conjunto com seu psiquiatra (um profissional que a acompanhava havia vários anos e que se constituía em uma pessoa de referência para Cristina). Este planejamento vinha sendo feito de maneira cuidadosa e lenta, dada a importância e dificuldade implicadas em tal decisão: *“Eu não me sinto nem aposentada, nem inválida.”* – era sua fala sobre a perspectiva de se aposentar por invalidez. Cristina participou de todas as etapas da pesquisa, mesmo após sua saída da Casa. Depois que concluiu a primeira fase de seu tratamento, tal como havia planejado em conjunto com Patrícia, Cristina voltou a morar em sua casa, passando a frequentar a Casa em regime ambulatorial, três vezes por semana. Durante o período da pesquisa, contudo, Cristina tivera algumas recaídas no consumo de álcool, que culminaram no seu retorno à moradia da Casa. A questão ocupacional constituía para Cristina uma questão bastante importante, à época da pesquisa, já que estava justamente em meio ao processo da aposentadoria por invalidez e do planejamento sobre suas perspectivas futuras de trabalho, uma vez que o retorno à sala de aula era-lhe de tal maneira ameaçador e

estressante, que se tornara incogitável. Cristina falava sobre a necessidade e importância de exercer uma atividade de trabalho: *“Primeiro porque não dá para viver com esse benefício. E outra: a minha cabeça não consegue ficar na ociosidade. Preciso ter uma atividade.”* Como perspectiva futura, Cristina planejava abrir um negócio próprio, que lhe proporcionasse mais prazer e tranquilidade. O gosto pela leitura atraiu-a para a idéia de abrir um sebo. Tal projeto vinha sendo elaborado também em conjunto com seu psiquiatra. Previa, contudo, a realização deste projeto em conjunto com algum sócio, considerando as intensas oscilações de humor que possuía, em decorrência da bipolaridade, e que a impediam de exercer com regularidade e constância uma atividade profissional.

GUERREIRO: 39 anos, solteiro, sem filhos, estudou até a quarta série do ensino fundamental. Ao longo de sua trajetória de vida, exerceu diversos tipos de atividades ocupacionais. Começou a trabalhar cedo, aos 6 anos, ajudando o pai na feira; atividade que exerceu por oito anos. Também trabalhou como *office boy*, encarregado de faturamento e ajudante geral. Guerreiro orgulhava-se do fato de jamais ter tido problemas relacionados a trabalho: *“Eu nunca fico sem trabalhar. Querendo, logo arrumo alguma coisa. Não tenho preguiça de fazer nada.”* Quando finalizasse o tratamento na Casa, planejava trabalhar no açougue que o pai montaria para ele. Na fase ativa do consumo de crack, chegou a trabalhar vendendo drogas na favela, em troca do que consumia. Nesta época, foi preso por tentativa de assalto, no auge da dependência de crack. A experiência na Casa constituiu seu primeiro episódio de tratamento, em quase vinte anos de dependência química. A moradia na Casa, ao mesmo tempo em que manteve Guerreiro livre do consumo de crack, assegurando-lhe um ambiente protegido e suficientemente distante do bairro em que morava, e onde usava o crack, proporcionou-lhe a importante vivência relacionada ao estabelecimento de uma nova rede social, na qual se viu desempenhando funções e atividades que jamais imaginara fazer. Guerreiro era o tipo de pessoa, segundo ele mesmo, que não se comunicava por meio das palavras, mas de ações. Na realidade, reações; em geral pautadas pela violência, quando algo lhe desagradava. Não sabendo o que dizer, ou como conter sua raiva, em momentos de conflito, Guerreiro batia, inclusive porque estava constantemente sob efeito do crack, já que metade de sua vida foi imersa na dependência desta substância. Foi a partir da experiência de moradia na Casa, que Guerreiro passou a desenvolver outro repertório de ações, que prescindisse da agressão física. Assim, quando se via contrariado na Casa, por qualquer motivo que fosse,

recorria ao isolamento em sua cama, até que a raiva passasse. Aprendeu também que escrever ajudava-o muito a lidar com a raiva nos momentos difíceis, de modo que a escrita passou a fazer parte de sua rotina diária na Casa. A permanência naquele espaço terapêutico tornou-se de tal modo importante para Guerreiro, que ele renovou o contrato de tratamento por duas vezes consecutivas, passando a rezear muito afastar-se da moradia na residência terapêutica – o que também constituía um fator a ser trabalhado, já que aquele deveria ser um espaço de passagem, de transição apenas. Em uma destas renovações, foi-lhe atribuída uma função diferenciada na Casa: Guerreiro tornou-se uma espécie de zelador da residência terapêutica, *“para ajudar os que estavam chegando”*. Esta nova função constituiu parte do planejamento de seu tratamento, elaborado por Patrícia. Em relação à pesquisa, Guerreiro participou assiduamente de todas as etapas previstas, ainda que inicialmente de maneira bastante particular, a seu modo. Nos primeiros grupos, topou participar, mas sentado praticamente fora da sala, no corredor. Nesta fase inicial, quando alguém lhe dizia algo que o incomodasse, Guerreiro saía da sala, embora continuasse ligado às discussões do grupo, gritando, lá do quarto, suas opiniões: *“Não é nada disso!”*; *“Não foi isso que eu disse, foi aquilo...”* Sua resposta, diante do primeiro convite que lhe fiz para participar da entrevista individual, foi estender-me o caderno no qual vinha registrando seus pensamentos e aprendizados, desde que ingressara na Casa: *“Está tudo aqui. Tudo o que você quer saber está aqui”*. Um pouco confusa quanto àquela situação, resolvi topar sua condição, insistindo, contudo, em sua presença, mesmo que não quisesse falar nada. Aí quem topou foi Guerreiro. E assim teve início sua participação na pesquisa. Ao longo da permanência na Casa, foi notável a mudança de Guerreiro quanto à maneira de conviver em grupo e se comunicar, com os demais moradores da Casa, com a equipe técnica, comigo. A escrita, que lhe era muito pouco familiar quando ingressara na residência terapêutica, tornou-se um recurso central em seu processo de recuperação, de maneira que, no final da pesquisa, aceitou minha sugestão de que lesse para todos, no último grupo, um texto que havia escrito, ao longo de seu tratamento na Casa, sobre seu percurso de vida e os aprendizados obtidos naqueles meses de convivência em grupo. Um texto que, embora tratasse de sua vida particular, pareceu-me carregado de sentidos coletivos, ao tangenciar temas tão humanos, como perdas, desejos, expectativas, aprendizados, medos, sonhos, contradições e a, sempre presente, possibilidade de transformação.

BRENO: 23 anos, solteiro, sem filhos, ensino médio completo. Estava se preparando para o vestibular, à época da pesquisa. Havia trabalhado como vendedor em lojas de

shopping, consultor de negócios de uma empresa e como garçom, durante um dos períodos em que estivera internado. Considerava-se bastante bem sucedido nos trabalhos realizados, embora não cogitasse voltar a trabalhar em loja de shopping, ao menos não no ramo de surfe, no qual, segundo sua experiência, *“a droga rolava solta”*: *“Todos fumavam maconha e tomavam ácido e álcool. Eu sempre tomava ¼ de ácido para trabalhar... Acreditava que assim vendia mais.”* Breno fora criado pelos avós maternos e considerava-se privilegiado por isto: *“Ser criado pelos avôs é um brinde. Não tenho do que reclamar de nada da minha infância”*. Ao mesmo tempo em que sentia a pressão por ter sido o primeiro neto: *“Ele me cobra bastante. O primeiro neto costuma carregar o nome da família”* – dizia, referindo-se ao avô. Diferentemente da vivência da mãe e das tias, Breno relatava ter recebido dos avós tudo o que quis, materialmente, além de liberdade para sair, desde cedo, com os amigos. Passou a frequentar, ainda novo, matinês em danceterias. Foi também com os amigos que fez as primeiras experimentações de drogas, na adolescência, passando a usá-las de maneira abusiva (cola, maconha, álcool, LSD, lança perfume, anfetamina, êxtase), até desenvolver a dependência de crack, aos 20 anos. Breno era um dos moradores mais jovens da casa; remetendo, por vezes, ao período da adolescência. Esta característica parecia compor com uma de suas preocupações centrais, relacionada à necessidade de alterar o que considerava um de seus maiores defeitos: *“o apego ao material”*. Breno temia voltar a sentir a preocupação excessiva que já tivera com a aparência, e que o levara a consumir, sem crítica e sem limites, tudo o que melhor compusesse sua imagem ao mundo. Inclusive as drogas, já que nas ‘baladas’ que frequentava o consumo de drogas era mais do que banalizado: *“Eu hoje lembro de quando usava droga, e não consigo entender porque eu usava. Parecia que era uma outra pessoa... Não faz sentido nenhum.”* Durante a permanência na Casa, Breno parecia desafiado pela tarefa de ‘encontrar-se a si mesmo’. Foi o único residente a participar assiduamente do grupo de Falun Dafa, a prática oriental voltada ao desenvolvimento espiritual. Frequentava também o subcomitê do grupo de Narcóticos Anônimos voltado ao trabalho voluntário em hospitais e instituições, divulgando sobre a dependência química e sobre a ajuda prestada pela irmandade dos Narcóticos Anônimos. Em relação à faculdade que pretendia prestar, Breno estava ainda em dúvida. A única certeza que possuía era a de que queria cursar algo que tivesse a ver com o seu interesse pessoal, e não com o interesse de seu avô para ele, como já ocorrera anteriormente, quando tentara ingressar no curso de Direito. Na empreita do tratamento na Casa, Breno parecia estar genuinamente em busca de si mesmo, ou ao menos de um si mesmo diferente daquele

que conheceu até então.

MICHELE: 25 anos, solteira, sem filhos, terceiro grau completo. Começou a trabalhar cedo, motivada pelo desejo de ter seu próprio dinheiro. Contando com a ajuda da mãe, que possuía diversos contatos profissionais, obteve algumas das vagas conquistadas, exercendo diversas atividades de trabalho ao longo de sua trajetória: balconista de loja, bicos em campanha eleitoral, produtora de shows, promoção de eventos, assistente comercial. Seu jeito extrovertido e organizado sempre lhe rendera destaque nos trabalhos realizados. Anteriormente ao ingresso na Casa, pediu demissão do emprego em que estava, a fim de se dedicar exclusivamente ao tratamento para a dependência de álcool e cocaína. Após ingressar na Casa, não tardou muito para integrar a equipe técnica da organização, atuando na área administrativa e financeira. Embora não gostasse muito da atividade realizada, desempenhava-a com competência, de modo que, no momento de renovação do contrato social da Casa, Michele fora convidada por Patrícia para ingressar como uma das sócias no contrato social da empresa. Aceitou o convite. E este constituiu, naquele momento, um gancho para permanecer trabalhando no campo da dependência química. A sociedade na Casa proporcionou-lhe um porto seguro, mantendo-a responsável por cuidar da parte administrativa e financeira da organização. Entretanto, como membro da equipe técnica, aproximou-se das atividades clínicas desenvolvidas na Casa, passando a se interessar pelo trabalho de acompanhamento terapêutico. Em relação a projetos futuros, Michele ainda não tinha clareza sobre seu desejo em permanecer trabalhando no campo da dependência química. Apesar disto, contudo, seu projeto em curto prazo incluiu o aperfeiçoamento nesta área, a partir da realização de um curso rápido sobre dependência química, oferecido pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Custeado pela Casa, Michele realizou este curso em Novembro de 2008.

CARLOS: 36 anos, separado, uma filha, segundo grau completo. Começou a trabalhar cedo, aos sete anos, ajudando o pai, que atuava como chaveiro. Carlos exerceu diversas atividades profissionais, sendo a maioria delas na área de vendas. Atuou também em seu próprio comércio, tendo contado com o auxílio do avô para viabilizar o início deste empreendimento. Segundo seu relato, sempre se destacou nas atividades de trabalho que exerceu: *“Todos os lugares por onde passei sempre tive essa tendência a cargos de gerência, à liderança”*. Porém, sua trajetória profissional foi diretamente prejudicada pelo consumo de cocaína, já que a cada fase de sucesso no trabalho seguiam recaídas no

consumo da droga. À época da pesquisa, estava afastado pelo INSS havia quatro meses. O início de seu consumo de álcool deu-se em casa, com os familiares: aos sete anos experimentou guaraná com vinho em uma festa de família; aos doze, as experimentações passaram a incluir ‘bicadas’ em caipirinhas, também junto à família, em situações de festa ou na praia. O consumo de cocaína iniciou-se aos dezessete anos, instalando-se a dependência química por volta dos dezenove anos. Anteriormente ao ingresso na Casa, Carlos já havia passado por outras internações. Como recurso terapêutico, frequentava as reuniões de Narcóticos Anônimos. Participou da pesquisa desde o início, de maneira bastante assídua e interessada. Durante a permanência na Casa, Carlos descobriu na atividade culinária uma fonte de prazer que não conhecia, chegando a cogitar especializar-se neste ramo de atuação. Passou a integrar a equipe técnica da Casa, responsabilizando-se pela realização das refeições. Como projeto futuro, Carlos desejava realizar algum curso de graduação, chegando a cogitar a área de gastronomia.

DANIEL: 34 anos, solteiro, um filho, segundo grau incompleto. De todos os residentes da Casa, Daniel era o que tinha o maior tempo de abstinência do uso de drogas: dois anos e quatro meses, à época da pesquisa. Sua trajetória de vida era marcada por uma dependência grave de crack, que o levava a morar na rua, sob viadutos, por quatro meses, período em que consumiu continuamente a droga, quase vindo a falecer em decorrência de tuberculose. Em decorrência da dependência química, foi condenado à prisão por roubo, permanecendo no sistema carcerário por sete anos consecutivos – fato que marcou profundamente sua trajetória de vida, já que ali adquiriu todos os maneirismos de quem fica institucionalizado por anos a fio. Daniel acreditava que possuía um desvio de caráter inato (tal como apregoado pela filosofia dos 12 passos), já que *“desde criança gostava de roubar”*. Seu desenvolvimento foi acompanhado por um histórico intenso de consumo de drogas, iniciado em idade bastante precoce: maconha desde os nove anos, cocaína aos quatorze, álcool desde criança e, já adulto, um consumo pesado de crack. Aos dezenove anos começou a trabalhar no correio, onde permaneceu por quatro anos, como funcionário público. Fala com carinho e culpa sobre esta fase, uma fase boa da vida, que ele sente ter jogado fora: *“Tinha uma esposa linda, um filho, um emprego excelente.”* No período em que esteve preso, exerceu algumas atividades ocupacionais, trabalhando em diversos serviços, inclusive já fora da penitenciária, durante o período em que esteve em liberdade assistida. Quando saiu definitivamente da prisão, contudo, passou a atuar no mundo do tráfico, afirmando ter

"saído da prisão mais conceituado no crime". Fizera contatos com pessoas-chave, aprendera sobre o funcionamento do crime organizado. Escolheu, contudo, *"orientado pelos bandidos mais velhos"*, não entrar para nenhuma organização específica: *"Eu não tenho tatuagem, pode ver. Não quis entrar para nenhuma facção. Poderia. Mas este é um caminho de uma mão só. E eu sempre tive na cabeça que eu ia sair. Não queria aquilo para mim".* Daniel atuou no tráfico por três anos, vindo a se afastar desta atividade *"por medo de matar algum conhecido: um amigo, alguém da família; as pessoas iam lá buscar droga, era perto de casa"*. Assustou-se muito no dia em que, tomando conta da 'boca', viu-se apontando uma arma para a cabeça do próprio irmão, também dependente químico, que fora comprar drogas. Sua saída do tráfico também ocorreu porque voltara a consumir o crack, neste período. Daniel era um dos profissionais centrais ao funcionamento da Casa, braço direito de Patrícia. Desempenhava um importante papel clínico junto aos pacientes-moradores e seus familiares. Na Casa, conduzia grupos informativos sobre a dependência química, pautados na filosofia dos 12 passos; além de orientar os familiares dos pacientes-moradores. Como projeto de curto prazo, Daniel pretendia voltar a estudar para concluir o ensino médio. Contudo, este projeto, bastante factível do ponto de vista operacional, não chegou a ser iniciado, em função da dificuldade de conseguir conciliá-lo com o seu trabalho na Casa, visto que não possuía finais de semana ou dias livres, a partir dos quais pudesse organizar suas atividades e projetos pessoais.

ESPAÑHOL: 32 anos, separado, uma filha de 8 anos, segundo grau completo. Havia feito colegial técnico em informática (processamento de dados, programação) e trabalhado na área de assistência técnica de informática e manutenção de rede. Posteriormente, formou-se como técnico em enfermagem, passando a trabalhar como auxiliar de enfermagem em hospitais gerais. Relatou sempre ter se destacado nos empregos porque passou, conseguindo ótimas colocações nos processos seletivos de que participou. Em relação ao consumo de substâncias, apresentava problemas relacionados ao consumo de álcool e de medicamentos controlados, aos quais tinha acesso no hospital em que trabalhava. À época da pesquisa, estava afastado do trabalho, por licença médica, para se tratar da dependência química. Chegou a ser processado pelo Conselho Nacional de Enfermagem, por ética. Após uma audiência com conselheiros da entidade, contudo, teve seu processo arquivado. Quando voltou a trabalhar no hospital, foi remanejado da área de endoscopia para a área de esterilização de materiais. Insatisfeito, voltou a fazer uso de álcool e benzodiazepínicos. O início do seu

tratamento na Casa é marcado por um episódio de furto de medicação. Em relação a projetos futuros, Espanhol pretendia fazer algum curso superior, embora não cogitasse graduar-se em Enfermagem. Pensava em cursar Engenharia Florestal, a partir de conversas que tivera com o pai. Mas no final acabou optando por cursar Psicologia, a fim de trabalhar no campo da dependência química. Iniciou esta graduação em 2009. Já motivado pelo desejo de atuar nesta área fez, em Outubro de 2008, o curso breve sobre dependência química, oferecido pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Ao fazermos um balanço da sua trajetória pessoal e profissional, Espanhol surpreendeu-se com a trajetória realizada: *“É um balanço positivo, de que eu tenho condições.”*

5. CAMPOS TEÓRICOS E CAMPO EMPÍRICO

5. CAMPOS TEÓRICOS E CAMPO EMPÍRICO

(saberes que embasam este estudo e saberes gerados em campo, em diálogo)

Escolhemos apresentar as observações provenientes do campo conjuntamente às teorias que embasaram as reflexões suscitadas, a fim de manter a coerência do caminho trilhado pela pesquisa: uma trajetória que se destacou pela escolha dos autores no decurso do próprio campo, a partir dos fenômenos emergentes.

Os três eixos norteadores do estudo – dependência química, recursos terapêuticos e trabalho – serão apresentados em capítulos específicos, precedidos pela apresentação de idéias centrais de alguns autores de referência, escolhidos para nortear as reflexões suscitadas em campo.

5.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

“Pesado mesmo. Alguns morreram de overdose. Outro se enforcou, teve esquizofrenia. Outro, um primo meu, vive internado. Não consegue ficar sem usar droga nas ruas, nem a pau!” (Carlos, 36 anos)

5.1.1 O processo saúde-doença segundo Georges Canguilhem

As concepções acerca da díade saúde-doença que nortearam este trabalho baseiam-se, sobretudo, nas idéias propostas por Georges Canguilhem (2007) em seu clássico *O Normal e o Patológico*, originalmente editado em 1966. Suas considerações sobre os estados normal e patológico destacam critérios como normatividade, ordenação, individualidade, variabilidade e interação, que nos ajudam a refletir sobre a instalação da dependência química entre a população pesquisada e as repercussões deste processo.

Partindo de explorações sobre o campo da fisiologia, considerada a “ciência das funções do homem normal”, Canguilhem (2007) enfatiza a *norma* como um dos preceitos centrais ao conceito de saúde. O papel desta ciência, segundo o autor, consistiria em determinar “o conteúdo das normas dentro das quais a vida conseguiu se estabilizar”, reconhecendo, portanto, uma “normatividade original da vida”. Contudo, a intervenção do meio na regulação desta normatividade faz-se presente sempre, já que para a fisiologia “o homem normal é o homem na natureza” (CANGUILHEM, 2007).

Exposto, portanto, às intervenções do meio, quer seja o meio orgânico (vital) ou o meio social.

Entretanto, a presença de uma normatividade não caracteriza por si a normalidade, em relação aos estados patológicos, uma vez que estes também são regidos pela presença de alguma normatividade. O que melhor diferencia um estado do outro é o potencial normativo em relação às flutuações do meio, mais ou menos propulsor de vida, conforme destaca Canguilhem:

Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver. (...) O homem é sã na medida em que é normativo em relação às flutuações de seu meio. Na nossa opinião, as constantes fisiológicas têm, dentre todas as constantes vitais possíveis, um valor propulsivo. Ao contrário, o estado patológico expressa a redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, a precariedade do normal estabelecido pela doença. As constantes patológicas têm valor repulsivo e estritamente conservador.” (CANGUILHEM, 2007)

O potencial normativo de determinada norma ou conjunto de normas só pode ser avaliado com referência a um indivíduo específico, tomando-se por base a sua história. Disto decorre uma imprecisão na determinação sobre o que é considerado normal ou patológico, quando a comparação é feita entre diversos indivíduos:

A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (CANGUILHEM, 2007)

A ênfase nesta imprecisão nos parece bastante relevante, tendo em vista as definições estanques e o estigma que frequentemente pautam as reflexões sobre o universo da dependência química e do consumo de substâncias psicoativas. Tais considerações em geral estabelecem como categoria hegemônica ('os dependentes químicos') indivíduos com histórias de vida, recursos e percursos singulares e distintos, conforme enfatiza Olievenstein (1991):

(...) há toxicômanos e toxicômanas e, atrás deles, mulheres e homens de histórias e de passados diferentes, de estrutura psíquica diferente, de relações com produtos diferentes e, portanto, de diferentes relações com a morte. (OLIEVENSTEIN, 1991)

Tal compreensão certamente repercute sobre os tratamentos disponibilizados a esta população, em geral pautados em protocolos terapêuticos padronizados. Neste sentido, Olievenstein (1991) é enfático ao afirmar que “devemos reaprender a complexidade e a individualização das respostas”.

Tais dimensões, relacionadas à singularidade de percursos e histórias pessoais e à capacidade de ser normativo em relação às flutuações do meio, encontram-se bastante prejudicadas nas pessoas em tratamento para a dependência química. Entre os participantes do estudo, tal fato evidenciou-se pela linearidade e rigidez de suas auto-percepções, em nada individualizadas ou específicas, conforme as circunstâncias. Elas emergiram carregadas de um tom pejorativo e estanque, remetendo a escolhas ou características pessoais que seriam alheias à instalação da dependência química:

“Eu gosto de roubar. Tenho prazer nisto. (...) O roubo pelo prazer do roubo. Nem pelo dinheiro em si. Nem sabia o que fazer com o dinheiro.” (Maurício, 35 anos)

“Eu gosto de mentir. Sempre menti. Tem horas em que eu me perco nas próprias histórias que invento. Minto tão bem que eu mesmo acredito.” (Michele, 25 anos)

“Dependente químico tem uma facilidade para criar coisas que não estão acontecendo.” (Daniel, 34 anos)

“Eu não crio vínculos.” (Marina, 45 anos)

“Não tenho vontade de me relacionar com ninguém.” (Cristina, 46 anos)

“Eu sou um cara egoísta. Não vou poupar água agora, porque daqui 50 anos vai faltar... Eu não quero saber sobre daqui a 20 anos... meus netos... Eu quero saber do aqui e agora! Do que é meu! Já lixo na rua, eu não jogo porque enchente eu vejo. Eu vou sofrer as consequências...” (Paulo, 53 anos)

“Nunca termino nada que eu começo.” (Daniel, 34 anos)

“Eu não gosto de trabalhar mesmo.” (Breno, 23 anos)

No contexto da falas emergentes, portanto, a dimensão da variabilidade – relacionada ao próprio indivíduo em momentos distintos de sua trajetória – ficou também anulada, instalando-se a dimensão da imutabilidade, que Canguilhem vincula aos estados patológicos. Aos princípios da normatividade e da individualidade, o autor inclui a variabilidade e a interação, destacando que uma norma pode funcionar muito bem para determinado indivíduo, em dado contexto, podendo, contudo, tornar-se patológica em outro contexto, caso permaneça imutável:

A doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes. (CANGUILHEM, 2007)

Estas definições evidenciam que o conceito de doença é, antes de tudo, valorativo e relacional, mais do que pautado em critérios e definições estanques e objetivas. Um estado patológico, portanto, dificilmente é mensurável em si, podendo ser apreciável somente em uma relação. É em referência à dificuldade de lidar com os novos desafios presentes em certa etapa da vida, que um indivíduo em tratamento para dependência química pode ser considerado doente, já que se destaca a impossibilidade ou dificuldade de estabelecer novos repertórios para enfrentar as novas situações que a vida lhe apresenta. A dificuldade em estabelecer novos repertórios reflete-se, no cotidiano, pela insistência em recorrer, automaticamente, a antigos e conhecidos comportamentos para enfrentar as novas situações, desconsiderando que os efeitos produzidos, em geral, distanciam-se em muito do desejado. Tal repetição é notável quando, instalada a dependência química, a pessoa perde totalmente o controle sobre o consumo da substância, a despeito do desejo de ficar em abstinência. Guerreiro, 39 anos, dependente de crack por vinte anos, descreve a situação vivenciada anteriormente ao ingresso na Casa – seu primeiro episódio de tratamento. Após dezessete anos de consumo de crack, pediu, pela primeira vez, ajuda ao pai para tentar se livrar da dependência química, mas ficou ainda mais três anos para conseguir efetivamente deixar-se ajudar:

“Só que nesses três anos, eu não estava mais usando a droga. Ela é que estava me usando. Eu fazia pacto todo dia comigo, para tentar me segurar, tentar parar... Não conseguia.” (Guerreiro, 39 anos)

A fala expressa por Daniel (34 anos, dependente de crack, retido por sete anos no sistema carcerário por roubo e tráfico de drogas), a respeito da época em que saiu da prisão, também evidencia este aspecto do patológico, relacionado à dificuldade de instituir *normas diferentes em condições diferentes*:

“Sair pra rua e não colocar as normas da prisão no dia-a-dia foi uma das fases mais difíceis. ‘Nossa, mudou muita coisa!’ [disse a um amigo na época em que saiu da prisão]. ‘Não mudou cara. Você estava preso e está com a cultura da prisão’. (...) Sai com uma bagagem mais destrutiva, mais doente, com mais crenças. Sai mais conceituado no crime.” (Daniel, 34 anos)

Se considerarmos os critérios de normatividade, ordenação, individualidade, variabilidade e interação, propostos por Canguilhem para definir o conceito de doença, notamos uma especificidade do trabalho terapêutico com este grupo de pessoas em tratamento para a dependência química, já que o entendimento sobre seu funcionamento e suas características pessoais não aparece, em um primeiro momento, associado à instalação da dependência química, vinculando-se, antes, a características consideradas inatas. Disto repercute, não a dependência química como um marco disruptivo em suas trajetórias pessoais – inaugural do estado de adoecimento – mas a naturalização deste estado e dos comportamentos que ele ocasiona, no registro do inato: gosto por roubar, gosto por mentir, impossibilidade de criar vínculos, ser egoísta... São falas certas e fechadas, que não contemplam abertura para dúvidas ou reconsiderações. A predominância deste tipo de fala parece tornar ainda mais imprecisa a fronteira entre os estados normal e patológico – considerando-se o mesmo sujeito – já que o estado de adoecimento passa a predominar nestas histórias de vida, pautando de maneira generalizada vivências diversificadas e aumentando a sensação de incapacidade e despreparo para enfrentar a vida:

“Quer queira, quer não, nós somos diferentes de tudo.” (Breno, 23 anos)

“Se nós estamos aqui, nós não somos normais. Se nós fossemos normais, não estaríamos aqui.” (Jeferson, 28 anos)

“É como se eu fosse um aluno de primeira série. Meus amigos vão passando, entrando na faculdade, e eu só repetindo...!” (Daniel, 34 anos)

“Quando as coisas não são do jeito que eu quero, eu fico insatisfeito. Já penso em jogar tudo para o alto.” (Daniel, 34 anos)

Nestas condições, a relação que estabelecem com a saúde tende a ficar anulada pela hegemonia da doença, de alguma maneira um terreno mais conhecido e familiar:

“Nossa maior tendência é a negação. Não reconhecer a doença, os defeitos...” (Carlos, 36 anos)

“Instabilidade emocional eu tenho bastante.” (Daniel, 34 anos)

“Eu tenho transtorno bipolar.” (Cristina, 46 anos)

Mas o que é característico do estado de saúde? Circunscritos alguns dos critérios centrais relacionados à definição de patológico, aproximamo-nos do conceito de saúde proposto por Canguilhem. O estado saudável, assim como o patológico, também é regido pela presença de normas e ordenações, porém é caracterizado pela maior flexibilidade para se adaptar às inevitáveis oscilações do ambiente:

O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. (...) A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. (CANGUILHEM, 2007)

Por *infidelidades do meio*, Canguilhem refere-se aos acidentes possíveis que compõem o mundo e que se manifestam sob a forma de acontecimentos; são as ocorrências fortuitas, inesperadas e inevitáveis que integram a vida: *“é nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é justamente seu devir, sua história”* (CANGUILHEM, 2007). Destaca-se, portanto, o caráter de criação presente em tal concepção de saúde. Não se trata apenas de possuir determinadas normas que ordenem a relação com o mundo e que sejam suficientemente flexíveis para se adaptar a novas circunstâncias, mas de conseguir instituir novas normas e ordenações, sempre que o contexto assim exigir:

A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais. (CANGUILHEM, 2007)

Esta mesma concepção de saúde é compartilhada por Dejours (1986). Em sua crítica ao conceito corrente de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde, o autor denuncia o caráter de permanência enfatizado na conceituação internacional – como um

estado de bem-estar físico, mental e social – reivindicando a importância de que a saúde seja considerada, não em uma dimensão estática, como produto final, mas em sua dimensão dinâmica, como processo, em constante mudança. A saúde se traduziria, então, pela capacidade de se estabelecer compromissos diversos e mutantes com a realidade, aqui compreendida em sua dimensão material, afetiva e social (Dejours, 1986). Como alternativa, o autor propõe uma redefinição do conceito de saúde, enfatizando o domínio dos recursos para se atingir tal estado. Neste sentido, a saúde corresponderia à possibilidade de traçar caminhos pessoais e originais em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

No campo da dependência química, a legitimação pessoal sobre a criação de novas normas e valores é um dos desafios centrais, sobretudo na fase inicial do tratamento, quando a rigidez de crenças, comportamentos e hábitos parece ser, não apenas uma constante, mas uma necessidade, mantendo o indivíduo em um terreno que lhe é minimamente conhecido e seguro, conforme evidenciam as falas anteriormente destacadas. Um terreno familiar, no qual se reconhecem.

É neste paradoxo que reside o desafio: ao mesmo tempo em que se faz necessário criar novas normas, compatíveis com o novo momento de vida – agora sem a mediação da substância psicoativa – a rigidez e o radicalismo são, por vezes, os únicos recursos de vida conhecidos para desenvolver esta tarefa. Neste sentido, quando a influência da substância psicoativa e da instalação da dependência química emerge nos discursos expressos como parte do entendimento sobre suas situações de vida atual e passada, o ganho em direção à saúde evidencia-se, já que reconsidera a trajetória de vida e os comportamentos observados, para além do patológico-inato:

“Quando veio o crack, eu perdi toda a referência. Não tinha mais contato nenhum com a realidade.” (Carlos, 36 anos)

“Aí fica esse ciclo de ativa, de começar uma coisa e não terminar. A droga faz isso.” (Daniel, 34 anos)

A presença da droga no entendimento sobre as dificuldades pessoais inaugura uma brecha para a instauração de um estado mais compatível com a abertura e a criatividade próprias do âmbito da saúde, ao exigir um arranjo novo, que prescindia da substância, sem ocasionar o retorno ao estado anterior. Isto porque, no processo de criação de

novas normas e superação de determinado estado patológico, destacam-se: 1) a relevância de se estabelecer uma nova constância e ordenação para a viabilização deste processo; e 2) a impossibilidade de se retomar uma suposta condição original de saúde.

Curar, apesar dos déficits, sempre é acompanhado de perdas essenciais para o organismo e, ao mesmo tempo, do reaparecimento de uma ordem. A isto corresponde uma nova norma individual. Pode-se compreender o quanto é importante reencontrar uma ordem durante a cura se atentarmos para o fato de que o organismo parece, antes de tudo, querer conservar ou adquirir certas peculiaridades que lhe permitirão construir essa nova ordem. É o mesmo que dizer que o organismo parece visar, antes de tudo, à obtenção de novas constantes. Encontraremos eventualmente, durante a cura – e apesar dos déficits que persistem –, transformações em certos campos, em relação ao passado, mas as propriedades tornam-se novamente constantes. (...) Essas novas constantes garantem a nova ordem. (CANGUILHEM, 2007)

Entre os participantes do estudo, a nova ordem almejada, durante o processo de recuperação, ancorava-se em parâmetros pré-estabelecidos e valorizados socialmente, conforme evidenciado na cena descrita a seguir:

- *“Gosto de desestruturar tudo com duas palavras. (...) Eu não perco essa mania de dar um cutucão no outro. Mas já estou melhorando...”* (Espanhol, 32 anos)
- *“Precisa melhorar?”* (Pesquisadora)
- *“O importante na vida é ser agregador. Não desagregador. Ter uma família em harmonia; amigos frequentando a casa.”* (Espanhol)

Uma discussão emergente em grupo, sobre as expectativas que possuíam em relação ao futuro, também apontou nesta direção. A resposta hegemônica no grupo relacionava-se a qualidade de vida. O que compreendiam por qualidade de vida era:

“Ter saúde mental, emprego, família, prazer em viver, condições de ir e vir, amigos, condição de fazer escolhas, realizar na vida atividades que lhes gerassem prazer, sentir-se bem, ter clareza de pensamento e um contato consciente com Deus.” (trecho extraído do diário de campo)

“Estabilidade emocional; estar limpa, com os pensamentos claros. Ser mais tolerante, não tão explosiva. Saber lidar com meus sentimentos, ser mais calma, paciente.” (Michele, 25 anos)

“Ficar perto de Deus, ter fé, apegando-se a um poder superior.” (Breno, 23 anos)

Aqui reside um desafio central ao processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos: o desafio de se estabelecer um ambiente suficientemente contínuo e estável, capaz de favorecer a criação e a ordenação das novas normas emergentes, a partir das quais a pessoa em tratamento possa se organizar. Não se trata, conforme destaca o autor, de intencionar a retomada de uma condição original, já que “*a vida não conhece a reversibilidade e a nova saúde não é a mesma que a antiga*” (CANGUILHEM, 2007), mas de encontrar novas normas para o novo contexto enfrentado. De fato, as expectativas sobre o futuro, emergentes em campo, representavam, na maioria das vezes, aspirações novas, ainda não vivenciadas anteriormente.

Ainda que não seja possível retornar a uma suposta condição original, anterior à instalação da doença, Canguilhem aponta a possibilidade de reparação como um fator central ao processo de recuperação, por si só propiciador das desejáveis inovações:

No entanto, apesar de não admitir restabelecimentos, a vida admite reparações que são realmente inovações fisiológicas. A redução maior ou menor dessas possibilidades de inovação dá a medida da gravidade da doença. Quanto à saúde, em seu sentido absoluto, ela nada mais é que a indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas biológicas.” (CANGUILHEM, 2007)

A impossibilidade de se inferir *a priori* sobre a capacidade do indivíduo de criar novas normas biológicas torna o estabelecimento de um ambiente terapêutico suficientemente propiciador de ordenação e constância ainda mais relevante e desafiador ao processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos. Desafio tanto maior quando se considera o critério da singularidade presente no conceito de saúde proposto por Canguilhem. As falas dos participantes sobre os benefícios relacionados à moradia na residência terapêutica pesquisada parecem evidenciar a relevância que o ambiente terapêutico pode ter sobre o restabelecimento da saúde, ao se manter constante e possibilitar reparações e novos aprendizados:

“Eu gostei do barato [de morar na Casa]. Tenho muito a ensinar e aprender aqui ainda. Aqui é um cofre. Eu estou seguro aqui. (...) Morar sozinho é tão ruim... Eu já morei. Ficar sozinho é ruim. Aqui eu posso me sentir isolado, mas ao mesmo tempo ter gente junto.” (Guerreiro, 39 anos)

“Esse tratamento está sendo diferente de todos os outros. O fato de eu estar em contato com a realidade... A Patrícia me ajudou muito. O inventário diário... ela lendo e me dando feedbacks...” (Carlos, 36 anos)

*“Estou fraco para ir para a rua. Quero aprender mais.”
(Guerreiro, 39 anos)*

“Percepção sobre os sinais e avisos das minhas recaídas. Estou tentando aprender sobre os meus comportamentos: criar vínculos com o pessoal aqui. Aqui dá para criar, porque aqui não é uma comunidade muito grande. Somos em poucas pessoas.” (Jeferson, 28 anos)

“Aprendi bastante sobre a dependência química, sobre a doença; a ouvir, a observar. Cheguei aqui muito impulsivo. Estou melhorando isso. Aprendendo a me relacionar novamente. Aprendendo a gostar de outras coisas Resgatando minha essência, minha espontaneidade.” (Breno, 23 anos)

“Aprendi a ajudar também, muito. A reconhecer o outro. Aprendi a me conhecer. Quando estou nervoso, me isolo, fujo, me tranco. Quero me conhecer mais,, aprender mais um pouco sobre a droga.” (Guerreiro, 39 anos)

“Aprender a ouvir a história do outro, sem julgar, sem comparar.” (Michele, 25 anos)

“Vendo. Vendo os outros. Aprendendo. Vendo as coisas que acontecem ao meu redor. Vou adquirindo... vou vendo para mim mesmo como eu posso sair pro lado bom. Eu quero aprender.” (Breno, 23 anos)

“Resgatar grande parte da minha essência: relacionamento, amizade, compaixão, carinho das pessoas, enfrentar o medo de me expressar. É um aprendizado bem amplo.” (Carlos, 36 anos)

Apesar dos diversos aprendizados obtidos a partir da moradia na Casa, a segurança e conforto vivenciados nesta experiência terapêutica e traduzidos pelo desejo de permanecerem residindo na Casa, pareciam apontar, em alguma medida, para um risco. O risco de se acomodarem naquela situação de vida protegida e segura; na qual não precisavam enfrentar o mundo: do trabalho, das relações familiares, da solidão constitucional e característica do ser humano. Como se ali, o tempo estivesse em suspenso ou corresse em outra frequência:

*“Morar aqui atende a quase todas as minhas necessidades. Eu não me vejo mais morando em casa, com meus pais.”
(Espanhol, 32 anos)*

“O legal daqui é que eu tenho irmão, que eu não tive.” (Breno, 23 anos)

“Uma esfera de clínica, sem ser clínica, como vocês têm aqui, não vão encontrar em lugar nenhum.” (Daniel, 34 anos, em conversa com os outros residentes)

*“Por enquanto está bom para mim aqui. Não sinto falta de ter um quarto só meu, ou a minha casa, com as minhas coisas...”
(Michele, 25 anos)*

“Eu gostei do barato [de morar na Casa]. Tenho muito a ensinar e aprender aqui ainda. Aqui é um cofre. Eu estou seguro aqui. (...) Morar sozinho é tão ruim... Eu já morei. Ficar sozinho é ruim. Aqui eu posso me sentir isolado, mas ao mesmo tempo ter gente junto.” (Guerreiro, 39 anos)

Ainda que a constância e a ordenação sejam centrais ao estabelecimento da normalidade e da saúde, a permanência absoluta em tal estado pode tornar-se, ela própria, produtora de adoecimento. Canguilhem reforça esta idéia a partir do processo de aquisição de conhecimento – *conhecimento da vida, conhecimento da sociedade* – que também pressuporia *a prioridade da infração sobre a regularidade* (CANGUILHEM, 2007). Neste sentido, o autor se refere a uma *“patologia paradoxal do homem normal”*, na qual a consciência da normalidade biológica passaria necessariamente pela relação com a doença:

*Por doença do homem normal deve-se compreender o distúrbio que, com o tempo, se origina da permanência do estado normal, da uniformidade incorruptível do normal, a doença que nasce da privação de doenças, de uma existência quase incompatível com a doença. É preciso admitir que o homem normal só sabe que é normal em um mundo em que nem todo homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente (...). O homem dito são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde.
(CANGUILHEM, 2007)*

Tal concepção nos parece bastante relevante para refletir sobre o fenômeno do consumo de substâncias no contexto social atual. Ao impor fissuras incômodas sobre a normalidade esperada, tal consumo desestabiliza uma ordem que naturalmente busca lacunas e desestabilizações, ainda que sem saber. Nesta perspectiva, o fenômeno da dependência química, assim como a pessoa que porta esta condição, passa a funcionar como uma espécie de bode expiatório de outras qualidades humanas e sociais que não devem emergir, ainda que absolutamente humanas. Aqui nos referimos às condições de desestabilização e ruptura – características tão evidenciadas no campo da dependência química – que coexistem com a tão esperada e socialmente aceita estabilidade, padronização e constância. Ao desafiar padrões estabelecidos, a conduta transgressora implicada na dependência química acaba por denunciar as próprias fissuras da sociedade, conforme destaca Silveira (1991):

Os toxicômanos ocupam (...) uma posição marginal com relação ao contexto social. A própria conduta toxicomaniaca questiona de forma contundente a organização de nossa estrutura social. Entre os seus múltiplos significados, o ato de drogar-se possui um sentido de denúncia de uma sociedade hipócrita, patológica e patogênica, que compromete a individualidade do ser humano, à semelhança do que acontece no processo toxicomaniaco. (SILVEIRA, 1991)

Algumas das falas emergentes remetem a esta postura transgressora e marginal, presente no campo da dependência química:

“Me dei muito bem na favela, com os maloqueiros. Mas... circulava bem entre os ambientes...” (Breno, 23 anos)

“Gostava muito de ir nessas baladas que só tinha escória, prostitutas... Depois dava nojo, repulsa.” (Michele, 25 anos)

–“O respeito da vizinhança eu tenho todo. Todo mundo me conhece. Só pelo meu jeito de andar, de conversar, os caras já sabem que eu sou do movimento. Eu sempre participei do lado mal e do lado bem também.” (Guerreiro, 39 anos)

– “E dá para andar dos dois lados?” (Pesquisadora)

– “Hoje não, em recuperação.” (Guerreiro, 39 anos)

“Apesar de gostar de roubar, de mentir, hoje eu não faço mais. Me faz mal.” (Maurício, 35 anos)

O simples fato de existir como segmento na sociedade já denuncia a patologia social existente, apontando que a estrutura vigente, não apenas inviabiliza o desenvolvimento igualitário – conforme canta o discurso vigente –, como transforma em responsáveis pela disfunção do sistema justamente aqueles que dele são produto, conforme destacam Paulo & Vieira (1991):

Ideologicamente é importante perceber que as condutas e comportamentos reativos às situações de exclusão voltam-se contra os atores, reforçando-lhes a condição social, justificando ações repressivas que culpabilizam o indivíduo e isentam a estrutura social. (PAULO & VIEIRA, 1991)

A ênfase nesta concepção de saúde é fundamental para esclarecer sobre o trabalho aqui desenvolvido. Tratou-se de uma escolha conceitual questionar pressupostos estabelecidos, que marcam a dependência química como um fenômeno único e estanque, compreendido pelo viés da patologia e da marginalidade. A concepção de saúde aqui proposta possibilitou lançar novos olhares e novas escutas às falas emergentes em campo. Esta perspectiva de abertura, questionamento e afetação genuína

pelos fenômenos emergentes em campo foram fundamentais para viabilizar uma apreensão mais autêntica das experiências vivenciadas na Casa e dos fenômenos envolvidos no processo de reabilitação psicossocial dos participantes do estudo, para além dos conhecidos estigmas de marginalidade e doença que circundam o campo da dependência química – e que, por vezes, encerram na abstinência do uso de drogas a discussão sobre este complexo fenômeno. Um fenômeno que repercute diretamente sobre as identidades pessoais estabelecidas, contribuindo para manter o circuito da doença.

A fim de melhor circunscrever o campo de que trata este estudo, descreveremos a seguir a concepção de dependência química adotada neste trabalho. A partir dos diversos enfoques que compõem a construção deste conceito, enfatizaremos a concepção biopsicossocial, a partir da qual a dependência é caracterizada como um fenômeno híbrido, complexo e de origem multifatorial. Partiremos da historicidade envolvida na compreensão nosológica da dependência química, para desvelar outras influências que ainda hoje atuam sobre a compreensão deste fenômeno, tanto no senso comum, quanto nos meios especializados.

5.1.2 Construção Histórica do Conceito de Dependência Química

O consumo das chamadas substâncias psicoativas – qualquer substância química capaz de alterar uma ou mais funções do sistema nervoso central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais (DALGALARRONDO, 2000) – é fato mais do que conhecido na trajetória da espécie humana, inexistindo cultura na qual elas não sejam conhecidas e utilizadas – seja para fins religiosos, medicinais, como forma de contestação social ou simplesmente como fonte de prazer e diversão (VETULANI, 2001).

Entretanto, o consumo de uma substância, por si, não ocasiona o fenômeno da dependência química, sendo este caracterizado pela presença de diversas alterações comportamentais e psíquicas que necessariamente acarretam uma série de problemas ao indivíduo que as consome ou a terceiros. Quando se fala em consumo de álcool ou drogas, portanto, diferenciam-se três tipos de padrão de consumo: uso, abuso e dependência. Tal distinção, contudo, é relativamente recente. Retomemos a construção histórica do conceito de dependência química que possibilitou o entendimento atualmente existente sobre tal condição.

Os primórdios da construção do conceito de alcoolismo datam do século XVIII, quando a embriaguez era considerada uma “doença da mente”, um “transtorno da vontade”; sustentando-se no “paradigma da perda de controle”, a partir do qual o álcool desempenhava papel de agente causal, ocasionando a perda de controle sobre o comportamento de beber (TOSCANO Jr, 2001). A concepção do beber excessivo como um hábito a ser rompido e não como pecado, retira esta discussão da esfera moral, introduzindo a perspectiva clínica sobre o fenômeno do alcoolismo.

A concepção do alcoolismo como doença instituiu-se definitivamente em meados do século XIX, a partir do conceito de *alcoolismo crônico*, proposto pelo médico sueco Magnus Huss, que antecipa já nesta época as principais complicações físicas decorrentes do consumo excessivo do álcool (BERTOLOTE, 1997). Nesta época, a concepção de adição como doença ou transtorno encontra campo fértil para se desenvolver, a partir das mudanças envolvendo os paradigmas da medicina clínica, da psiquiatria e da saúde (MEYER, 1996). O contexto histórico que marca esta considerável evolução no conceito de alcoolismo caracteriza-se pelo movimento de distanciamento da medicina de posições limitadamente organicistas e positivistas, iniciado em fins do século XIX. Nesta época, a Psicologia passa a exercer influência sobre as concepções relacionadas ao álcool, contribuindo para a construção de um novo discurso e uma prática alternativa ao tratamento custodial - evidenciada pelo surgimento de clínicas ambulatoriais e pela utilização de procedimentos psicoterápicos (TOSCANO Jr, 2001).

Em termos nosográficos, o alcoolismo figurou inicialmente, na primeira Classificação Internacional das Doenças (CID), proposta pela Organização Mundial da Saúde em fins do século XIX, como uma doença geral. Permanece classificado desta maneira até a sexta revisão (CID-6), em 1950, quando então passa a ser considerado um transtorno mental, e não mais uma doença constitucional geral. É somente na nona revisão (CID-9), de 1977, que aparece pela primeira vez o conceito de dependência do álcool; sendo somente na última revisão (CID-10), de 1993, que o álcool e as outras substâncias psicoativas passam a compor formalmente uma mesma categoria (BERTOLOTE, 1997).

A grande evolução do conceito de alcoolismo, para além dos limites do enfoque organicista, efetiva-se em meados do século XX, quando passam a ser incorporadas as dimensões social e psicológica ao eixo físico, compondo uma compreensão mais global do fenômeno, conforme nos aponta Bertotole (1997):

Do ponto de vista epistemológico, essa mudança é notável. O alcoolismo não deixou de ser considerado como uma doença, mas o fato de constituir uma doença é apenas um dos inúmeros problemas encontrados, em associação com determinados padrões de ingestão de bebidas alcoólicas. Nascia aí o conceito de problemas relacionados com o consumo de álcool, que ampliou o conceito de alcoolismo, colocando-o numa perspectiva histórica e social.” (grifos do autor)

Tal contexto, no entanto, é marcado pela tensão de posições, como em todo momento histórico de mudanças. Em meados da década de 60, apesar dos avanços evidentes, ainda era forte a prevalência de concepções biológicas sobre o alcoolismo. A forte influência da proposição feita pelo fisiologista americano, Elvin Jellinek (1960) retrata com clareza esta tendência, ao vincular o consumo excessivo de álcool a características biológicas inatas, que predisporiam o indivíduo à doença do alcoolismo. Assim, a exposição ao álcool, em pessoas biologicamente predispostas, desencadearia uma reação fisiológica em série, que levaria à ingestão de quantidades cada vez maiores da bebida, independentemente do controle volitivo do indivíduo. É esta concepção que embasa o movimento dos Alcoólicos Anônimos, amplamente difundido pelo mundo.

Na tensão evidenciada neste período, emergem críticas diversas à concepção estritamente biológica do alcoolismo. Neste sentido, os anos 60 são também marcados pelo desenvolvimento de modelos experimentais sobre o transtorno aditivo e por críticas de diversos cientistas comportamentais e sociais sobre o conceito de doença (TOSCANO Jr, 2001).

O paradigma biaxial proposto por Edwards (1977) para a compreensão do alcoolismo resulta em imenso avanço na conceituação sobre este fenômeno, estendendo-se à dependência química. Segundo este enfoque, a associação entre o consumo de álcool e a quantidade de problemas associados (de natureza física, psicológica, familiar e social) é notadamente positiva, inexistindo situações de consumo alto e baixa frequência de problemas associados. A conceituação proposta por Edwards está na base da formulação dos critérios diagnósticos para a dependência de álcool, estabelecidos nas classificações diagnósticas internacionais DSM-IV e CID-10 e mais tarde estendidos a outras substâncias (TOSCANO Jr, 2001; BERTOLOTE, 1997).

5.1.3 Classificação nosológica: uso, abuso e dependência

Ainda que sujeito a controvérsias, já que não é possível estabelecer uma margem de confiança para um consumo seguro de substâncias psicoativas, uma vez que os efeitos variam conforme as especificidades de cada organismo, o uso de uma substância psicoativa pode ser definido como um tipo de consumo que não acarreta problemas ao indivíduo. Já os padrões de consumo relacionados ao abuso e à dependência química, necessariamente ocasionam prejuízos ao indivíduo e/ou a terceiros, independentemente da quantidade de droga consumida ou da frequência do consumo. Em ambos os casos (abuso e dependência), o consumo é disfuncional.

Em termos nosológicos, a dependência química figura como um transtorno do Eixo I (Transtornos Clínicos e Outras Condições que possam ser Foco de Atenção Clínica), segundo a classificação multiaxial proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2000), da Associação Psiquiátrica Americana. De acordo com este manual, a dependência química constitui uma síndrome, caracterizada pela presença de sinais e sintomas específicos:

A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga (DSM-IV, 2000).

A tolerância, abstinência e o uso compulsivo constituem alguns dos critérios objetivos utilizados para avaliar a presença ou ausência do quadro de dependência química. Para que o diagnóstico de dependência seja estabelecido, é necessário que pelo menos três, dos seguintes critérios tenham estado presentes num período de doze meses (DSM-IV, 2000):

1) Tolerância, definida como: a) necessidade de consumir doses da substância progressivamente maiores para adquirir o efeito desejado; ou b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;

2) Abstinência, manifestada por : a) síndrome de abstinência característica da substância em uso; b) consumo da mesma substância, ou de alguma outra estreitamente

relacionada, para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

3) Descontrole em relação à quantidade de substância consumida ou ao período de tempo gasto no consumo da substância;

4) Existência de desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o consumo da substância;

5) Prevalência, no cotidiano, de atividades relacionadas à substância: consumo, obtenção, recuperação dos efeitos;

6) Abandono ou redução de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do consumo da substância;

7) Consumo continuado, apesar da percepção dos prejuízos físicos e psíquicos causados.

Na prática clínica, a investigação sobre a presença desses critérios conduz ao diagnóstico de dependência química, afastando a hipótese de abuso de substância psicoativa, um fenômeno bastante mais disseminado, que atinge numericamente uma parcela maior da população. De acordo com o DSM-IV (2000), o abuso de substâncias também se caracteriza por ser um padrão mal adaptativo de consumo, acarretando problemas de naturezas diversas ao indivíduo:

A característica essencial do Abuso de Substância é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por consequências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. Pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel, uso repetido em situações nas quais isto apresenta perigo físico, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes. (DSM-IV, 2000)

Para fins de diagnóstico, os problemas relacionados ao abuso de substâncias devem ter acontecido de maneira recorrente dentro de um período de doze meses. Diferentemente da dependência química, o padrão abusivo não inclui os critérios de abstinência, tolerância ou padrão de uso compulsivo, caracterizando-se, sobretudo, pela ocorrência de problemas direta ou indiretamente relacionados ao consumo da substância psicoativa. Trata-se de um diagnóstico feito por exclusão: se em algum momento da vida a pessoa tiver preenchido critérios para o quadro de dependência química, descarta-se o diagnóstico de uso nocivo.

Em termos clínicos, é importante estabelecer tal diferenciação para apurar o diagnóstico realizado e, assim, melhor planejar as ações terapêuticas a serem empreendidas, já que é frequente encontrar, no mesmo indivíduo, um quadro de dependência a determinada substância psicoativa, conjuntamente a um quadro de abuso de outras substâncias.

A correlação entre dependência química e Problemas Psicossociais e Ambientais (Eixo IV do DSM-IV) é frequentemente observada. Neste eixo, incluem-se problemas com o grupo de apoio primário, problemas relacionados ao ambiente social, problemas educacionais, ocupacionais, de moradia, econômicos, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, problemas envolvendo o sistema legal/criminal e outros problemas psicossociais ou ambientais (DSM-IV, 2000). A presença de tais dificuldades psicossociais, em geral associadas à instalação da dependência química, constitui importante fator diagnóstico e prognóstico, devendo ser foco de atenção, tanto quanto os prejuízos clínicos. Inclusive porque o uso nocivo de substâncias psicoativas, somado à dependência química, acarreta enormes custos para a sociedade (LARANJEIRA & NICASTRI, 1996; Mc LELLAN et al, 1998; VETULANI, 2001; MELONI & LARANJEIRA, 2004).

Entre os participantes do estudo, o diagnóstico de dependência química predominava, destacando-se a dependência de crack, sobre as demais substâncias. Para esta população, o álcool representava uma substância de abuso.

O olhar médico acerca da dependência química, embora atualmente hegemônico para ditar os caminhos relacionados ao manejo desta condição clínica e dos problemas a ela associados, pode ser em muito beneficiado pela compreensão psicodinâmica sobre este fenômeno. Ao enfatizar aspectos distintos desta condição, o enfoque psicodinâmico torna mais apurado e complexo o tratamento disponibilizado.

5.1.4 Da classificação nosológica à compreensão dinâmica: repercussões sobre o funcionamento do indivíduo

Ainda que relevante para padronizar a prática diagnóstica, em âmbito internacional, a classificação nosológica não é suficiente para informar sobre a complexidade do fenômeno relacionado à instalação da dependência química. Uma compreensão dinâmica faz-se fundamental ao propósito de estabelecer um diagnóstico mais acurado da situação do indivíduo, informando sobre o prognóstico e ajudando a traçar um

projeto terapêutico mais adequado àquele indivíduo, em dado momento de sua trajetória de vida.

A necessidade de se retomar a construção clínica do diagnóstico, em detrimento à estática aferição de sinais e sintomas, torna-se ainda mais importante diante da complexidade envolvida no fenômeno da dependência química. Não se trata apenas de identificar se o diagnóstico de dependência está presente ou ausente, de maneira absoluta, mas de identificar a magnitude do quadro observado. Para dimensionar tais implicações, o olhar clínico, capaz de informar sobre a dinâmica do fenômeno em questão, torna-se primordial, conforme enfatiza Edwards e colaboradores:

A habilidade está em ser capaz de reconhecer as sutilezas de sintomatologia que revelarão não apenas se esta condição está lá, mas, se existe, o grau de seu desenvolvimento. O que também precisamos saber é como as manifestações da síndrome são moldadas pela personalidade, pelas influências ambientais ou por forças culturais. É a capacidade de reconhecer e compreender as variações sobre esses temas o que constitui a verdadeira arte. (EDWARDS et al, 1999)

O convívio cotidiano com qualquer pessoa acometida pelo consumo problemático de substâncias psicoativas revela uma série de alterações em seu padrão de funcionamento, que não dão margem à dúvida de que algo não vai bem. São alterações pontuais ou crônicas, que podem afetar o indivíduo sob diversos aspectos: desde seu estado de humor; a qualidade de seus relacionamentos interpessoais; sua motivação e desempenho em atividades de trabalho, estudo ou lazer; sua condição clínica geral; e, por vezes, problemas com o sistema judiciário. Estas são algumas das questões a serem trabalhadas no processo de reabilitação psicossocial pelo qual passa uma pessoa em tratamento para dependência química.

A definição proposta por Schoen (2009) caminha nesta mesma direção, sendo bastante precisa quanto à abordagem que queremos enfatizar. O autor define o fenômeno da dependência química a partir de dois componentes centrais: 1) o uso da substância psicoativa assumindo um controle total sobre o indivíduo, ao interferir em seus pensamentos, emoções, percepções, julgamentos, decisões, ações e comportamentos; 2) o caráter destrutivo implicado no tipo de controle exercido pela dependência química, que necessariamente representa uma ameaça à vida. Em resumo, pontua uma definição simples e clara: “não é dependência, a menos que seja uma sentença de morte”

(SCHOEN, 2009). E a morte que está em jogo aqui é uma morte ampla: da mente, das emoções, do corpo, do espírito, das possibilidades profissionais do indivíduo, de sua relação com a comunidade, de seu casamento, de sua relação com familiares e amigos, conforme enfatiza Schoen (2009):

Não é dependência a menos que tenha a capacidade letal e potencial, o poder de matar o indivíduo. Não é uma dependência a menos que seja o determinante mais poderoso, controlador, possuidor e ditador da psique. Tem de prevalecer sobre tudo o mais. Uma dependência psicológica realmente passa a possuir a pessoa no mais profundo e sinistro sentido de 'ser possuído'. (SCHOEN, 2009)

Mas o que torna algumas pessoas vulneráveis ao consumo de álcool e drogas, a ponto de se instalar a dependência química, enquanto outras, apesar de um consumo excessivo e disfuncional, não a desenvolvem?

A dependência química tem uma origem multifatorial e dinâmica, envolvendo a interação entre o *indivíduo*, com suas características biológicas e de personalidade, a *substância*, com seu potencial de toxicidade e o *meio ambiente* no qual ocorre o encontro entre o indivíduo e a substância psicoativa (SILVEIRA, 1995; NOWLIS, 1982).

Existem diversas razões para o uso continuado de álcool e drogas, não sendo possível identificar um padrão motivacional que esclareça, de maneira genérica, sobre as adições. Entre os participantes do estudo, esta diversidade de motivações relacionada ao início do consumo de drogas também apareceu. As respostas mais frequentes incluíram: curiosidade; medo de rejeição; e sensação de poder e bem-estar decorrentes do consumo da substância, sobretudo nas fases iniciais. Um dos participantes do estudo, contudo, em abstinência do crack durante o tratamento na Casa, expressou espanto por não conseguir compreender suas motivações pessoais para iniciar o consumo desta substância:

“Às vezes eu penso, falo pro Ca [referindo-se a Carlos, um colega da Casa]: ‘Ca, por que eu fui usar droga? Essa biqueira não é pra mim!’” (Breno, 23 anos)

Ainda refletindo sobre as motivações relacionadas ao consumo de álcool e drogas, se recorrermos à orientação psicanalítica, encontraremos um tipo de explicação que prioriza aspectos dinâmicos do desenvolvimento pessoal. A partir desta compreensão, a

adição pode servir ao propósito de ajudar o indivíduo a romper a completude instalada a partir da relação fusional mãe-bebê – um tipo de perfeição que pode ser por demais opressora ao indivíduo; ou ainda, o uso continuado da droga pode surgir como uma tentativa de manter a ilusão de onipotência do indivíduo, protegendo-o do confronto com as limitações impostas pela realidade e com a responsabilização pelas escolhas feitas (KEHL, 2005). Segundo esta visão, os comportamentos aditivos teriam espaço a partir de falhas na chamada função simbolizante ou função materna. Minerbo (2009) nomeia por depleção simbólica um fenômeno bastante evidente na atualidade. Conforme propõe a psicanalista, dificuldades de simbolização decorrentes de prejuízo no exercício da função materna acabariam por favorecer a construção de subjetividades esvaziadas de sentido e significação pessoal. Subjetividades marcadas pelo tédio e pelo esvaziamento, que passariam a buscar, em estímulos externos, não apenas alguma condição para suportar tais sentimentos intensos e penosos, mas a possibilidade de estabelecer um traço identitário, ainda que transitório e reificado:

As falhas da função materna/symbolizante podem ser localizadas (objetos primários inadequados) e/ou generalizadas (tecido social esgarçado, objetos culturais pouco continentais). A forma de subjetividade aí constituída não chegou a internalizar uma função simbolizante suficiente para desintoxicar sua mente de puras intensidades afetivas; nem internalizou representações (...) que possam valer como referências identitárias. Vive em estado de depleção simbólica. (MINERBO, 2009)

Ainda que as observações emergentes do campo pesquisado não permitam aferir sobre tais motivações, a relação entre uso de drogas e a busca pela consolidação de alguma identidade, ainda que pautada em parâmetros externos e efêmeros, emergiu entre os participantes do estudo:

“Eu fui otário uma cara de tempo... Eu não conseguia ser, eu tinha que ter.” (Breno, 23 anos)

“Eu sempre reclamava da minha vida, porque conhecia gente que tinha mais do que eu.” (Noronha, 33 anos)

“Sempre fui super ligado às aparências. (...) Eu não posso entrar na empolgação.” (Breno, 23 anos)

Tais motivações serão retomadas posteriormente, quando discutiremos aspectos relacionados ao contexto sócio-econômico atual e suas repercussões sobre os padrões identitários estabelecidos. Por ora, o que queremos enfatizar, independentemente das motivações originais para o consumo de substâncias psicoativas, é o quanto, no campo

das adições, a droga deixa de ser um objeto de desejo, relacionado a prazer e impulsionando buscas vitais, para se tornar um objeto de satisfação, pautado no registro das necessidades. A droga, enquanto objeto de satisfação, produz um apagamento do sujeito, como ser desejante, desimplicando-o da tarefa de se haver com as escolhas feitas (KEHL, 2005). Disto resulta, muitas vezes, a ênfase na escolha pelo rótulo de dependente químico, para se apresentar perante o mundo, passando a se tornar, este traço identitário, hegemônico sobre a totalidade do sujeito. O congelamento nesta posição estanque, ampla e defensivamente ancorada na condição de dependente químico, é um dos grandes riscos que rondam a pessoa acometida pela adição, mantendo o aprisionamento evidente. Segundo destaca a psicanalista Maria Rita Kehl, a resposta hegemônica (“Eu sou um drogado”) livra o sujeito, ainda que por um tempo restrito, do confronto com a inevitável pergunta, que a todos nós ronda: “Quem sou eu, o que me falta?” No campo das adições, a resposta a este questionamento é simples e soberana: trata-se de um corpo em abstinência à procura de um objeto que irá satisfazer sua necessidade (KEHL, 2005). Lembremos aqui que estamos nos referindo ao campo da dependência química, e não apenas do consumo de substâncias psicoativas, em que a droga ainda permanece inscrita como objeto de desejo (passível de escolha, portanto) e não como objeto de satisfação, como acontece nas adições, conforme esclarece Silveira (1991):

Não se trata do desejo de consumir drogas, mas da impossibilidade de não consumi-las. Estabelece-se assim um duo indissociável indivíduo-droga, onde tudo o que não é pertinente a essa relação passa a constituir pano de fundo na existência do dependente. Este duo permanece indissociável enquanto a droga for capaz de propiciar esta alteração de percepção de uma realidade, respondendo assim pela manutenção do equilíbrio homeostático do indivíduo. Para o dependente, a droga é uma questão de sobrevivência. Não ter a droga é perder-se. A droga é igualmente a possibilidade de resgate de uma identidade. (SILVEIRA, 1991)

Desta relação de necessidade, em que a droga se torna objeto de satisfação, advém a vinculação frequentemente observada entre drogadição e violência. Se o registro que norteia a conduta do dependente é o registro da necessidade, em oposição ao do desejo, então o consumo da substância torna-se imperativo ao indivíduo, prevalecendo um tipo de relação autoritária e exclusiva, já que o indivíduo encontra-se dominado pela falta do objeto de sua necessidade (KEHL, 2005).

Silveira (1991) destaca o fato de a realidade, objetiva ou subjetiva, vivenciada pelo dependente químico constituir-se insuportável; uma realidade que ele não consegue modificar e da qual tampouco consegue esquivar-se, restando-lhe como alternativa alterar sua percepção desta realidade, por meio do consumo da substância psicoativa. Esta concepção é compartilhada pelo psicanalista francês Charles Melman (2000), segundo o qual o consumo disfuncional de drogas pode ser compreendido como uma forma de auto-medicação, destinada a apaziguar estados afetivos de extrema dor. O alívio trazido pelo consumo adviria da suspensão temporária da consciência, ocasionada pelos efeitos da substância no sistema nervoso central. Ao baixar as tensões psíquicas a um ponto ideal, a droga proporcionaria uma espécie de suspensão transitória da existência, um momento de anestesia, muito similar à morte.

Em maior ou menor escala, a instalação deste processo repercute diretamente sobre a relação do indivíduo com o tempo, com a morte – e conseqüentemente com a potência experimentada diante da vida – e com a interdição, imposta, por exemplo, por meio das leis. No campo das adições, a relação peculiar que o sujeito passa a estabelecer com as chamadas leis patriarcais é bem descrita por Silveira (1991):

Para esse indivíduo, a dependência é a única referência estável e perene, da qual não pode prescindir, na medida em que se configura como sua única lei possível. As “outras” leis, ou seja, as leis patriarcais da nossa cultura simplesmente não existem enquanto código para o dependente. Conseqüentemente, a sua conduta de transgressão das leis deriva do desconhecimento delas e não de um ato deliberado.” (SILVEIRA, 1991)

Esta realidade subjetiva é evidenciada em uma tocante passagem do filme *Meu Nome Não É Johnny* (2008), quando o protagonista – um jovem de classe média, dependente de cocaína – está em um tribunal, sendo julgado por formação de quadrilha de tráfico de drogas internacional:

Johnny - Só queria falar para a senhora o que eu estou sentindo agora. Todo mundo tem sonhos na vida, eu também tenho meus sonhos.

Juíza - Mas o senhor, para realizar os seus sonhos, o senhor não tinha que necessariamente recorrer a uma atividade criminosa, Seu João.

Johnny - Mas eu não vendia droga para ganhar dinheiro. Eu vendia droga para gastar dinheiro; para comprar mais pó, para usar mais droga.

Juíza - O senhor está falando de crimes previstos em lei!

Johnny - É que eu nunca soube o que é dentro, o que é fora da lei. Na minha vida, as coisas foram acontecendo...

Neste diálogo, evidencia-se a falta do registro da interdição e as consequências desta ausência. As ações dão-se como uma sucessão de acontecimentos impensados, não planejados, pautadas sobretudo pela urgência de adquirir o objeto de necessidade, satisfazendo instantaneamente a falta vivenciada. A transgressão fica então pautada pela ausência do registro da lei.

Simbolicamente, a não estruturação desta lei patriarcal, que dará ao indivíduo a noção de limite, de contorno, acaba por mantê-lo num universo matriarcal, mágico, regido por uma temporalidade que não é lógico-linear, mas centrada na instantaneidade e muito próxima à morte, conforme destaca Silveira (1991):

Configura-se, assim, quase que uma vivência de eternidade que acaba por tornar igualmente particular a relação do dependente com a morte. O dependente coloca-se constantemente em confronto com a morte: acumulam-se sequências de episódios de extremo risco de vida, associados ou não ao uso de drogas. A própria experiência de intoxicação constitui uma forma de anular a marcha do tempo linear que, estranho ao toxicômano, caminha inexoravelmente para a morte. Tem a função de colorir seu imaginário, como em um devaneio, protegendo-o da mediocridade do insuportável cotidiano. Tem ainda como função o restabelecimento de uma unidade que, embora alucinada, encontra na concretude do prazer da droga a possibilidade de existir enquanto indivíduo.” (SILVEIRA, 1991)

Entre o grupo pesquisado, a relação com a morte apareceu de diferentes maneiras, ora expressa nas entrelinhas, ora de maneira escancarada:

“Não queria morrer, mas queria continuar dormindo, para sempre... Não ter que acordar. (...)É difícil acordar de manhã.” (Paulo, 53 anos)

“Foram vinte anos de adicção, meu. Eu não estava preocupado com quem tinha morrido, quem ia morrer...” (Guerreiro, 39 anos)

Melman (2000) sugere a morte como o objeto de gozo do toxicômano, ao vincular a experiência de intoxicação a um alívio da existência, favorecendo seu desaparecimento, sua ausência, ainda que momentaneamente, por “eclipses”, conforme nomeia o autor. Se retomarmos a premissa psicanalítica, de que o ser humano constitui-se sujeito desejante a partir da falta, da interdição, teremos uma dimensão dos prejuízos potencialmente provocados pela ilusão de completude que o uso da droga, na adicção,

produz. A droga interdita justamente a via de acesso ao fato de que somos, todos, seres incompletos e desejantes (KEHL, 2005). Desejantes, inclusive, porque incompletos. Se nada falta, ainda que em ilusão, o acesso aos desejos fica dificultado, comprometendo-se a possibilidade de constituir identidades diversas e dinâmicas, cambiantes conforme as mudanças que a vida apresenta em seu decurso.

Desta dinâmica, frequentemente resulta uma disfunção da potência do ego, conferindo ao indivíduo oscilações intensas e constantes, polarizadas entre a sensação de impotência absoluta e de onipotência, diante dos desafios cotidianos, novamente acentuando a relação com a morte, conforme destaca Silveira (1991):

A identidade fragilizada do toxicômano, através da experiência drogaditiva, é mascarada por uma auto-imagem heróica e onipotente, quase divina, que, entre outras coisas, vai transformar substancialmente a sua relação com a morte. (SILVEIRA, 1991)

Entre os participantes do estudo, esta dinâmica revelou-se, sobretudo, a partir da discussão realizada em grupo sobre o filme *O Grande Chefe*, de Lars von Trier. O filme conta a história de um executivo dinamarquês que planeja vender sua empresa, mas não tem coragem de contar aos funcionários. Embora dono da empresa, ele jamais assumiu a condição de presidente da organização, junto aos funcionários, por não conseguir assumir nenhuma medida que os desagradassem. Assim, fazia sempre o papel de bonzinho, atribuindo todas as decisões difíceis ao Grande Chefe, o suposto presidente da empresa, que residiria nos Estados Unidos. O enredo do filme se desdobra em uma série de mentiras para preservar o arranjo original. O dono da empresa contrata um ator para se fazer passar pelo presidente americano e poder efetivar a venda da empresa. É aí que os problemas começam, quando o ator incorpora de fato o lugar do Grande Chefe, ultrapassando o papel que lhe fora designado interpretar, ao achar que mandava de verdade. As reflexões suscitadas por esse filme dispararam discussões intensas sobre a relação que eles tinham com o poder e sobre o uso da manipulação e das mentiras:

“ ‘Nossa, o que é isso?’ Experimentei aquela sensação de potência, de não ter medo de nada. De nada ser difícil. Super-homem mesmo. (...) Lembro de ter pensado: ‘Quero sentir isso para sempre!’” (Carlos, 36 anos)

“Buscava um prazer intenso: estou bem, falante, comunicativa, gás, energia... Nossa! Poder. Posso tudo. Fazia o que eu queria. Não pensava em nada. Dava poder.” (Michele, 25 anos)

“Eu gosto de mentir. Sempre menti. Tem horas em que eu me perco nas próprias histórias que invento. Minto tão bem que eu mesmo acredito.” (Maurício, 35 anos)

“É a adrenalina que faz sustentar a mentira. A mentira vira prazerosa.” (Daniel, 34 anos)

“Minha primeira reação era não admitir, negar. (...) Era uma tendência que eu tinha para me sentir melhor, superior aos outros. (...) Eu parecia o David Copperfield. Era ilusionista, tinha sensação de poder.” (Maurício, 35 anos)

“Eu sou tão estrelinha, que eu tenho medo dessa coisa de microfone, de me achar, de ser o foco das atenções... Tem horas que eu quero falar, falar muito! Vou achando que a minha experiência é mais válida. Eu adoro ser o centro das atenções!” (Michele, 25 anos)

Contudo, a fragilidade existencial que parece acompanhar o dependente químico, conjuntamente à onipotência expressa, também transpareceu em algumas das falas, revelando o custo de buscar manter-se, a todo instante, no pólo vigoroso da onipotência:

“Sustentar um currículo mentiroso... sustentar a mentira é muito difícil: ‘Eu sei, eu posso, eu sou o cara...’”. (Maurício, 35 anos)

“Eu não tenho tempo para ilusão. Eu tive grandes quedas. Eu não resolvo. Eu elimino.” (Daniel, 34 anos)

“A rotina dá um certo transtorno para mim.” (Breno, 23 anos)

Neste contexto, o consumo da substância, seguido dos efeitos psíquicos e por vezes dos danos materiais e afetivos direta ou indiretamente relacionados às adições, não somente se torna ineficaz para produzir a anestesia desejada, como intensifica sobremaneira o mal-estar vivenciado:

“Eu não valho nada. Olha a merda que eu fiz.” (Carlos, 36 anos)

“Comigo não tem essa de recaída. Se eu recair, eu me mato.” (Guerreiro, 39 anos)

Contudo, a vinculação com a morte, no campo da dependência química, vem paradoxalmente acompanhada por um sentido vital, quando se focaliza a busca por prazer, também presente no consumo de substâncias psicoativas. A dimensão relacionada a prazer, curiosidade e vida, é enfatizada de maneira mais radical por Rotelli (1991), quando aponta a existência de uma riqueza anterior à experiência com a substância psicoativa:

Há sede de viver e luta pela sobrevivência que o toxicodependente teve de articular com a droga, mas há também uma riqueza preexistente ao fato do tóxico: curiosidade, desejo, procura de um outro âmbito, não-codificação rígida, necessidades e buscas. Com certeza estrutura “caracterial complexa” e, às vezes, diriam, “deficitária-lacunosa-frágil”, mas estrutura ainda não institucionalizada, ainda não fechada no interior da pobreza de significados, de perspectivas, de intencionalidades, de carreiras. Por isso é um campo particularmente fértil. Não digo que a droga enriqueça, diria que a droga se encontra “naturalmente” com esta dilatação dos campos de interesse, dos campos da curiosidade, dos campos do desejo complexos em muito sujeitos. (ROTELLI, 1991)

Olievenstein (1991) também fala da complexidade envolvida no sofrimento/prazer do dependente químico. É com base neste duplo sentido, que o autor se refere à aventura do toxicômano como uma *doença* e uma *não-doença*, simultaneamente. Neste sentido, a distinção proposta por Deleuze (1991), entre *experimentação vital* e *empreendimento mortífero* é de grande auxílio para aprofundar a reflexão sobre as dimensões implicadas no uso de drogas:

Seria preciso, abstratamente, distinguir duas coisas: todo o domínio das experimentações vitais e o dos empreendimentos mortíferos. A experimentação vital ocorre quando uma tentativa qualquer agarra você, se apodera de você, instaurando cada vez mais conexões, abrindo-o às conexões: uma tal experimentação pode comportar um tipo de autodestruição (...). Ela não é suicidária na medida em que o fluxo destruidor não se rebate sobre si mesmo, mas serve para a conjugação de outros fluxos, quaisquer que sejam os riscos. Mas o empreendimento suicidário, ao contrário, ocorre quando tudo é rebatido unicamente sobre esse fluxo: “minha” dose, “minha vez”, “meu” copo. É o contrário das conexões; é a desconexão organizada, em vez de um “motivo” que serviria aos verdadeiros temas, às atividades, um único e pleno desenvolvimento como em uma intriga estereotipada, onde a droga é pela droga, e faz um suicídio tolo. (...) Tudo se rebate sobre uma linha morna suicidária, com duas sequências alternativas: é o contrário das conexões, das linhas múltiplas entremeadas. (DELEUZE, 1991)

Esta dimensão vital, contudo, vinculada a desejo, curiosidade e prazer, que Rotelli localiza como preexistente à experiência toxicomaníaca e que Deleuze descreve como experimentação vital, não emergiu nas experiências pessoais descritas pelos participantes do estudo, permanecendo, sua relação com o consumo de substâncias, no registro dos empreendimentos mortíferos:

“Pesado mesmo. Alguns morreram de overdose. Outro se enforcou; teve esquizofrenia. Outro, um primo meu, vive internado. Não consegue ficar sem usar droga nas ruas, nem a pau!” (Carlos, 36 anos)

“Foram vinte anos de adicção meu! Eu não estava preocupado com quem tinha morrido, quem ia morrer...” (Guerreiro, 39 anos)

“Quando eu entro em casa e vejo que não tem piso... que eu fumei o piso todo... Foram caixas e caixas que eu levei nas costas e dei na mão dos traficantes.” (Daniel, 34 anos)

As poucas referências que vincularam o consumo de drogas à dimensão de experimentação vital relacionavam-se à vivência de familiares:

“Minhas tias cheiravam lança perfume em casa. Se trancavam no quarto, ficavam bem loucas... A gente percebia. A referência que a gente tinha de droga era a alegria.” (Carlos, 36 anos)

“Em relação à bebida, meu pai nunca via problema. Ele não tinha noção do que era isso. Ele sabia que eu bebia, mas o grande problema para ele era a cocaína.” (Michele, 25 anos)

A ausência do registro vital preexistente à experiência toxicômana, entre o grupo pesquisado, parece vincular-se à gravidade dos quadros clínicos observados entre os participantes do estudo, permanecendo, sua relação com o uso de substâncias psicoativas, no registro dos empreendimentos mortíferos, em oposição às experimentações vitais, como distingue Deleuze (1991). Lembremos que o potencial criativo e vital relacionado ao uso de drogas só pode existir no registro da autonomia e da possibilidade de escolha, possibilidades anuladas no âmbito da dependência química. No campo das adições, esta “linha morna suicidária”, da qual nos fala Deleuze, revela-se frequentemente pelo isolamento que circunda o dependente químico e pela dificuldade em estabelecer trocas criativas com ambiente, na medida em que fica prejudicada sua capacidade de agir na coletividade. Destituído desta possibilidade, o indivíduo passa a perder, na coletividade, a capacidade para estar só, independente (TEDESCO & BENETTON, 1996).

Ainda que no campo das adições este fenômeno seja evidente, uma vez que se apresenta intensificado, a perda da capacidade de estar só, autonomamente, e estabelecer trocas criativas com o ambiente, parece ser uma característica cada vez mais presente na atualidade. Neste ponto, torna-se imprescindível refletir sobre o contexto

sócio-econômico e cultural que pauta as relações na contemporaneidade, pois aqui temos o campo fértil para o desenvolvimento das adições como um sintoma social – adições não apenas químicas, mas quaisquer comportamentos aditivos (sexo, trabalho, compras, jogos etc.). Vejamos algumas considerações sobre este processo.

5.1.5 As adições como sintoma social da contemporaneidade

O fenômeno relacionado às adições não é uma produção isolada no tempo-espaço. Trata-se de um fenômeno produzido, endossado e reiterado no bojo de uma certa cultura; de uma época marcada por modos específicos de produção de subjetividades. Falamos aqui da contemporaneidade e das idiossincrasias que marcam este momento histórico atual.

Se o uso de drogas, enquanto escolha do sujeito, pode ser entendido como um movimento afirmativo, em direção à busca de uma autonomia e de um posicionamento no mundo, o fenômeno relacionado às adições transborda esta esfera, ancorando-se em fissuras estruturais presentes no contemporâneo. Vejamos como isto ocorre.

Conforme enfatizado por Kehl (2005), atualmente vivemos em uma cultura que não produz modos de sofrer, mas, ao contrário, confere aos indivíduos a ilusão de que é possível viver sem dor. Não apenas possível, como desejável. Alguns aspectos centrais da cultura atual, como o individualismo, a ênfase no sucesso, no hedonismo e no consumo produzem um tipo de demanda sobre os indivíduos, na qual o sofrimento fica destituído de qualquer lugar. O imperativo ao gozo é a tônica das sociedades ocidentais contemporâneas, repercutindo, inevitavelmente, sobre os modos de subjetivação.

Nesta mesma direção, Rolnik (2006a), em coro com diversos autores da atualidade (DUBAR, 2006; HALL, 2006; BAUMAN, 2005), aponta para as consequências da globalização e dos avanços tecnológicos sobre os padrões identitários estabelecidos na atualidade. Embora os tempos atuais sejam marcados pela velocidade das mudanças, da comunicação, pela obsolescência programada, pela fluidez identitária, a busca por uma referência identitária estável faz-se notável, persistindo a crença na possibilidade da estabilidade que marcava a modernidade. Desta busca e desta impossibilidade resultam a reificação das identidades estabelecidas, ao se transformarem em modelos-padrão de identidade, prontos a serem consumidos, como bem descreve Rolnik (2006a):

(...) a mesma globalização que intensifica as misturas e pulveriza as identidades implica também na produção de kits de perfis-padrão de acordo com cada órbita do mercado, para serem consumidos pelas subjetividades, independentemente do contexto geográfico, nacional, cultural etc. Identidades locais fixas desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas flexíveis, que mudam ao sabor dos movimentos do mercado e com igual velocidade. (ROLNIK, 2006a)

A fluidez e pulverização presentes na contemporaneidade não implicam, portanto, no abandono da busca por uma referência identitária estável, ainda que tal tarefa seja impossível de se realizar. Ao contrário, as subjetividades tenderiam a insistir em sua figura moderna, pautada na estabilidade e na linearidade, “ignorando as forças que as constituem e as desestabilizam por todos os lados” (2006a: 21). A desestabilização exacerbada, somada à persistência da referência identitária, acaba por produzir um inevitável mal-estar, corporificado pela sensação insuportável de um vazio existencial, da falta de sentido para a vida, da constante sensação de desajuste e inadequação:

A combinação desses dois fatores faz com que os vazios de sentido sejam insuportáveis. É que eles são vividos como esvaziamento da própria subjetividade e não de uma de suas figuras – ou seja, como efeito de uma falta, relativamente à imagem completa de uma suposta identidade, e não como efeito de uma proliferação de forças que excedem os atuais contornos da subjetividade e a impelem a tornar-se outra. Tais experiências tendem a ser aterrorizadoras: as subjetividades são tomadas pela sensação de ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento ou até de morte. (ROLNIK, 2006a)

As falas expressas por alguns dos participantes do estudo sobre a morte e as dificuldades relacionadas ao viver parecem conter este esvaziamento e despersonalização de que nos fala Rolnik. Afinal, para qual vida é difícil acordar de manhã? Sob que condições? É a vivência de que, para si próprio, não restaria alternativa, senão o sono eterno. Mas de que a morte livraria o sujeito?

Dubar (2006) nos dá pistas desta resposta ao destacar o sofrimento decorrente da busca hegemônica por uma identidade pessoal; uma identidade vinculada à força e à imposição do “*ser si próprio*”. Tomando de empréstimo as considerações de Ehrenberg (1996) sobre a depressão na contemporaneidade – vinculada a mudanças no modelo cultural – Dubar destaca as consequências inevitáveis que decorrem desta busca:

(...) o indivíduo conforme, que aplica as normas do seu meio, da sua cultura, da sua classe social, 'como os outros', (...), foi substituído pelo 'indivíduo-trajetória à conquista da sua identidade pessoal'. Face a este novo imperativo, muitos de nossos contemporâneos, num momento ou outro da sua vida, até mesmo de maneira mais ou menos crônica, sofrem dum 'sentimento de insuficiência', duma consciência aguda de 'não estar à altura', duma impressão de falta que se pode traduzir por sintomas diversos e bem conhecidos: astenia e cansaço crônicos, insônias, ansiedades e angústias, ataques de pânico. A impressão dominante é de 'sofrer de si próprio': não dum conflito, actual ou arcaico, mas dum enfraquecimento do Eu, duma diminuição ou desabamento da estima de si, em primeiro lugar e sobretudo 'aos seus próprios olhos'. (DUBAR, 2006)

Neste contexto, marcado pela busca por si mesmo e pela sensação constante de insuficiência, a legitimação pessoal corre o risco de ficar submetida ao olhar do outro, ou a um despreparo intenso, que exigiria um aprendizado constante:

"Vivia buscando a aceitação das pessoas. Tinha medo de ser rejeitado." (Carlos, 36 anos)

"Medo do julgamento dos outros. O que vão falar de mim?" (Michele, 25 anos)

"Eu sou uma folha ainda, um brotinho. Tenho que me transformar numa árvore para poder falar." (Guerreiro, 39 anos)

A este fenômeno relacionado à busca incessante por alguma identidade, Rolnik (2006b) propõe o termo "toxicomania de identidade". A busca se dá por qualquer identidade, ainda que *prêt-à-porter*, como ela define toda uma infinidade de modelos identitários difundidos pelo mercado da mídia. Trata-se, segundo a autora, de "miragens de personagens globalizados, vencedores e invencíveis, envolvidos por uma aura de incansável glamour, que habitam as etéreas ondas sonoras e visuais da mídia" (ROLNIK, 2006b). Personagens que pairam acima do bem e do mal, como que inabaláveis pelas "turbulências do vivo e da finitude do humano". Deste processo de mimetização, tão hegemônico na atualidade, resultam próteses de identidades, capazes de manter a ilusão de um suposto apaziguamento, mantido à custa de alguma adição:

O viciado em identidade tem horror ao turbilhão das linhas de tempo em sua pele. A vertigem dos efeitos do fora o ameaça a tal ponto que, para sobreviver a seu medo, ele tenta se anestésiar: deixa vibrar em sua pele, de todas as intensidades do fora, apenas aquelas que não ponham em risco sua suposta identidade. Por esse recalçamento da vibratibilidade da pele, ou

seja, dos efeitos do fora no corpo, ele tem a ilusão de desacelerar o processo. Mas, como é impossível impedir a formação de diagramas de força, o estado de estranhamento que tais diagramas provocam acaba se reinstaurando em sua subjetividade apesar da anestesia. Esse homem se vê, então, obrigado a consumir algum tipo de droga se quiser manter a miragem de uma suposta identidade. (ROLNIK, 2006b)

A mimetização de modelos que não passam de miragens acaba por provocar um movimento constante de busca e frustração, já que se trata da busca por um modelo impossível de se alcançar, na medida de sua irrealidade; um movimento cíclico que só faz manter no indivíduo a necessidade pelo consumo de drogas. Lembrando-se aqui que as drogas consumidas na atualidade, capazes de produzir e manter tal circuito, englobam, para além das substâncias psicoativas (naturais ou sintéticas), uma gama de hábitos e comportamentos estereotipados – tomados de empréstimo da cultura, a serviço da construção da identidade – oferecidos pela TV, pela publicidade, pelo cinema comercial, pela literatura de auto-ajuda, pelas tecnologias *diet/light* (ROLNIK, 2006a). Sem contar os comportamentos que provêm do consumo de grifes, do uso de sites de relacionamentos e redes sociais virtuais, o uso jovem da tatuagem, entre outros (MINERBO, 2009). Entre os participantes deste estudo, a força de tal fenômeno evidencia-se nas falas emergentes:

“Eu fui otário uma cara de tempo. Eu não conseguia ser, eu tinha que ter.” (Breno, 23 anos)

“Eu sempre reclamava da minha vida, porque conhecia gente que tinha mais do que eu.” (Noronha, 33 anos)

“Sempre fui super ligado às aparências. (...) Eu não posso entrar na empolgação.” (Breno, 23 anos)

“A drogadição dá algumas brechas.” (Daniel, 34 anos)

“O mundo é dos espertos.” (Maurício, 35 anos)

É neste contexto que as adições encontram terreno propício à sua propagação. O consumo dos mais variados tipos de drogas passando a servir ao propósito de livrar o corpo de tais sensações aterrorizadoras, mantendo a ilusão da estabilidade identitária:

Para proteger-se da proliferação das forças e impedir que abalem a ilusão identitária, brega-se o processo, anestesiando a vibratibilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus afetos. Um mercado variado de drogas sustenta e produz essa demanda de ilusão, promovendo uma espécie de toxicomania generalizada. (ROLNIK, 2006a)

Neste sentido, portanto, o consumo de drogas, estaria a serviço da tentativa de anestesiar a ameaça sentida pelo sujeito diante da possibilidade de desestruturação da identidade estabelecida, ainda que se trate de uma identidade reificada e exteriorizada. Considerando-se a constância desta experiência de ameaça, torna-se possível imaginar a recorrência com que os comportamentos aditivos ocorrem, ameaçando a potência criadora da vida, quando transbordam para o terreno das adições.

Rolnik (2006b) localiza no campo da ética a experiência de finitude que marca a existência humana e o inevitável mal-estar que dela decorre. A este respeito esclarece a autora:

Mas que território identifiquei como sendo o da ética? O território formado pela relação que cada indivíduo estabelece com a irremediável inconciliabilidade entre o ilimitado movimento de forças que formam diagramas e a finitude dos mundos ditados por cada um deles. Por não ser possível superá-la, tal inconciliabilidade define nossa condição como trágica – existe um mal-estar que nada pode fazer ceder, já que ele é a sensação provocada pela desestabilização daquilo que somos, sensação de nossa finitude. (2006b)

Parece decorrer daí a relação paradoxal que o dependente químico frequentemente estabelece com o dinheiro e com situações de sucesso (profissional ou pessoal), como sugerem as seguintes falas:

“Eu tenho uma super dificuldade com o dinheiro. Parece que eu tenho raiva do dinheiro. Dinheiro na minha mão vai a rodo.” (Michele, 25 anos)

“No décimo passo, conseguia destruir tudo o que eu tinha feito, conquistado. Tenho essa tendência diante de um problema.” (Daniel, 34 anos)

“Mexeu muito com o ego quando a gente começa a ficar bem sucedido. (...) Às vezes eu me empolgava um pouco, me perdia. Acabava sendo prepotente. Não tinha muita humildade em alguns momentos.” (Carlos, 36 anos)

“Eu me senti tão perdido de mim... Dei um pique tão grande na equipe que... no meio daquela confusão toda... querendo ser perfeito...” (Breno, 23 anos)

“Começaram a perceber pelas faltas, as vendas caíram, o gás acabou. Pensei: ‘Viche eu to queimado!’ Não suportei. Fui embora. ‘Não vou mais’. Só queria sair fora de lá. Sabia que ia ser promovido, porque o supervisor tinha elogiado meu desempenho: ‘A próxima promoção é sua...’ ‘Caramba! – pensei: Eu vou pegar uma gerência e vou pisar na bola...’ ”. (Carlos, 36 anos)

Destaca-se ainda o fato de a experiência de desestabilização ser reiteradamente vivenciada ao longo da existência humana, já que resulta de um processo que nunca cessa e que faz da subjetividade “um sempre outro”, como enfatiza Rolnik (2006b: 31). Por fim, questionando-se sobre a intersecção deste fenômeno com o campo da ética, a autora afirma:

É que o quanto a vida pode fluir e afirmar-se em sua potência criadora depende, antes de mais nada, da relação que se estabelece com o trágico, como se reage ao mal-estar a cada momento de nossa existência. (ROLNIK, 2006b)

Relacionar a potência criadora da vida ao tipo de relação que se estabelece com o trágico da existência humana nos remete novamente à concepção de saúde proposta por Canguilhem. Pois é justamente da impossibilidade de lidar com o mal-estar provocado por este trágico, que está a condição de adoecimento: a concepção toxicômana, ao negar a existência do trágico, acaba por impedir a produção do novo. Neste contexto, o que constituiria, então, a possibilidade de saúde? A este respeito, Rolnik (2006b) aponta à processualidade, aberta e disponível aos múltiplos devires, localizada, sobretudo, na produção cultural:

Já na outra ponta do terreno da produção cultural estão as tentativas de aliar-se com as forças da processualidade: identificar os pontos de desestabilização das forças instituídas, anunciadores de sua finitude e do engendramento de outras formas. Essa aliança depende – mais do que qualquer outro tipo de aprendizado – de estar à escuta do mal-estar mobilizado pela desestabilização em nós mesmos, da capacidade de suportá-lo e de improvisar formas que dêem sentido e valor àquilo que essa incômoda sensação nos sopra. Aqui já não se trata de alucinar um dentro para sempre feliz, mas, sim, de criar condições para realizar a conquista de uma certa serenidade no sempre devir outro. (ROLNIK, 2006b)

O jogo de tensões que marca a atualidade origina um processo de desconstrução e reconstrução constante, ainda que momentâneo. Ou justamente constante porque momentâneo. Construção e desconstrução, dúvidas e enfrentamentos, jogo de forças que tencionam e fazem avançar ou recuar, minando novas possibilidades de crescimento. Os processos de subjetivação se dariam justamente neste entremeio contínuo de tensões, entre figura e força, entre o estabelecido e o que está por vir, ainda desconhecido, não-construído, mas já, por isto, ameaçador. É na capacidade de lidar com tal jogo de tensões, que reside a possibilidade de um habitar criativo e salutar, na

contemporaneidade, distanciando-se do risco de se reificar em padrões engessados de vida, de identidade, de prazeres e de buscas. Lembremos aqui, novamente, que nos referimos ao fenômeno das adições, o qual, diferentemente do consumo de substâncias, é marcado pelo aprisionamento e pela incapacidade de se fazer escolhas que envolvam o não uso da substância.

Conforme enfatiza Rolnik (2006a), a possibilidade de fruir a riqueza da atualidade depende de enfrentar o vazio de sentidos que se instala diante da ameaça de dissolução das figuras momentâneas que somos. Neste sentido, apropriar-se do fato de que, no contemporâneo, somos constantemente confrontados por incertezas, fragmentações e transições constitui um passo fundamental em direção à possibilidade de uma fruição criativa e autêntica da vida na atualidade, prescindindo da anulação proporcionada pelas experiências contínuas e concretas de anestesia do corpo, presentes no campo das adições.

Ressaltamos que considerar o fenômeno das adições como um sintoma social não contradiz a concepção explicitada anteriormente, segundo a qual o consumo de drogas pode inserir-se no registro de uma construção criativa e autônoma dos sujeitos em busca de uma trajetória de vida autêntica, mesmo que transgressora das normatizações estabelecidas. Neste registro, o consumo da substância é fruto de uma escolha, sobre a qual o sujeito tem plena autonomia. Lembremos, contudo, a dependência química é fenômeno que difere bastante do consumo de uma substância psicoativa. Quando falamos em sintoma social, é no campo das adições que estamos – qualquer que seja ela (sexo compulsivo, compras compulsivas, adição ao trabalho, adição a substâncias psicoativas) – um campo marcado pelo aprisionamento e pela impossibilidade de escolha sobre consumir ou não a substância psicoativa da qual se é dependente, ou de se exercer ou não determinado comportamento aditivo. Entendemos, portanto, que a compreensão ampliada sobre as dependências, como sintoma social da contemporaneidade, faz-se necessária na medida em que este estudo versa sobre uma população notadamente marcada por prejuízos decorrentes da instalação da dependência química, e não apenas do consumo de drogas.

Vejamos a seguir os recursos terapêuticos disponíveis no campo das adições, a fim de contextualizarmos a moradia assistida em que teve espaço esta pesquisa.

5.2 RECURSOS TERAPÊUTICOS

5.2.1 Princípios gerais do tratamento em dependência química

Considerando-se o caráter crônico da dependência química, o tratamento disponibilizado deve ser contínuo no tempo, atendendo às múltiplas e variáveis demandas emergentes ao longo do processo de recuperação. Na prática clínica, isto significa mesclar distintos dispositivos de tratamento, assim como múltiplas abordagens terapêuticas, de acordo com as características do paciente e com a fase do tratamento em que ele se encontra, lembrando que cada etapa do processo de recuperação ecoa necessidades e demandas singulares.

A partir de meados da década de 50, conforme avançou o movimento de desinstitucionalização, o tratamento de dependentes químicos começou a ser disponibilizado na própria comunidade, em substituição ao modelo asilar. Esta mudança de paradigma no sistema de saúde mental repercutiu diretamente sobre as abordagens terapêuticas utilizadas, até então restritas basicamente ao confinamento do indivíduo em hospitais psiquiátricos e ao tratamento medicamentoso.

Com o deslocamento gradual do *locus* do tratamento para a comunidade, novos atores sociais passaram a integrar o quadro terapêutico, incluindo-se os familiares e os próprios pacientes. Modelos de tratamento menos restritivos e baseados na comunidade tornaram-se gradualmente hegemônicos, prevalecendo sobre o modelo asilar.

Atualmente, os ambientes de tratamento comumente utilizados no campo das adições são: rede primária de atendimento à saúde, unidades comunitárias de álcool e drogas, unidades ambulatoriais especializadas, comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua, hospitais gerais, hospital-dia, moradia assistida e hospital psiquiátrico (EDWARDS et al, 1999).

A despeito do ambiente de tratamento, alguns princípios gerais devem nortear as intervenções terapêuticas realizadas no campo da dependência química, de acordo com o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 1999):

- 1) Nenhum tratamento único é adequado a todos os indivíduos; as intervenções e serviços oferecidos devem relacionar-se às necessidades e aos problemas específicos de cada paciente em particular;

- 2) Considerando a dinâmica do dependente químico e sua ambivalência em buscar ajuda, o tratamento precisa ser prontamente acessível ao paciente, quando procurado;
- 3) Um tratamento efetivo atende às múltiplas necessidades do indivíduo (problemas médicos, legais, sociais, ocupacionais, psicológicos), e não somente ao seu uso de substância;
- 4) É necessário avaliar constantemente o tratamento planejado para o indivíduo, modificando-o se necessário, a fim de se garantir que ele acompanhe as mudanças de necessidade porque passa a pessoa ao longo de seu processo terapêutico;
- 5) Permanecer em tratamento por um período adequado de tempo é fundamental para se conseguir alguma efetividade; o período mínimo relaciona-se em geral a três meses;
- 6) Aconselhamento individual ou em grupo e outros enfoques comportamentais são componentes críticos de qualquer tratamento efetivo para as adições, focalizando a motivação do paciente, suas habilidades de enfrentamento, habilidades sociais e prevenção de recaída;
- 7) A terapia medicamentosa pode ser um importante elemento terapêutico para muitos pacientes, sobretudo se combinada com outras intervenções, como o aconselhamento e as terapias comportamentais;
- 8) Quadros clínicos e/ou psiquiátricos existentes conjuntamente à dependência química ou ao uso nocivo precisam ser adequadamente avaliados e tratados, de maneira integrada;
- 9) A desintoxicação constitui apenas o primeiro passo do tratamento da adição, raramente sendo suficiente para gerar, por si só, mudanças a longo prazo;
- 10) Os programas de tratamento para dependência química deveriam prover também orientação sobre comportamentos de risco, garantindo avaliação para diagnosticar DST/AIDS e outras doenças infecciosas;
- 11) Por se tratar de uma condição crônica, o processo de saída da dependência química pode ser longo e frequentemente exigirá múltiplos episódios de tratamento, para que a pessoa consiga restabelecer-se satisfatoriamente.

Tais princípios podem ser disponibilizados na própria instituição ou a partir de encaminhamento a outros serviços. Vale lembrar a importância de que o trabalho seja realizado em rede. Isto implica em que o serviço tenha clareza da posição que ocupa na

rede de tratamento de sua região, a fim de formar, junto aos outros serviços, redes de apoio mútuo. Este funcionamento é fundamental para viabilizar a continuidade de tratamento daqueles que já concluíram o programa terapêutico proposto, mas continuam precisando de outras abordagens (RIBEIRO, 2004).

Em geral, propõe-se que o tratamento seja disponibilizado a partir de um *continuum* de cuidados, variando de abordagens mais intensivas para dispositivos de tratamento menos intensivos. A intensidade de cuidados por vezes associa-se à restrição da liberdade do paciente, muito embora a indicação de escolha deva ser sempre pelas abordagens menos restritivas (APA, 2005). Nesta gradação, programas terapêuticos disponibilizados em hospitais gerais ocupam a primeira posição, seguidos por residências terapêuticas, internação em comunidades terapêuticas e abordagens ambulatoriais, mais ou menos intensivas, conforme a demanda do paciente.

Os dispositivos de tratamento também variam em relação à intensidade de cuidados oferecidos, não havendo um serviço que possa ser considerado superior a outro. Cada ambiente de tratamento apresenta vantagens e desvantagens na prestação do cuidado à pessoa em tratamento. Portanto, mais importante do que considerar as características do serviço em si, é considerar as especificidades do paciente em questão e o momento em que se encontra em seu processo de recuperação (RIBEIRO, 2004; APA, 2005).

A filosofia subjacente ao tratamento prestado é outro ponto central a ser considerado, interferindo na articulação do serviço com a rede de saúde disponível. A filosofia do tratamento contempla os aspectos teóricos e ideológicos que estruturam o programa de atendimento oferecido, podendo ser de orientação espiritual, psicológica, biológica ou sociocultural (OPAS & CICAD, 2000). Atualmente, o mais comum é que os serviços mesquem filosofias distintas, ainda que possa haver a predominância de determinada orientação. Na residência terapêutica pesquisada, a filosofia subjacente ao tratamento oferecido pautava-se no Programa dos Doze Passos, conforme descrevemos a seguir.

5.2.2. O Programa dos Doze Passos

Na residência terapêutica pesquisada, o Programa dos Doze Passos predominava como filosofia orientadora do atendimento prestado, ainda que mesclado a intervenções psicológicas e médicas, oferecidas por profissionais especializados. Vejamos, segundo Mota (2004), algumas características relacionadas ao processo de ajuda mútua, também

nomeado por alguns autores como auto-ajuda:

Os grupos de auto-ajuda são voluntários, pequenas organizações com características de ajuda mútua e de realização de alguma meta. Eles geralmente são formados por companheiros que se unem em assistência mútua com o objetivo de satisfazer uma necessidade comum, sendo geralmente a de superar uma dificuldade relacionada com um estilo de vida autodestrutivo, buscando desta maneira uma mudança social ou pessoal. (MOTA, 2004)

Os grupos de ajuda mútua acabam muitas vezes exercendo uma importante função de socialização, já que, sobretudo no início do tratamento, as pessoas chegam a frequentá-los por diversos dias na mesma semana, criando um círculo de referência, para além dos encontros nas reuniões do grupo. Neste sentido, o envolvimento e a participação pessoal são fatores essenciais para que os grupos de ajuda mútua possam de fato auxiliar a pessoa que o frequenta. Segundo Borkman (*apud* MOTA, 2004), quanto mais envolvida a pessoa está, com o propósito de partilhar sua experiência e ajudar o outro, mais ajuda receberá em troca, ao longo do processo vivenciado. Este princípio parece convergir com diversas falas apresentadas pelos participantes, sobre o trabalho no campo da dependência química:

“Me sinto realizada quando eu consigo ajudar alguém, dar uma palavra . (...) Tenho uma necessidade de ajudar o outro. Não sei se por culpa... Tanto tempo fiz o mal para os outros. Agora quero fazer o bem. Isto está muito forte em mim. As identificações; a idéia de que o meu problema é o do outro.” (Michele, 25 anos)

“Tive uma experiência muito boa com isso. Me sentia muito bem, fazendo uma coisa bacana, passando para as pessoas coisas valiosas. Senti uma coisa espiritual que me preencheu.” (Carlos, 36 anos)

“O benefício é o tratamento”. (Carlos, 36 anos)

“Acho que esse trabalho vai ser bom para mim, porque eu não consigo ficar sozinho.” (Guerreiro, 39 anos)

“Me interessa muito pela parte científica da dependência química. Primeiramente conhecer um pouco para mim mesmo, para eu entender o que eu tenho.” (Espanhol, 32 anos)

“É fascinante ver a evolução do outro... Estou encontrando aqui uma satisfação, uma recompensa que não é financeira. É diferente de todos os outros trabalhos. Primariamente é mais investimento do que lucro. É novo para mim e é gostoso.” (Michele, 25 anos)

Ainda nesta direção, a solidariedade destaca-se como princípio central, nos grupos de ajuda mútua, fazendo predominar um tipo de relação, entre os participantes, que tende a ser horizontal, conforme enfatiza Mota (2004):

Os grupos de ajuda mútua trabalham com uma idéia de solidariedade na qual o dar e o receber se confundem. Trata-se de uma estrutura informal que inibe hierarquias fixas. Todos são sócios, todos são membros, e cada membro é o centro da rede no momento em que atua dentro dela. (MOTA, 2004)

Se, por um lado, este princípio pode constituir-se de extrema valia para promover a coesão entre os membros do grupo, favorecendo possibilidades de mudança, ao potencializar a experiência de novos papéis sociais, por outro, o tipo de interação propiciada pode tornar-se um tanto indiscriminada, ao prescindir de uma estrutura que delimite funções e papéis. Este fato emergiu entre o grupo pesquisado, em falas que denunciavam um funcionamento, por vezes, confuso – quer fosse na experiência atual de tratamento, vivenciada na Casa, quer fosse em experiências terapêuticas prévias, vivenciadas em outras clínicas também embasadas nos Doze Passos:

“Na verdade, virou uma confusão lá. Todo mundo recaiu. O dono recaiu. Eu fiquei sozinho lá um tempo. Não deu certo. O lugar fechou. Eu comecei a conhecer tudo e já me atribuíram um monte de coisas.” (Carlos, 36 anos)

“Não me resta mais nada? Agora, só porque eu parei de usar drogas, eu tenho a obrigação de tirar outros disso. Só me resta isso? ‘Você tem a mensagem, agora é com você...’.” (Daniel, 34 anos)

“Disciplina é algo muito solto aqui.” (Cristina, 46 anos)

Originalmente proposto pelo grupo de ajuda mútua dos Alcoólicos Anônimos (AA), surgido nos Estados Unidos em 1935, o Programa dos Doze Passos visa a promover uma profunda alteração na visão de mundo do indivíduo, enfatizando um despertar espiritual que transformaria o indivíduo da condição de vítima para a condição de agente, auxiliando no processo terapêutico de pessoas em situações similares, conforme destaca Mota (2004):

Segundo AA, a prática dos Doze Passos propicia aos membros muito mais que a liberdade da antiga dependência: o indivíduo emerge da condição de “vítima” a “servidor”, trabalhando ativamente no auxílio à recuperação de outras pessoas recém-chegadas ao grupo, impulsionado por um “despertar espiritual” obtido no decorrer deste processo. (MOTA, 2004)

Os Doze Passos podem ser reunidos de acordo com o propósito predominante, relacionando-se: à decisão (do 1º ao 3º passo); à ação (do 4º ao 9º passo) ou à manutenção das conquistas obtidas durante o processo (do 10º ao 12º passo). Listamos a seguir uma breve descrição de cada passo (MOTA, 2004):

1. *Admitimos que éramos impotentes perante o álcool; que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.*
2. *Vimos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.*
3. *Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.*
4. *Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.*
5. *Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.*
6. *Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.*
7. *Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.*
8. *Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.]*
9. *Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.*
10. *Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.*
11. *Procuramos, por meio da prece e da meditação, melhorar nosso contato com Deus, na forma em que O concebíamos; rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e força para realizar essa vontade.*
12. *Tendo experimentado um despertar espiritual graças a esses passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.*

Segundo dados publicados no site oficial da organização, a irmandade dos Alcoólicos Anônimos agrega mais de dois milhões de pessoas, em cerca de 95.000 grupos espalhados por aproximadamente 150 países. No Brasil, os Alcoólicos Anônimos surgiram em 1947, e atualmente agregam em torno de 120.000 membros, espalhados

em mais de 4.700 grupos, por todo o país. Estes dados constituem uma estimativa, já que os grupos de AA não mantêm um registro dos membros filiados. Os grupos de Narcóticos Anônimos (NA) funcionam nos mesmos moldes dos grupos de AA, também seguindo o programa dos Doze Passos.

Tais grupos também apresentam seu funcionamento regido por princípios específicos, dentre os quais a ênfase no anonimato dos participantes, a filiação voluntária e gratuita à irmandade e a desvinculação de quaisquer causas, religiosas ou políticas ou de outras naturezas. Em relação à divulgação, os grupos de ajuda mútua também não utilizam estratégias específicas para atrair as pessoas, desenvolvendo o trabalho a partir da promoção dos próprios participantes, conforme destacado na fala de um dos participantes da pesquisa:

“Não é por promoção, é por atração” (Breno, 23 anos)

O entendimento sobre a dependência química, assim como a maneira de se encaminhar esta problemática, varia em relação a outras abordagens, como a medicamentosa por exemplo. A fala apresentada por Guerreiro evidencia tal distinção:

“Eu não aceito mais que eu sou um dependente químico, porque eu estou tratando essa doença. Eu aceito que sou um adicto.” (Guerreiro, 39 anos)

Vale destacar que, a despeito das diferenças de concepções, em relação ao tratamento especializado, ou até mesmo em função delas, os grupos de AA e NA representam importante fonte de ajuda para as pessoas com problemas relacionados ao abuso de substâncias, atuando, cada vez mais, conjuntamente aos serviços especializados, e não de maneira excludente. O fato de conseguirem atingir um grande número de pessoas, ao disponibilizarem ajuda gratuita, sete dias por semana, em horários diversificados, incluindo noites e madrugada, extrapola em muito a possibilidade de alcance de qualquer serviço especializado, privado ou público.

Observada a filosofia de tratamento subjacente à residência terapêutica pesquisada, vejamos alguns aspectos relacionados ao histórico e ao funcionamento das residências terapêuticas – também chamadas moradias assistidas – a fim de acessar as especificidades deste dispositivo de tratamento.

5.2.3 As residências terapêuticas

No Brasil, as primeiras experiências de moradia assistida datam dos anos 90, inseridas no contexto da reforma psiquiátrica. A regulamentação das residências terapêuticas no Brasil ficou a cargo da Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, prevendo sua implantação no âmbito do SUS. De acordo com as diretrizes governamentais, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) compõe uma das ações voltadas a concretizar a substituição do modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c). Neste documento, o Ministério da Saúde define as residências terapêuticas como casas situadas no espaço urbano, voltadas a atender as necessidades de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas ou não de internações psiquiátricas prolongadas.

Além dessa portaria, outras políticas oficiais dão sustentação aos SRTs: a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a Lei Federal nº 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa); as Portarias nº 52 e 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no País; e a Portaria n.º 1.220/2000, que regulamenta a Portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c).

As residências terapêuticas devem funcionar de maneira integrada à rede assistencial da comunidade, constituindo um dos passos iniciais do processo de reabilitação psicossocial do morador. Conforme enfatizado no documento oficial, os SRT não constituem propriamente serviços de saúde, sendo, antes, espaços de moradia, articulados à rede extra-hospitalar de cada município (CAPS, ambulatórios, atenção básica, entre outros). O número máximo de moradores não deve passar de oito pessoas.

Constituindo um dos principais equipamentos para a efetivação de processos de desinstitucionalização, os SRTs devem funcionar conjuntamente aos Centros de Atenção Psicossocial, para atender aos objetivos reabilitatórios, conforme enfatizado pelo Ministério da Saúde (2004c):

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c)

Existem dois tipos de SRTs, voltados a populações distintas. Os SRTs I são o tipo mais comum de residências. Visam a oferecer suporte para a inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação). Segundo a diretriz oficial, o acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c). Neste tipo de residência, devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. O seu funcionamento exige apenas a ajuda de um cuidador, que pode ser qualquer pessoa que receba capacitação para oferecer assistência aos moradores: um trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição ou até um funcionário do SRT, que pode ser um trabalhador doméstico, de carteira assinada, pago com recursos do Programa De Volta Para Casa. Já os SRTs II têm um caráter mais definitivo, já que são voltados para uma população institucionalizada, egressos de internações psiquiátricas de longo prazo, que acabaram por perder o contato com os familiares. Neste caso, o suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e também na inserção dos moradores na rede social existente. Dadas as demandas deste tipo de clientela, carente de cuidados intensivos, os SRTs II contam com monitoramento técnico diário e pessoal, havendo um auxiliar permanente na residência. Em função de tais especificidades, estas moradias podem variar em relação ao número de moradores e ao financiamento recebido, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c).

Em relação ao funcionamento cotidiano dos SRTs, é necessário atentar ao risco de que eles perpetuem um modo de funcionar similar à rotina manicomial, conforme apontou estudo qualitativo, conduzido por Frichembruder (2009). A autora avaliou a narrativa de cuidadores, gestores, usuários e vizinhos sobre a vida nas residências terapêuticas, destacando o excessivo controle dos cuidadores responsáveis por auxiliar no funcionamento cotidiano das residências, em relação ao comportamento dos residentes. A autora alerta ao risco de que tal controle interfira sobre um dos pilares do objetivo reabilitatório, justamente a conquista da autonomia dos moradores.

O número de SRTs existente está muito aquém da demanda. Em 2006, para um universo estimado em 14 mil potenciais beneficiários, segundo avaliação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, havia aproximadamente 10% destes inseridos em SRTs (FURTADO, 2006). Não apenas a oferta de SRTs ainda está aquém da

demanda existente, como a distribuição pelo país, dos SRTs existentes, também é bastante desigual, concentrando-se, a grande maioria, na região sudeste do país. Atualmente existem no Brasil, 574 SRTs em funcionamento e 152 unidades em implantação, segundo dados do Ministério da Saúde (2010). Trata-se de um número ainda baixo para cobrir a demanda nacional. Entre os fatores que dificultam a expansão desses serviços, estão os mecanismos insuficientes de financiamento do custeio, as dificuldades políticas relacionadas à desinstitucionalização, a baixa articulação entre o programa de SRTs e a política habitacional dos estados e do país, as resistências locais ao processo de reintegração social e familiar de pacientes psiquiátricos e a fragilidade de programas de formação continuada de equipes para serviços de moradia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Estudos nacionais avaliando a eficácia das residências terapêuticas para a recuperação de dependentes químicos ainda são escassos, restringindo-se, em geral, a estudos de caso (REIS & LARANJEIRA, 2008).

5.2.4 Percursos Terapêuticos Prévios

À exceção de dois dos participantes do estudo, que passavam pelo primeiro episódio de tratamento para a dependência química, todos os demais possuíam histórico de tratamentos prévios à moradia na Casa, em geral em comunidades terapêuticas. Os relatos do grupo sobre estes dispositivos de tratamento eram carregados de muita intensidade, revelando experiências terapêuticas no mínimo conflituosas:

“Tudo o que se fala é encarado como uma justificativa para sair. (...) ‘O único direito que se tem lá é respirar e suspirar’” (Espanhol, 32 anos)

“ ‘Quando você usava drogas, você nem tomava banho... Agora quer sabonete!’ ” (Carlos, 36 anos, contando o que ouvira de um monitor, durante uma internação em uma comunidade terapêutica, quando solicitou um sabonete para tomar banho.)

“Nunca se tem escolha lá. Só sua doença está agindo!” (Breno, 23 anos)

“A maioria das clínicas não tem [apoio psicossocial]. Paga-se uma nota e... ‘depois você vê isso...’ ”. (Noronha, 33 anos, referindo-se ao suporte para encaminhar questões sociais e de saúde, como documentação, dentista, questões trabalhistas, entre outras.)

“Nossa comida era feita com restos de alimento, alimento vencido. Quando era o meu dia de cozinhar, eu me recusava: ‘Não vou cozinhar com isso! Não dá para servir isso!’ ” (Daniel, 34 anos)

“Tinha dono de clínica que recaía, sumia meses. Depois voltava dizendo que estava viajando, que tinha ido pra Patagônia! Tudo mentira!” (Espanhol, 32 anos)

“Na verdade, virou uma confusão lá. Todo mundo recaiu. O dono recaiu lá. Eu fiquei sozinho lá um tempo. Não deu certo. O lugar fechou. Eu comecei a conhecer tudo e já me atribuíram um monte de coisas.” (Carlos, 36 anos)

Quando lhes pergunto sobre o posicionamento dos familiares, à época das internações, diante das queixas relatadas, a resposta vem certa e preocupante:

“Donos de clínicas gananciosos e famílias desesperadas combinam muito bem.” (Espanhol, 32 anos)

Alguns, contudo, procuram relativizar as experiências tidas nas comunidades terapêuticas, fazendo referência a uma incompatibilidade de linha de tratamento:

“Não era a linha de tratamento que eu precisava naquele momento.” (Breno, 23 anos)

“Eu precisava de uma internação sim. Mas não do sistema que eles têm lá.” (Noronha, 33 anos)

As queixas em relação a algumas das comunidades terapêuticas pelas quais eles já haviam passado estendiam-se por diversos âmbitos, mas, em resumo, pareciam ancorar-se em pelo menos dois pilares centrais: o quanto se sentiam desrespeitados nestes ambientes, como seres humanos, frente ao que descreviam como abuso de poder e negligência; e, por consequência, o quanto sentiam que não podiam confiar nas pessoas que supostamente deveriam cuidar de seus tratamentos.

Estes foram justamente os pilares que enfatizaram em relação ao tratamento na Casa: a honestidade da coordenadora (nela podiam confiar...) e o quanto se sentiam respeitados naquele ambiente, sobretudo pela maneira como ela os tratava, atribuindo-lhes inclusive responsabilidades relativas ao funcionamento da organização. Vejamos algumas falas relacionadas à experiência de moradia-tratamento na Casa:

“Este tratamento está sendo diferente de todos os outros. O fato de eu estar em contato com a realidade... a Patrícia me ajudou muito. Inventário diário... ela lendo e me dando feedbacks.”
(Carlos, 36 anos)

“O que eu estou aprendendo aqui não tem nada a ver com a rua. É uma escola aqui. Estou aprendendo, mas calado. (...) Lá fora eu só pensava em farras em geral: sexo, drogas, prostituição. Relativo a se acabar. Sempre ir pra trás, nunca crescer. Aqui eu aprendi a viver, a dar valor para as coisas materiais.” (Guerreiro, 39 anos)

“Morar aqui atende a quase todas as minhas necessidades. Eu não me vejo mais morando em casa, com meus pais.”
(Espanhol, 32 anos)

“Aqui tem convivência, respeito. O grupo é pequeno, não existe uma panela.” (Jeferson, 28 anos)

“Eu gostei do barato [de morar na Casa]. Tenho muito a ensinar e aprender aqui ainda. Aqui é um cofre. Eu estou seguro aqui. (...) Morar sozinho é tão ruim... Eu já morei. Ficar sozinho é ruim. Aqui eu posso me sentir isolado, mas ao mesmo tempo ter gente junto.” (Guerreiro, 39 anos)

“Uma esfera de clínica sem ser clínica, como vocês têm aqui, não vão encontrar em lugar nenhum.” (Daniel, 34 anos, ‘braço direito’ da coordenadora da Casa – dirigindo-se aos demais moradores)

“A Patrícia sempre fala pra gente quando vai chegar alguém novo, pra gente receber a pessoa bem, explicar como é aqui.”
(Breno, 23 anos)

“A Patrícia pra gente é referência de alguém que conseguiu se recuperar.” (Michele, 25 anos)

As reflexões propostas por Hannah Arendt sobre o discurso e ação, em seu clássico *A Condição Humana*, de 1958, ajudam a compreender a dimensão envolvida nas falas expressas, tanto sobre o bem-estar vivenciado na experiência terapêutica da Casa, quanto sobre o mal-estar enfrentado nas experiências terapêuticas prévias. É a partir do discurso e da ação, integrados, que nos distinguimos como seres humanos:

Se a ação (...) é a efetivação da condição humana de natalidade, o discurso corresponde ao fato da distinção e é a efetivação da condição humana da pluralidade, isto é, do viver como ser distinto e singular entre iguais. (ARENDR, 2008)

Contudo, para efetivamente realizar o poder que advém desta condição, é necessário que ação e discurso estejam integrados, revelando, as palavras, o agente do ato realizado:

Sem a revelação do agente no ato, a ação perde o seu caráter específico e torna-se um feito como outro qualquer. (...) Nestas circunstâncias (...) o discurso transforma-se de fato em mera 'conversa', apenas mais um meio de alcançar um fim, quer iludindo o inimigo, quer ofuscando a todos com propaganda. (...) O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades. (ARENDDT, 2008)

Pois era justamente a integração entre discurso e ação que se encontrava rompida nas experiências terapêuticas narradas, tornando-as, não apenas estereis, do ponto de vista da promoção de saúde, mas nocivas, já que potencializavam uma experiência por demais conhecida entre aqueles que desenvolveram a problemática da dependência química: o mal-estar e a impotência relacionados às mentiras manifestas. E o que é a mentira senão uma importante dissociação entre discurso e ação?

Neste caso, as palavras nada revelam; a revelação advém exclusivamente do próprio feito, e este feito, como todos os outros, não desvenda o 'quem', a identidade única e distinta do agente. (...) Desprovida de um nome, de um 'quem', a ação perde todo sentido. (ARENDDT, 2008)

Já a experiência terapêutica vivenciada na Casa, por eles descrita como singular e valiosa, caracterizava-se por contemplar a preciosa integração entre discurso e ação, preconizada por Hannah Arendt. O próprio exemplo de recuperação que viam em Patrícia, a coordenadora da Casa, parecia atribuir àquela experiência terapêutica uma credibilidade maior, explicitando, novamente, a coerência entre discurso e ação:

"A Patrícia pra gente é referência de alguém que conseguiu se recuperar." (Michele, 25 anos)

Outro fator que parece ter contribuído em muito para a vivência satisfatória na Casa, refere-se à experiência de grupalidade ali vivenciada, pois esta é uma condição fundamental para que se realize o potencial revelador do discurso e da ação, conforme enfatiza Hannah Arendt:

Esta qualidade reveladora do discurso e da ação vem à tona quando as pessoas estão com outras, isto é, no simples gozo da convivência humana. (...) Embora ninguém saiba que tipo de 'quem' revela ao se expor na ação e na palavra, é necessário que cada um esteja disposto a correr o risco da revelação. O único fator material indispensável para a geração do poder é a convivência entre os homens. Estes só retêm poder quando vivem tão próximos uns aos outros que as potencialidades da ação estão sempre presentes. (...) O que mantém unidas as pessoas depois que passa o momento fugaz da ação (...) e o que elas, por sua vez, mantêm vivo ao permanecerem unidas é o poder. Todo aquele que, por algum motivo, se isola e não participa dessa convivência, renuncia ao poder e se torna impotente, por maior que seja a sua força e por mais válidas que sejam suas razões. (ARENDDT, 2008)

Retomemos algumas falas que parecem expressar a qualidade das relações vivenciadas pelo grupo de pacientes-moradores na Casa:

“Aqui tem convivência, respeito. O grupo é pequeno, não existe uma panela.” (Jeferson, 28 anos)

“Morar aqui atende a quase todas as minhas necessidades. Eu não me vejo mais morando em casa, com meus pais.” (Espanhol, 32 anos)

“Eu gostei do barato [de morar na Casa]. Tenho muito a ensinar e aprender aqui ainda. Aqui é um cofre. Eu estou seguro aqui. (...) Morar sozinho é tão ruim... Eu já morei. Ficar sozinho é ruim. Aqui eu posso me sentir isolado, mas ao mesmo tempo ter gente junto.” (Guerreiro, 39 anos)

“Uma esfera de clínica sem ser clínica, como vocês têm aqui, não vão encontrar em lugar nenhum.” (Daniel, 34 anos, ‘braço direito’ da coordenadora da Casa – dirigindo-se aos demais moradores)

“A Patrícia sempre fala pra gente quando vai chegar alguém novo, pra gente receber a pessoa bem, explicar como é aqui.” (Breno, 23 anos)

Se é a partir da convivência em grupo que discurso e ação podem constituir-se reveladores dos sujeitos, potencializando e perpetuando o poder vivenciado, então o grupo constitui um dispositivo de primeira importância ao tratamento das adições. Vejamos um pouco mais sobre este processo.

5.2.5 A Centralidade do Dispositivo Grupal no Tratamento das Adições

Por mais que a dependência química não tenha uma origem única, alguns elementos potencialmente terapêuticos podem ser destacados, quando o objetivo é a quebra do padrão restritivo imposto pela dependência química e a potencialização de recursos de vida, no indivíduo acometido. Neste sentido, a grupalidade parece exercer um papel central. Não há meios de se romper o isolamento imposto pela dependência química mantendo-se o indivíduo isolado do convívio com outras pessoas; protegido dos desafios que a interpessoalidade impõe. A troca proveniente desta interação e o estabelecimento de vínculos significativos constituem fatores centrais ao processo de reabilitação.

Não se trata, obviamente, de qualquer tipo de agrupamento ou interação humana, mas de uma relação que possa se constituir promotora de confiança recíproca (OLIEVENSTEIN, 1991) e de intimidade. Um tipo de relação que favoreça o aprendizado, a troca e o desempenho de novos papéis sociais. A importância do dispositivo grupal no tratamento da dependência química faz-se, neste sentido, indiscutível, pois tal como nos enfatiza Rotelli (1991) “diante da instituição total que é a dependência, o único árduo percurso é a criação de múltiplas trocas”. Tal concepção emergiu entre os participantes por meio de falas diversas, relacionadas à moradia na Casa e aos desejos de manter os vínculos conquistados:

“Um sozinho não dá. O outro sozinho também não vai... Mas dois juntos, já funcionam...” (Daniel, 34 anos)

“Não perder vínculos, essencialmente. Porque ao longo da minha vida, de 25 anos, fui deixando para trás os vínculos importantes. Preciso trabalhar mais essa parte aí, do coletivo, sendo mais paciente, mais tolerante, ouvindo o outro, sendo mais amorosa. (...) Mas estabelecendo um certo limite para as coisas, para não se tornar abuso. Esse é um processo que eu estou aprendendo, porque eu entrego os meus valores...” (Michele, 25 anos)

“No começo, eu não entendia porque um tinha que palpitar na vida do outro. Agora eu já entendo. Estamos juntos. Queremos o melhor para o outro.” (Jeferson, 28 anos)

“Isto é que é a vida. É estar mais presente.” (Breno, 23 anos – referindo-se à vontade de conviver mais com os sobrinhos.)

“O legal daqui é que eu tenho irmão, que eu não tive.” (Breno, 23 anos)

“Eu estou seguro aqui. (...) Morar sozinho é tão ruim... Eu já morei. Ficar sozinho é ruim. Aqui eu posso me sentir isolado, mas ao mesmo tempo ter gente junto.” (Guerreiro, 39 anos)

Rotelli (1991) inscreve no campo da cultura e da comunicação a possibilidade de fazer frente ao fascínio promovido pelas drogas, ampliando os recursos do indivíduo, para além dos circuitos químicos:

O que fazer? É óbvio: ser mais sedutores que a droga, saber desencadear circuitos de ampliação não-químicos, concorrentes. (...) Acima de tudo trabalhamos por cultura e comunicação. Quanto mais difícil for a praticabilidade dos circuitos informatizados da comunicação, mais fácil será a comunicação no curto-circuito químico. Quanto mais impraticável a transformação da identidade, mais ampla a dependência da “coisa”. (ROTELLI, 1991)

Aqui, novamente, destaca-se o caráter de saúde proposto por Canguilhem; se a possibilidade de adaptação e flexibilidade, nomeadas por Rotelli como possibilidade de “transformação da identidade”, ficam impedidas, instala-se campo fértil para a dependência química, fixando o indivíduo em posições rígidas e imutáveis; aprisionadoras de quaisquer possibilidades de transformação e crescimento. Daí a relevância da cultura e da grupalidade na promoção de novos arranjos, desafiando posições cristalizadas e adoecidas, ao proporcionar experiências de troca, de criação, de pensamento e trabalho conjunto: aprender a esperar, a considerar o outro, a abdicar da satisfação imediata, como nos lembra Maria Rita Kehl (2005).

A potência que advém das negociações necessariamente impostas pela grupalidade é um aspecto central destacado por Hannah Arendt, na medida em que se relaciona à condição humana de pluralidade:

Se o poder fosse algo mais que essa potencialidade da convivência, se pudesse ser possuído como a força ou exercido como a coação, ao invés de depender do acordo frágil e temporário de muitas vontades e intenções, a onipotência seria uma possibilidade humana concreta. Porque o poder, como a ação, é ilimitado. (...) Sua única limitação é a existência de outras pessoas, limitação que não é acidental, pois o poder humano corresponde, antes de mais nada, à condição humana de pluralidade. (ARENDR, 2008)

Neste ponto, destaco uma passagem do diário de campo em que descrevo as reflexões suscitadas a partir de uma cena vivenciada no dia. Carlos, um dos participantes do grupo, compartilha com o grupo a satisfação que vivenciara naquele final de semana, em uma festa junina, quando se percebeu conversando, “de igual para igual”, de maneira interessante, com uma pessoa que acabara de conhecer lá, e que nada tinha a ver com o universo da dependência química. Conversaram, segundo ele, sobre banalidades do cotidiano e também sobre alguma situação difícil pela qual a pessoa estava passando no trabalho. Sua satisfação foi imensa ao perceber que conseguia estabelecer uma conversa com pessoas consideradas por ele como ‘normais’, fora do circuito dos grupos de ajuda mútua ou das clínicas de tratamento para dependência química. A partir desta cena, pude dimensionar um pouco mais a extensão das dificuldades enfrentadas por aqueles que permaneceram anos a fio fechados no circuito da dependência química. O isolamento em que permanecem, para ser rompido, requer necessariamente o convívio social com outras pessoas e grupos, para além do circuito drogas/tratamento, conforme destaco na passagem a seguir, extraída do diário de campo:

Penso sobre a importância de conseguir transpor os grupos de pertencimento da DQ; transitar por outros lugares e pessoas, e perceber pontos de convergência, afinidades outras, para além da problemática relacionada ao uso das drogas.

Importância da fala de Carlos ao se dar conta, na festa junina, de que estava compartilhando algo com um ‘companheiro’ que não era do NA. Como é importante descobrir: 1. que lhes é possível encontrar, fora do circuito drogas/adictos, pessoas com quem consigam trocar: experiências, cumplicidades, afetos, dúvidas, diversões, dores. 2. Descobrir que as ditas pessoas ‘normais’ também têm problemas, e lidam com eles com dificuldades; porque problema é problema... É difícil para qualquer um.” (Diário de campo – Agosto de 2008)

Esta simples passagem do cotidiano, vivenciada por Carlos, parece um bom exemplo sobre a magnitude das dificuldades enfrentadas por aqueles que se propõem a romper o isolamento produzido pela dependência química. Um dos pontos de ruptura que a dependência ocasiona é justamente a possibilidade de inscrição no coletivo. Recorro aqui à idéia preciosa proposta por Simone Weil, em 1943, sobre o enraizamento como fator primordial à condição humana:

O enraizamento talvez seja a necessidade mais importante e mais desconhecida da alma humana. É uma das mais difíceis de definir. O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro. (Weil, 1979)

Ora, se é a partir da “participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade” que o enraizamento humano se dá, então a ruptura gerada pela dependência química acarreta um preço por demais alto à subjetividade da pessoa acometida por esta condição, ao lhe apartar justamente de sua inscrição primordial. Lembremos aqui que a participação na coletividade, de que nos fala Simone Weil, pressupõe necessariamente aprendizados e trocas, portanto, aberturas. Trata-se de uma participação em muito diversa daquela observada no circuito da dependência química, marcada pelo isolamento e pela impossibilidade de se estabelecer trocas criativas, seja com o ambiente, seja com as pessoas, ainda que se esteja em grupo, como frequentemente ocorre.

Retomemos a confluência existente entre subjetividade e cultura. É somente na estreita relação com a cultura que o processo de subjetivação se dá, conforme destaca Rolnik (1997b):

(...) quando uma dobra se faz e, junto com ela, a criação de um mundo, não é apenas um perfil subjetivo que se delineia, mas também e indissociavelmente, um perfil cultural. Não há subjetividade sem uma cartografia cultural que lhe sirva de guia; e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil (ROLNIK, 1997b)

Considerando-se algumas das características hegemônicas na cultura contemporânea – a ênfase no individualismo, no hedonismo, no consumo, no imperativo ao gozo – torna-se fácil imaginar as repercussões sobre os modos de subjetivação, na atualidade. A reflexão sobre tal relação será aprofundada adiante, em capítulo específico, por constituir-se relevante ao entendimento das adições como um sintoma social da contemporaneidade, transpondo o plano de uma problemática individual.

Retornando à reflexão sobre o que se constitui terapêutico no campo das adições, destaca-se a recusa a uma postura condenatória; uma renúncia tão importante, quanto difícil, já que falamos de um campo notadamente marcado por transgressões e marginalidade. Conforme alerta Olievenstein (1991), é fundamental eliminar do ambiente terapêutico o medo do policiamento e do julgamento moral, reafirmando, a partir do estabelecimento de uma relação de confiança e segurança, tratar-se, o ambiente terapêutico, de um lugar para pessoas e não um lugar de controle social. Nesta afirmação está contida outra concepção central ao deslocamento do dependente químico de seu aprisionamento: se o lugar terapêutico é um lugar “para as pessoas”, isto

implica em abdicar de quaisquer posições pré-estabelecidas acerca do que seja certo ou errado, esperado ou temido, normal ou patológico, aceitando-se as singularidades emergentes, com suas múltiplas realidades. A postura, neste caso, é de afirmação diante da multiplicidade possível, legitimando-a.

Neste momento, lembro-me de uma passagem de um dos diários de campo, em que eu refletia sobre a tarefa difícil de abdicar do julgamento e da culpa, trocando a tendência a explicar e a condenar, por uma postura mais flexível, pautada no estranhamento e na problematização. Eu inicio esta passagem do diário de campo motivada pelo meu próprio desânimo e culpa diante da sensação de que eu não estava trabalhando na pesquisa da maneira como deveria:

“Se há lacunas – e sempre haverá – então o foco pode ser melhorá-las; ocupar-me delas para que não prejudiquem o que está em curso. E não me culpar pelo fato de existirem; perdendo tempo e energia com uma obviedade: as dificuldades, as lacunas, existem e afetam o que está por vir e aquilo que já veio. É uma mudança de palavra (e de atitude) que faz toda a diferença, como tão sabiamente nos contou Adriana em seu livro sobre as crianças de classes especiais¹: “Ele provavelmente abandonou a brincadeira porque não conseguiu acompanhar a velocidade dos outros.” Um sentido muito diferente de “Ele abandonou a brincadeira e não conseguiu acompanhar os outros”. A relação de causa-efeito estabelecida na primeira frase gera falsos problemas que nos capturam a todo instante: ele deveria ter sido mais rápido para acompanhar os outros; ele não poderia ter escolhido sair da brincadeira só porque não acompanhou o ritmo dos outros... e por aí vai, sem fim. Todos problemas que pressupõem um jeito mais adequado de funcionar, supostamente melhor ou certo. Melhor para quê? Ou para quem? De qual ponto de vista? O problema deste tipo de pensamento é que ele transita sempre pelo campo do julgamento, gerando culpa e nos fazendo sentir aquém do que ‘poderíamos’, inadequados e incapazes. Não se trata de discutir o objeto em si, sempre variável e mutante, mas de discutir ações concretas diante de qualquer situação vivenciada. Importa discutir a atitude, o posicionamento. O jogo de forças e de relações presentes numa dada situação.” (Diário de Campo – Setembro de 2008)

Ao propósito de propiciar aberturas e reflexões, a problematização surge como postura fundamental, conforme nos enfatiza Machado (1994):

¹ Machado, A.M. Crianças de Classe Especial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

Problematizar seria, então, libertar o desejo de qualquer categoria, como, por exemplo, da categoria de se esse desejo deveria ou não existir. É deixá-lo existir em paz, é substituir o “porquê” pelo “e”. (...)

Problematizar, libertar o desejo de uma relação que aprisiona e que impede outros acontecimentos. Olhar as diferenças de natureza, as tendências, os devires. Não é uma atividade somente racional. Um objeto não problematiza outro objeto como se algum deles permanecesse parado. Eles se afetam mutuamente. (MACHADO, 1994)

O desafio de se conseguir manter tal postura de abertura, respeito e problematização na escuta clínica, e para além dela, é denunciado por Olievenstein, em uma proposição desafiadora:

Quando o toxicômano encontrar uma escuta que não seja somente terapêutica, uma escuta que aceite sua viagem e sua singularidade como uma verdade, talvez se possa começar um verdadeiro trabalho de prevenção. (OLIEVENSTEIN, 1991)

Tal desafio nos parece ter sido alcançado, em alguma medida, nos meses em que a Casa esteve em funcionamento. A seguir apresentamos uma síntese dos pontos que nos pareceram mais relevantes ao favorecimento de tais mudanças.

5.2.6 O processo de reabilitação psicossocial e de recuperação na Casa

A experiência de morar no ambiente protegido da Casa foi vivenciada como um momento de aprendizado específico, vinculado à possibilidade de reaprenderem a fruir a vida cotidiana:

“Hoje eu sinto prazer em fazer essas coisinhas... tomar um café legal... Eu sinto que eu mudei. Eu me fascino com a minha evolução.” (Michele, 25 anos)

“Foi muito legal o fim de semana. Participar da festa junina do pessoal da rua e perceber que eu conseguia trocar uma idéia com pessoas normais.” (Carlos, 36 anos)

Apesar de constituir um ambiente protegido, no que se refere às relações familiares, ao uso de substâncias psicoativas e a outros estímulos potencialmente estressores, a existência de conflitos e dificuldades também se fez presente no cotidiano da organização, contribuindo, em alguma medida, para os aprendizados ali obtidos. Este fato pôde ser observado com intensidade, sobretudo, em dois momentos do trabalho

de campo: quando a coordenadora viajou para o seu Estado de origem, para resolver questões pessoais, permanecendo afastada da Casa por mais de duas semanas; e quando a Casa mudou de endereço, passando a ocupar um espaço físico muito maior, que lhes possibilitou receber novos pacientes-moradores. Conjuntamente a estes dois marcos, outros episódios somaram-se, compondo momentos delicados no cotidiano da organização, marcados por muita angústia e insegurança, até culminar no momento mais difícil enfrentado pelos pacientes-moradores: o fechamento súbito da Casa.

A briga de faca

Este episódio ocorreu ainda na primeira casa antiga – aquela que era menor, mais acolhedora, e onde residia um grupo ainda pequeno de pacientes-moradores. Não presenciei esta cena. Apenas ouvi a descrição da briga dias depois, em um dos encontros em grupo.

À época deste fato, Patrícia estava afastada da Casa havia quase duas semanas, em viagem pessoal para resolver problemas particulares. Embora o cotidiano clínico da organização estivesse mantido pela presença dos técnicos (tanto os técnicos residentes na Casa, quanto os profissionais prestadores de serviço), o clima entre os moradores tornou-se cada vez mais tenso, conforme avançava o período de ausência de Patrícia, até eclodir nesta briga. As pessoas diretamente envolvidas na briga foram Guerreiro e Espanhol.

Nesta época, Guerreiro tinha 39 anos, dos quais os últimos vinte passara dependente de crack. Como ele mesmo se descreve, é um homem de poucas palavras, que não está acostumado a resolver os problemas conversando:

“Se fosse na rua, eu já tinha resolvido na porrada. Aqui não pode. (...) Para não agredir ninguém, eu saio. Me isolo. Eu tenho que ficar sozinho...” (Guerreiro, 39 anos)

Espanhol, 32 anos, era técnico em enfermagem e chegara à Casa para se livrar da dependência de medicação e de álcool. Diferente de Guerreiro, Espanhol gostava de falar. Até demais. É desta maneira que se descrevia:

“Gosto de desestruturar tudo com duas palavras. Eu não perco essa mania de dar um cutucão no outro. Mas já estou melhorando...” (Espanhol, 32 anos)

Bem, no dia da briga, estavam todos fazendo a faxina da casa. Segundo o relato de outros residentes, a maioria deles estava bastante incomodada com a postura pouco colaboradora de Espanhol, na faxina coletiva, e com seus comentários “*sarcásticos*”. Só que ninguém ali conseguiu reunir o grupo para uma conversa, durante este dia. O incômodo foi caminhando num crescente, até que Guerreiro não suportou mais e, num impulso, correu até a cozinha, sacou da gaveta a maior faca que encontrou e voou em direção a Espanhol. Na confusão geral que se armou, alguns pacientes correram para segurar Guerreiro que, segundo contaram, “*estava com uma força descomunal*”; outros, correram para ajudar Espanhol, que só conseguiu fugir da casa porque os outros mantiveram Guerreiro imobilizado.

Nesta noite, por orientação de Patrícia, via telefone, Espanhol não retornou à Casa, pernoitando em um hotel da região. Guerreiro, passada a ira, caiu em si, ficando muito arrependido e assustado com a sua reação. O clima na casa, que já não estava bom, ficou então ainda mais pesado e tenso:

“O pessoal aqui está muito hostil, todo mundo. Parece clima de cadeia. ‘Será que o cara vai voltar pra me pegar?’ E se virar moda? Brigou pega uma faca...” (Carlos - contando que não havia dormido bem nesses dias, com medo)

A mudança de casa, a chegada de novos moradores, as recaídas dos colegas

– “Mexeu muito comigo. Senti no físico, no corpo: um gosto amargo na boca, sem sal, sem açúcar, pensamentos confusos, agitado, dificuldade para dormir. Tô pesado. Tô doendo tudo. Me associa muito com a ativa: um ouvido aqui, um lá...” (Daniel, 34 anos, referindo-se à mudança para a casa nova, somada ao ingresso de novos pacientes)

– “O clima também pesava quando chegavam novos moradores na casa antiga?” (pergunta a Daniel)

– “Também, mas não tanto.” (Daniel)

À mudança de endereço, somaram-se outros fatos também relevantes para gerar as inúmeras inseguranças relatadas pelos participantes do estudo, a exemplo das recaídas de alguns dos moradores:

“Eu vejo um ir, o outro ir... Fico pensando: ‘Meu Deus, quem vai ser o próximo?’” (Breno, 23 anos)

“Se eu recair, eu me mato.” (Guerreiro, 39 anos)

“Será que eu estou mentindo para mim que estou em recuperação?” (Breno, 23 anos)

A saída de Daniel para trabalhar em um hospital-dia para dependentes químicos

Daniel, 34 anos, quatro anos em abstinência do crack, era uma das principais referências terapêuticas da Casa; braço direito de Patrícia. De todos os membros da equipe de técnicos residentes, ele era o que possuía mais experiência de trabalho com dependência química, tendo atuado em outras clínicas e moradias assistidas. Na Casa, Daniel coordenava algumas palestras sobre o Programa dos 12 passos, mantinha contato com os familiares dos pacientes-moradores e era referência direta para diversos pacientes.

O convite para trabalhar em um hospital-dia particular gerou, entre os demais pacientes-moradores, reações intensas e diversas: insegurança, curiosidade, inveja, medo. Como era trabalhar fora da Casa? Como ficariam sem Daniel? Embora fosse continuar trabalhando na Casa, já que seu trabalho no outro ambulatório seria de apenas seis horas por dia, os demais colegas vivenciavam a sua ausência temporária como um afastamento permanente:

“Quando surgiu esse trabalho para o Dani, me deu um baque: ‘Meu Deus, o dono da casa não vai estar...’ Gerou insegurança. O pessoal da casa te ouve [referindo-se a Daniel], ouve o Mateus e a Pati’. (Fala de Michele, 25 anos, que também integrava a equipe técnica, para Daniel)

“Está com medo de quê? Você convive com o pessoal o dia inteiro...” (Daniel responde para Michele)

O sentimento de insegurança, contudo, veio acompanhado também por curiosidade e admiração, já que o colega havia conseguido um convite para trabalhar em outro lugar. Vincularam esta conquista ao processo de recuperação. Esta foi a primeira vez que alguém, tão central ao cotidiano da organização, saía de lá e ‘ganhava o mundo’:

“Então, basta querer e ir atrás?” (Breno, 23 anos)

*“A recompensa do investimento na sua recuperação.”
(Michele, 25 anos)*

“E aí, o que você tem feito lá?” (Cristina, 46 anos)

O fechamento da Casa

A notícia sobre o fechamento da Casa chegou ao meu conhecimento em meados de Dezembro de 2008, durante a última ida a campo, para a finalização das entrevistas individuais. O clima tenso evidenciou-se logo que cheguei. A ordem para o fechamento da residência terapêutica havia sido dada pela coordenadora naquela mesma semana, e

a maioria dos pacientes-moradores já havia sido reencaminhada para suas casas. Neste dia, estavam presentes na Casa apenas alguns poucos integrantes da equipe técnica, também pacientes-moradores. O clima era de tensão e muita incompreensão. Estavam atônitos com o fechamento repentino da Casa, fato que se tornava ainda mais difícil dado o caráter súbito e a época do ano em que ocorrera, tão próximo às festas de final de ano – período sabidamente mais complicado para quem está em tratamento para dependência química. A maioria já havia retornado para a casa dos familiares; e os poucos que ali estavam naquele dia também teriam de deixar a Casa, embora o desejo de praticamente todos ali fosse conseguir bancar uma moradia independente da família, com amigos ou mesmo sozinho. Era nesta direção que a experiência na residência terapêutica os encaminhava.

A situação real, contudo, era bastante diferente, já que a maioria ali havia interrompido o trabalho formal para se dedicar exclusivamente ao tratamento. Assim, sem saber para onde iriam, ou como ficariam organizadas suas rotinas de vida dali por diante, o mais provável é que voltassem para a casa dos familiares. Fato mais provável, embora não o mais indicado, já que este retorno, em geral, exige um trabalho terapêutico prévio bastante intenso, envolvendo familiares e pacientes, que naquelas circunstâncias simplesmente não havia podido acontecer.

Além das questões objetivas, relacionadas à moradia e à continuidade do tratamento para a dependência química, o fechamento da organização também repercutiu em questões de natureza subjetiva, relacionadas à incompreensão sobre o que ocorrera à coordenadora da Casa, pessoa de importância central aos pacientes-moradores. Em função de sua trajetória de vida e de recuperação da dependência a coordenadora constituía um modelo de referência para as pessoas ali em recuperação. Não apenas uma referência em relação à possibilidade de recuperação, mas uma referência de relação estável e de confiança; alguém em quem podiam confiar plenamente. Neste contexto, o episódio de fechamento súbito da Casa fez cair por terra um modelo de referência que era, para muitos ali, fundamental. Somada a todas as questões operacionais, esta constituiu uma questão primordial, potencializando dúvidas e temores quanto ao futuro e quanto à possibilidade de manterem a constância dos vínculos estabelecidos e das conquistas realizadas – questão central na clínica da dependência química.

A moradia como espaço de trabalho e de tratamento

Além dos episódios relatados, a intensidade e as dificuldades do trabalho com dependência química também emergiram entre os participantes do estudo, sobretudo considerando-se que o seu ambiente de trabalho era também sua moradia e espaço de tratamento:

“Vou correr no parque, lembro que o mundo existe. Aqui, o tempo pára.” (Breno, 23 anos)

“Disciplina é algo muito solto aqui.” (Cristina, 46 anos)

*“Fiquei fora, agora preciso fazer as coisas para compensar.”
(Michele, 25 anos – após retornar de uma viagem a passeio, que fizera com a família)*

Para melhor refletirmos sobre o campo da dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação, vejamos primeiramente algumas características que cercam o mundo do trabalho na atualidade. As fragmentações e deslocamentos próprios da contemporaneidade também se fazem notar no contexto do trabalho, em detrimento da unificação e estabilidade outrora presentes. Como era de se esperar, este fenômeno também contribui para aumentar o mal-estar vivenciado na atualidade, ao fazer ruir as identidades profissionais estabelecidas, tão centrais na modernidade; fenômeno que, direta ou indiretamente, também repercute sobre a população alvo deste estudo.

5.3 TRABALHO

5.3.1 A Crise das Identidades por Claude Dubar

A temática relacionada às identidades pessoais emergiu com frequência nas discussões realizadas, tanto nos grupos, quanto nas entrevistas individuais. Conforme exposto no capítulo anterior, destacou-se a maneira como se referiam a si mesmos, a partir de falas estanques e taxativas, carregadas, muitas vezes, de um tom pejorativo. Para além da problemática relacionada à dependência química, as estratégias identitárias utilizadas pelos participantes do estudo nos pareceram se relacionar, em alguma medida, aos modos de subjetivação presentes na contemporaneidade.

A crise que marca as configurações identitárias na atualidade é inseparável da própria crise da modernidade, visível em âmbitos diversos. É sobre as relações existentes entre a crise da modernidade (social, econômica e política) e a crise das identidades que se debruça Claude Dubar (2006). Daí nossa escolha por este autor para ajudar a refletir sobre os conteúdos emergentes em campo.

Segundo o autor, a crise da modernidade resulta de mudanças em três grandes domínios da vida social: as relações de gênero e as mudanças na instituição familiar; mudanças no universo do trabalho e do emprego, bem como no processo de formação escolar; e, por fim, mudanças na esfera política, evidenciadas pelo enfraquecimento do Estado-Nação e de suas instituições reguladoras das relações sociais, repercutindo sobre os processos de subjetivação:

A mudança de normas, de modelos, de terminologia provoca uma desestabilização das referências, das denominações, dos sistemas simbólicos anteriores. Esta dimensão, mesmo quando é complexa e oculta, toca numa questão crucial: a da subjectividade, do funcionamento psíquico e das formas de individualidade, assim postas em causa. (DUBAR, 2006)

As repercussões de tais mudanças sobre o processo de socialização e de construção de vínculos sociais são notáveis: ao ameaçarem a estabilidade dos dispositivos de integração social, as mudanças visíveis na atualidade incidem diretamente sobre as relações entre o indivíduo e o social e, portanto, sobre o processo de construção das identidades pessoais. Não mais assegurado pelas instituições tradicionais, este processo passa a ser construído pelos próprios indivíduos no decurso de suas trajetórias de vida, de maneira

sempre contingente. Algumas das falas emergentes, relacionadas aos modelos familiares, apontam nesta direção, sugerindo a precariedade desta referência institucional, entre o grupo pesquisado:

“No início eu entrei determinado a fazer tudo certo. Pagar o aluguel para o meu avô, devolver o dinheiro do ponto... Mas depois veio aquela influência do meu pai: ‘Não. Você não precisa pagar. Vai fazer papel de bobo. Todos os seus primos pegam dinheiro dele...’” (Carlos, 36 anos)

“Meu avô era [uma referência importante em sua vida]. Ele era uma pessoa muito correta. Mas por outro lado, tinha uns hábitos meio estranhos. Furtava umas ferramentas... Quando fui tendo meus desvios, pensei: ‘Caramba meu! Mas qual é a diferença?’ Eu tinha um instinto natural de que aquilo não era certo... Levar vantagem não é legal. (...) A referência que eu tenho de coisa justa é o meu irmão. Ela acha que tudo tem um preço. E ele paga.” (Carlos, 36 anos)

“Sempre tivemos muita liberdade. Sair quando queria, voltar... Meus pais sempre foram muito distantes.” (Noronha, 33 anos)

“Eu fazia, ele limpava. Eu fazia os estragos, ele arrumava...” (Michele, 25 anos, referindo-se ao pai)

“Meu pai é o maior preconceituoso: ‘Esses nóias... tem que matar tudo!’ Ele esquece que tem um nóia na casa dele.” (Breno, 23 anos)

“Sempre fui muito precoce. Saía sozinha, ia a shows.” (Michele, 25 anos)

“Quem é ela para me dizer o quê? Não quer que eu faça, mas ela faz?” (Michele, 25 anos, referindo-se à mãe, que embora, fosse bastante rígida e controladora, segundo ela, nos dias em que a mãe jogava pocker, ela “bebia muito e virava do avesso; nesses dias, tudo podia... três litros de refrigerante, dormir fora de hora...”)

Não pretendemos aqui estabelecer uma relação de causa e efeito entre o funcionamento familiar e a instalação da dependência química. Seria no mínimo ingênuo e injusto atribuir à família a responsabilidade pela adição de um de seus membros, sobretudo considerando-se a complexidade envolvida na gênese da dependência química, conforme exposto no capítulo anterior. O que as falas emergentes em campo parecem de alguma maneira evidenciar é o esgarçamento dos valores sociais presentes na atualidade, fenômeno que acaba por repercutir sobre o processo de constituição das identidades.

Contudo, de que identidade falamos, se a transitoriedade talvez seja, atualmente, a única constante? Para balizar nossa reflexão sobre esta questão, recorreremos novamente a Dubar. Em sua obra *A crise das identidades: a interpretação de uma mutação* (DUBAR, 2006), o autor inicia suas considerações refletindo sobre a pertinência de utilizar no título da obra o termo 'identidade', já que sua análise conduz justamente à superação da proposição de permanência embutida neste conceito. Para refletir sobre as diversas acepções que marcaram a noção de identidade ao longo da história, Dubar distingue duas grandes correntes: essencialista e nominalista.

A partir da corrente essencialista, a identidade dos seres é aquilo que se mantém inalterado, a despeito das mudanças; o que permanece idêntico, para além da passagem do tempo. As essências são aqui qualificadas a partir de categorias que reagrupam os seres de acordo com suas essências:

O essencialismo postula que estas categorias têm uma existência real: são estas categorias que garantem a permanência dos seres, da sua mesmidade que se torna assim definida de maneira definitiva. A identidade dos seres existentes é o que faz com que permaneçam idênticos, no tempo, à sua essência.² (DUBAR, 2006)

Do ponto de vista essencialista, portanto, a alteridade fica anulada, ao pressupor uma singularidade essencial a cada ser humano, que lhe possibilita dizer quem ele é em si, somada a uma pertença igualmente essencial, herdada *a priori*, já que vinculada ao nascimento. O autor destaca a relação existente entre estas duas crenças: é somente porque se acredita que a pertença seja dada *a priori*, que se pode definir a singularidade essencial de cada um. Esta crença desdobra-se em um caminho linear e previsível: cada um se transforma de fato naquilo que é, cumprindo seu destino e permanecendo idêntico ao seu ser essencial (DUBAR, 2006). Esta parece ser a concepção prevalente entre os participantes do estudo, conforme as falas taxativas, já destacadas anteriormente: “*eu gosto de roubar*”; “*eu gosto de mentir*”; “*dependente químico tem uma facilidade para criar coisas que não estão acontecendo*”; “*desde pequeno eu mentia, roubava...*”; “*eu não crio vínculos*”; “*eu sou um cara egoísta*”; “*nunca termino nada que eu começo*”; “*não gosto de trabalhar mesmo*”.

² Grifo do autor

O confronto com tal concepção essencialista, no cotidiano clínico, torna ainda mais desafiadora a tarefa terapêutica, necessariamente ancorada na perspectiva histórica e contextual, que pressupõe a possibilidade de mudanças. Tal concepção é própria da corrente que Dubar nomeia como nominalista, pautada na proposição de que as categorias que permitem conhecer algo sobre os seres empíricos são, na realidade, modos de identificação submetidos a determinado contexto, portanto, historicamente variáveis:

(...) a identidade não é aquilo que permanece necessariamente idêntico, mas o resultado duma identificação contingente. É o resultado duma dupla operação lingüística: diferenciação e generalização. A primeira visa a definir a diferença, aquilo que faz a singularidade de alguém ou de alguma coisa em relação a uma outra coisa ou a outro alguém: a identidade é a diferença. A segunda é aquela que procura definir o ponto comum a uma classe de elementos todos diferentes dum outro mesmo: a identidade é a pertença comum. Estas duas operações estão na origem do paradoxo da identidade: aquilo que existe de único e aquilo que é partilhado.³ (DUBAR, 2006)

É nesta concepção que Dubar ancora seu ponto de vista, considerando a identidade como uma construção contingencial. O autor propõe que as configurações identitárias dão-se justamente a partir das constantes mudanças de cenário que marcam a atualidade e que necessariamente repercutem sobre as trajetórias individuais, gerando não uma identidade única, constante e a-histórica, para cada indivíduo, mas identidades complexas e cambiáveis.

É a partir desta concepção que refletimos sobre as influências familiares na constituição identitária do dependente químico: não como influências determinantes e únicas nesta formação, mas como influências contingenciais; uma dentre muitas e passível de reformulação, no curso do tempo e a partir de outras vivências e novos contextos:

“Hoje eu estou conseguindo ser um pouco menos egoísta e pensar, entender mais ela. A história de vida dela, o que ela já passou...” (Michele, 25 anos, referindo-se à mãe, com quem sempre tivera um relacionamento difícil.)

“Minha mãe sempre foi muito correta no trabalho. Minha mãe é uma japonesa loira, espalhafatosa. Aí eu vejo como fiquei parecida com ela.” (Michele, 25 anos)

³ Grifos do autor

“A família aprende que não pode contrariar o familiar dependente químico.” (Carlos, 36 anos)

“ ‘Você decidiu até agora. Agora quem vai decidir sou eu, e você vai ficar.’ ” (Breno, 23 anos, referindo-se à fala de seu avô, quando o internou na Casa, diante da sua recusa em permanecer lá.)

“Meus pais me passaram muitas coisas; me sentir digna... Preciso buscar essas referências que eu tenho desde sempre e que perdi. (...) O que me faz entregar meus valores nas mãos dos outros? Me desvalorizar desta maneira?” (Michele, 25 anos)

Segundo Dubar, o paradoxo envolvido na configuração da identidade (“aquilo que existe de único e aquilo que é partilhado”) só pode ser compreendido a partir do elemento que une as duas operações em jogo no processo de construção identitária: a *identificação para si* e a *identificação pelo outro*. Nesta perspectiva, não há identidade sem alteridade, e ambas variam historicamente conforme o contexto de definição. A concepção nominalista destaca, portanto, *modos* de identificação que pressupõem o encontro com alteridades, no lugar de diferenças específicas e permanentes existentes entre os indivíduos e dadas *a priori*:

Existem modos de identificação, variáveis ao longo da história colectiva e da vida pessoal, afectações a categorias diversas que dependem do contexto. Estas formas de identificar são de dois tipos: as identificações atribuídas pelos outros (aquilo que eu chamo “identificações para Outro”) e as identificações reivindicadas por si próprio (“identidades para Si”). (...) É a relação entre estes dois processos de identificação que está na base da noção de formas identitárias. (DUBAR, 2006)

A diferenciação entre estes dois processos de identificação nos parece bastante relevante para considerarmos os processos terapêuticos envolvidos no trabalho com as pessoas em tratamento para a dependência química, dada a hegemonia das identificações para o outro. Boa parte do trabalho terapêutico junto a estas pessoas passa necessariamente por fortalecer, ou inaugurar, as identidades para Si, aquelas reivindicadas por eles mesmos.

Na concepção proposta por Dubar, portanto, as formas identitárias seriam sistemas de designação, historicamente variáveis, que, segundo o autor, religariam as identificações por e para o Outro – atribuídas por terceiros em um espaço social e contexto histórico específicos; e as identificações por e para Si – marcadas pela temporalidade e pelos

percursos biográficos. É no entremeio destas duas formas identitárias que se forjam as crises existenciais e as crises de identidade pessoal tão evidentes na atualidade, crises que envolvem a definição de si, tanto quanto o reconhecimento atribuído pelos outros. No campo da dependência química, esta crise evidencia-se com ainda mais força, dada a intensidade das experiências e rupturas vivenciadas nas trajetórias biográficas.

Segundo o autor, está em curso, na atualidade, um movimento histórico de transição de um modo específico de identificação, pautado na forma identitária comunitária, para outro, descrito como forma societária. Vejamos o que isto significa e as implicações desta transição para a população pesquisada.

A forma comunitária de identificação relaciona-se à compreensão essencialista e parte do princípio de que cada indivíduo possui uma fonte essencial de identidade, advinda do grupo de pertença social a que está vinculado. Tais grupos são considerados primordiais, imutáveis ou pelo menos vitais à existência individual. As formas comunitárias correspondem a uma das mais antigas formas identitárias, segundo Dubar, e supõem a crença na existência de comunidades, como “sistemas de lugares e de nomes predeterminados aos indivíduos que se reproduzem de forma idêntica através das gerações” (DUBAR, 2006).

Já as formas societárias, consideradas pelo autor como mais recentes e ainda em emergência, pressupõem a existência de “coletivos múltiplos, variáveis, efêmeros, aos quais os indivíduos aderem durante períodos limitados e que lhes fornecem as fontes de identificação que eles gerem de maneira diversa e provisória” (DUBAR, 2006). Neste enfoque, portanto, as pertenças podem ser múltiplas e mutantes ao longo do decurso da vida:

É a crença na identidade pessoal que condiciona as formas de identificação societária aos diversos grupos (familiares, profissionais, religiosos, políticos) considerados como resultantes de escolhas pessoais e não como atribuições herdadas. (DUBAR, 2006)

As identificações de tipo societário podem produzir tanto identidades para Si, quanto identidades para o Outro, não necessariamente convergentes. Já na forma comunitária de identificação, o indivíduo em geral assume para si a identidade gerada a partir do seu grupo de pertencimento, fazendo convergir as duas identificações.

Vale destacar que o foco da atenção está em discriminar categorias de identificação, que podem ser exclusivamente externas (para o Outro) ou igualmente internas (para Si); estar circunscritas a um domínio particular de relações sociais ou relacionar-se a todos os aspectos da vida reconduzidos a uma pertença principal (DUBAR, 2006). Na dimensão da identificação para Si, está em jogo, sobretudo, formas espaciais de relações sociais, conforme descreve o autor, originando um eixo relacional. Já nas identificações para o Outro, observamos formas de temporalidade, pautadas em um eixo biográfico. É da relação entre estes dois eixos que advém o que Dubar nomeia por *formas identitárias*, enquanto “formas sociais de identificação dos indivíduos na relação com os outros e ao longo duma vida”.

A partir destes dois eixos centrais, Dubar identifica quatro configurações identitárias possíveis, que são combinadas de diferentes maneiras, conforme o contexto e a época: as formas identitárias nominais (culturais), as estatutárias (profissionais), as reflexivas (ideológicas) e as narrativas (singulares). Vale destacar que não existe a predominância de uma forma identitária sobre as outras, inclusive porque tais configurações variam conforme o contexto histórico e cultural:

Da forma comunitária do Nós, que modela completamente um Eu definido pela sua genealogia e os seus traços culturais (à qual chamei forma “cultural”), à forma societária, que une Nós contingentes e dependentes das identificações estratégicas a Eu perseguindo seus objetivos de sucesso econômico e de realização pessoal (à qual chamei forma “narrativa”), encontrei, durante este périplo, duas formas intermediárias particularmente interessantes: a aliança dum Nós comunitário e duma forma de Eu ao mesmo tempo íntimo e voltada para o “interior” (à qual chamei forma “reflexiva”) e a combinação dum Nós societário, de tipo estatal, burocrático, institucional e duma estrutura do Eu de tipo estratégico orientado para o “exterior” (à qual chamei forma “estatutária”)⁴. (DUBAR, 2006)

No campo da dependência química, a identificação estatutária é a que parece ficar mais prejudicada, na medida em que ela se define a partir de categorias de identificação nas diversas esferas da vida social, pressupondo integração a diversas instituições (família, escola, grupos profissionais, Estado). “É uma identidade que implica um “Eu socializado”

⁴ Grifos do autor

pelo desempenho de papéis” (DUBAR, 2006). Considerando o aprisionamento decorrente da condição de dependência química, o desempenho de múltiplos papéis sociais no decurso da trajetória de vida fica por vezes impossibilitado, ocasionando prejuízos visíveis ao desenvolvimento de um Eu plural, característico da contemporaneidade e constituído, sobretudo, a partir das identificações de tipo estatutário.

O desenvolvimento da forma de identidade reflexiva também fica comprometido no campo da dependência química, sobretudo entre aqueles que encontram nas Irmandades dos Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos o seu grupo primordial de socialização e pertencimento, por vezes exclusivo. A cena descrita anteriormente, em que o paciente revela o bem-estar que vivenciou por conseguir conversar com uma pessoa que ele considerava ‘normal’, em uma festa junina, ilustra o fenômeno a que estamos nos referindo. Os riscos vinculados à identificação com os grupos de ajuda mútua, enquanto grupos hegemônicos de pertença social, evidenciam-se quando consideramos que o desenvolvimento de uma consciência reflexiva compreende justamente a vinculação pessoal a um projeto que tenha um significado subjetivo e que leve à identificação do sujeito a uma associação de pares, compartilhando um mesmo projeto. No caso das referidas irmandades, o projeto que está em jogo, agregando os pares, ancora-se na doença, ainda que pelo revés desta condição: a ênfase na manutenção da abstinência, “só por hoje”. Não é o intuito aqui deslegitimar o potencial terapêutico efetivamente presente nos grupos de ajuda mútua, mas apenas atentar ao caráter nocivo que pode decorrer de certa maneira de se vincular a tais grupos, quando passam a se tornar hegemônicos nas relações sociais estabelecidas pelo indivíduo, adentrando, para além do enfoque terapêutico, o campo da ideologia.

Em relação às perspectivas clínicas, o norte do trabalho da reabilitação psicossocial com as pessoas em tratamento para a dependência química deve focalizar a construção ou o fortalecimento das formas identitárias narrativas, considerando-se justamente o caráter estruturante e crítico – e por isto potencialmente libertador – relacionados a tal configuração identitária, conforme destaca Dubar (2006):

A forma “biográfica para si” é aquela que implica o questionamento das identidades atribuídas e um projecto de vida com longevidade. É “esta história que cada um conta a si próprio sobre aquilo que ele é”, esse Si narrativo que cada um tem necessidade de ver reconhecido não só pelos “Outros significativos” mas também pelos “Outros generalizados”. É um indício duma busca de autenticidade, um processo biográfico

*que se faz acompanhar de crises. É a continuação dum Eu projectado nas pertenças sucessivas, perturbado pelas mudanças exteriores, abalado pelas vicissitudes da existência.*⁵ (DUBAR, 2006)

Entre o grupo pesquisado, esta identidade narrativa encontrava-se bastante depreciada, dada a hegemonia da doença sobre quaisquer outros fatos biográficos – não apenas o adoecimento ocasionado pela instalação da dependência química, mas quaisquer quadros clínicos diagnosticados ao longo de suas trajetórias de vida, conforme evidenciado anteriormente, a partir das falas sobre os prazeres relacionados a roubos e a mentiras, bem como sobre as dificuldades de relacionamento.

Contudo, conforme avançou o tempo de tratamento na Casa, foi notável a mudança significativa no conteúdo das falas emergentes, não mais pautadas pelas impossibilidades e pela identificação com as transgressões sociais, mas ancoradas na possibilidade de mudanças e no prazer decorrente das novas vivências e aprendizados obtidos na Casa:

“Muda pra caramba! Meu vizinho é vendedor da Editora Atlas. Ele nunca cogitou falar de emprego comigo. Agora ele já falou: ‘Quando você sair daqui, se você quiser...’ Muda do preto e branco para o colorido!”. (Jeferson, 28 anos)

“Faz tempo que eu não tinha contato com outras coisas. Ver como está a minha cabeça em relação a trabalho, outros assuntos.” (Daniel, 34 anos)

“Não precisar mais ficar com menina que eu não gosto. E sempre tem umas carentes. Eu sei. Também sou.” (Breno, 23 anos)

“Não é que eu não sentia as coisas. Sentia diferente. As coisas mais absurdas eram normais. É muito louco... Você começa a prestar atenção.” (Jeferson, 28 anos)

“Consegui ter uma visão mais saudável da vida, dormir melhor.” (Carlos, 36 anos)

“To com a maior auto-estima do caramba! Meu corpo... As gírias de rua estão sumindo. Estava só o pó. Agora não. Dá até gosto de olhar.” (Jeferson, 28 anos)

“Tudo o que eu fazia, hoje estou fazendo diferente.” (Fernando, 30 anos)

⁵ Grifo do autor

“Hoje eu falo o que penso, o que sinto... Porque eu percebi nesse processo que eu guardava para mim. Vai me fazendo mal...” (Michele, 25 anos)

“Comecei a perceber para onde canalizar minhas energias, para não me fazer mal.” (Breno, 23 anos)

“Hoje eu sinto prazer em fazer essas coisinhas... tomar um café legal... Eu sinto que eu mudei. Eu me fascino com a minha evolução. (...) Trabalhar a serviço da minha realização pessoal. Hoje eu não penso em retorno financeiro.” (Carlos, 36 anos)

“Agora eu só faço as coisas com amor. Não faço mais porque sou obrigado ou para mostrar para os outros. Por isso eu não quero arrumar um emprego que não faça sentido.” (Breno, 23 anos)

Tais falas parecem evidenciar a possibilidade de construção de outros *Si* narrativos, mais flexíveis e abertos a mudanças, ainda que às custas de dificuldade e sofrimento:

“Eu não me conformo que eu não posso beber!” (Cristina, 46 anos)

“O que está acontecendo comigo? Fiquei louca! Parei de usar a droga e fiquei louca...” (Michele, 25 anos – referindo-se aos comportamentos “obsessivos” que passou a ter em relação ao namorado)

“Chega uma hora que eu vou perdendo o fôlego, sou pego por uma crise de ansiedade.” (Breno, 23 anos)

“Eu estou passando coisas mais difíceis agora do que na adicção. Quando eu estava na adicção, tinha mulher todo dia, trabalho todo dia, droga todo dia. Era um playboyzinho.” (Guerreiro, 39 anos)

“Algumas coisas, eu estou vendo, é só paciência. Eu nunca trabalhei tanto essa virtude.” (Breno, 23 anos)

A despeito das inúmeras dificuldades emergentes no curso do processo de recuperação, é fundamental que o tratamento proporcione questionamentos sobre as identidades estabelecidas, de modo a favorecer reflexões e mudanças.

5.3.2 Trabalho na atualidade: repercussões sobre as identidades estabelecidas

Quando propomos o trabalho como um dos eixos centrais do processo de reabilitação psicossocial, é preciso lembrar que ele nunca é neutro em relação à saúde, podendo operar tanto estados de saúde e prazer, como estados de infelicidade e doença. O

potencial nocivo vinculado ao trabalho associa-se não somente às condições de trabalho (ambiente físico geral e características antropométricas do posto de trabalho), mas à organização do trabalho (divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, relações hierárquicas), com repercussões diretas sobre a saúde mental do trabalhador, conforme enfatiza Dejours (1992):

(...) a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Este trabalho, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e seus desejos psicológicos – isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada. (DEJOURS, 1992)

Ainda mais quando consideramos as características atualmente presentes no mundo do trabalho. O contexto sócio-econômico que marca o trabalho em grande parte dos países, na atualidade, tem produzido condições um tanto adversas aos indivíduos, repercutindo sobre a subjetividade dos trabalhadores. Com o advento do modo capitalista de produção, o trabalho ficou marcado por uma contradição intrínseca, ocasionada pelo desmoronamento da produção fundada no valor de troca. Assim, embora permanecendo atividade central na vida humana, o trabalho, em diversos contextos, tornou-se uma atividade aviltada e estranha para aquele que o realiza (ANTUNES, 2000). Este fato fica tanto mais potencializado diante das marcantes alterações sofridas pelo mercado de trabalho nas últimas décadas, sobretudo o crescente desemprego estrutural e a precarização das condições de trabalho – características evidentes em âmbito mundial, e não somente nas economias de países em desenvolvimento, como o Brasil (ANTUNES, 2000).

À diminuição radical do trabalho assalariado estável soma-se, como fenômeno crescente, a terceirização da mão-de-obra, cada vez mais responsável pela produção e cada vez mais precarizada em seus direitos, conforme enfatiza Antunes (1999):

Criou-se a necessidade imperiosa, pelos capitais, de expandir as diferentes formas de trabalhos informais, dos trabalhos terceirizados, dos trabalhos precarizados. (...) Por um lado, um núcleo central mínimo se preserva, que é o núcleo mais qualificado, polivalente, multifuncional. Depois tem os vários núcleos terceirizados. (ANTUNES, 1999)

Na discussão sobre a precarização das condições de trabalho na atualidade, todos os participantes do estudo identificaram, em suas trajetórias profissionais, situações de trabalho consideradas aviltantes. Os exemplos abrangeram distintas áreas de trabalho, envolvendo vendas em *shopping center*, trabalho em instituição particular de ensino, em órgão público, em fábrica de calçados, na construção civil. As situações relatadas também eram diversificadas quanto aos direitos infringidos: demissão por participação em greve; ausência de registro em carteira; desrespeito ao contrato de trabalho (carga horária, corte na comissão das vendas):

“Eu tinha hora para entrar, mas nunca para sair...” (Michele, 25 anos – referindo-se ao trabalho na área de produção de eventos)

“Eu nunca mais tive registro e definições.” (Guerreiro, 39 anos – referindo-se aos trabalhos que exerceu posteriormente ao desenvolvimento da dependência química)

“É um abuso o que acontece nessa área, uma exploração. Uma barganha total.” (Carlos, 36 anos – referindo-se às condições de trabalho na área de vendas)

“Era R\$ 30,00 por dia, o almoço e nada mais.” (Jeferson, 28 anos – referindo-se ao trabalho de motoboy)

“Para efeito de aposentadoria, de INSS, você não existe.” (Cristina, 46 anos – explicando para os outros participantes sobre as repercussões relacionadas ao trabalho informal, para efeito de aposentadoria.)

À terceirização soma-se também o aumento do trabalho sem registro em carteira e do trabalho como autônomo. Dados provenientes do IBGE indicavam, no final da década de 90, uma redução significativa de trabalhadores na indústria, em contrapartida ao aumento substancial do número de pessoas trabalhando nos setores de prestação de serviços e de comércio. Simultaneamente, já se delineava a redução significativa de trabalhadores com carteira assinada e o aumento do número de pessoas trabalhando sem registro em carteira e por conta própria (IBGE, 2005). Este fato contribui sobremaneira para aumentar a fragilidade dos vínculos sociais, característica marcante na atualidade, tal como destaca Sennett (1999). Citando o sociólogo Mark Granovetter, o autor destaca a fragilidade dos vínculos que caracterizam as instituições modernas: *“as redes institucionais modernas se caracterizam pela “força de laços fracos”*”.

Segundo Sennett (1999), o rompimento da noção de longo prazo, na atualidade,

somada ao desejo de retorno rápido, à estruturação das organizações em redes – mais planas e flexíveis – ao invés das antigas hierarquias piramidais – mais estáveis e difíceis se serem decompostas ou redefinidas – repercutiu diretamente sobre a possibilidade de se estabelecer confiança, atributo relacionado às relações informais e duradouras, conforme destaca o autor:

“Não há longo prazo” é um princípio que corrói a confiança, a lealdade e o compromisso mútuo. (...) Esses laços sociais levam tempo para surgir, enraizando-se devagar nas fendas e brechas das instituições. O esquema de curto prazo das instituições modernas limita o amadurecimento da confiança informal. (...) Os laços fortes, em contraste, dependem da associação a longo prazo. E, mais pessoalmente, da disposição de estabelecer compromissos com outros. (SENNETT, 1999)

Sobre os efeitos de tal panorama, na subjetividade dos trabalhadores, o autor destaca:

Como pode um ser humano desenvolver uma narrativa de identidade e história de vida numa sociedade composta de episódios e fragmentos? As condições da nova economia alimentam, ao contrário, a experiência com a deriva no tempo, de lugar em lugar, de emprego em emprego. (...) o capitalismo de curto prazo corrói o caráter (...), sobretudo aquelas qualidades de caráter que ligam os seres humanos uns aos outros, e dão a cada um deles um senso de identidade sustentável. (SENNETT, 1999)

Entre os participantes do estudo, esta dimensão relacionada à fragilidade dos vínculos sociais e à ruptura da noção de longo prazo apareceu bastante potencializada, conforme evidenciam as falas taxativas sobre si mesmo, expostas anteriormente – “*Eu não crio vínculos.*”; “*Eu sou um cara egoísta.*”; “*Eu não termino nada do que eu começo*”; “*Eu na gosto de trabalhar*”.

Contudo, outras falas evidenciavam prazer e competência nas atividades profissionais exercidas, a despeito das condições precárias de trabalho e das auto-percepções pejorativas:

“Adorava o trabalho lá. Era profissional mesmo.” (Carlos, 36 anos)

“Apesar de ser bem loucona, eu me desempenhava bem. Trabalhava bem. Sempre fui pró-ativa. Era nova, sempre tinha uma postura firme, pró-ativa.” (Michele, 25 anos)

Tal contradição parece convergir com a fragilidade e fluidez das experiências na contemporaneidade, como se o registro deixado por tais experiências satisfatórias não fosse forte o suficiente para influenciar outras construções, esvaindo-se rapidamente.

Isto nos ajuda a dimensionar a complexidade do trabalho reabilitatório, pois são necessárias intervenções que se estendam no tempo, auxiliando a pessoa na construção de um projeto de vida, vinculado à constituição de sua identidade ocupacional, e não simplesmente ao desempenho de uma tarefa. Se o objetivo é favorecer a autonomia da pessoa em tratamento para a dependência química, torna-se imprescindível que a intervenção em reabilitação profissional considere o trabalho, não como terapêutica laboral, mas em sua dimensão emancipatória; como possibilidade de construção do mundo e da subjetividade humana, conforme descreve Ribeiro (2004):

(...) o trabalho tem que ser (...) um espaço intermediário entre a esfera social e a esfera subjetiva, que permita a construção de uma identidade, que faça com que o sujeito se conheça e seja reconhecido através dessa identidade e que não seja apenas algo para o indivíduo se ocupar (fazer), mas sim algo para o indivíduo professar como parte constituinte de si (ser ao fazer).
(RIBEIRO, 2004)

Focalizar, portanto, o retorno a uma atividade formal de trabalho não garante, necessariamente, o objetivo reabilitatório, já que o exercício da atividade profissional por si só pode não favorecer a emancipação do sujeito. Neste sentido, as considerações feitas por Catão (2001), sobre o trabalho reabilitatório disponibilizado a detentos no sistema carcerário, são bastante pertinentes, ajudando-nos a esclarecer este ponto de vista:

Considera-se positiva a iniciativa de tais programas, porém é importante que se questionem as bases, a concepção de trabalho na qual se fundamentam e como estão articuladas as representações sociais do Projeto de Vida produzidas por esses indivíduos detentos, excluídos sociais em espaços de reclusão. É importante que se reflita que os programas de trabalho passam, mas os projetos de vida ficam, são entidades orientadoras, permanentes na vida dos indivíduos. (CATÃO, 2001)

Este fato parece convergir com um dado emergente em campo, que nos chamou atenção, a despeito do panorama relacionado ao desemprego estrutural: boa parte das dificuldades relatadas pelos participantes não estava em dar o primeiro passo em

direção à conquista de um emprego, mas em manter o posto de trabalho conquistado. Na contramão do cenário atual, tanto do mundo do trabalho, quanto dos programas de reabilitação vocacional praticados internacionalmente, destacou-se a facilidade com que referiram conseguir empregos:

“Como eu sempre trabalhei, o trabalho para mim, não vejo como um bicho de sete cabeças. Vou trabalhar no que aparecer, para ganhar dinheiro e ajudar em casa. O viver sem a droga é que era o bicho de sete cabeças.” (Jeferson, 28 anos)

“Se eu hoje fizer alguns contatos, eu arrumo emprego. Nos pequenos períodos de abstinência, já arrumava emprego.” (Michele, 25 anos)

“Eu nunca tive dificuldade para conseguir trabalho, nem para me destacar onde eu trabalhava. O problema era depois. Era conseguir manter o que eu conquistava.” (Carlos, 36 anos)

Uma hipótese para tentar compreender tal fato relaciona-se ao tipo de atividade exercida, juntamente ao histórico profissional e à faixa etária de quem fala. Tanto Michele, como Jefferson, são pessoas jovens. As experiências de trabalho de Michele sempre haviam sido na área de comunicação e de vendas e a maioria de seus empregos resultava, direta ou indiretamente, de contatos pessoais relacionados à sua mãe. Carlos (36 anos), embora já não pertencesse a uma faixa etária considerada jovem para o mercado de trabalho, possuía em seu histórico profissional atividades de trabalho relacionadas à área de vendas, em lojas de shopping, em empresa de telefonia celular, e mesmo em seu próprio comércio, na área de alimentação. Já o histórico de trabalho de Jeferson, caracterizado por um perfil mais abrangente de atividades, que exigia menor grau de especialização (*motoboy*, ajudante geral, ajudante de pedreiro, *office boy*), também parece ter contribuído para a sua vivência pessoal sobre a facilidade de arrumar empregos. Inclusive porque ele sempre esteve disposto a trabalhar *“no que aparecesse, para ganhar dinheiro e ajudar em casa”*.

A fala emitida por outra participante do estudo, no entanto, – professora universitária, com um alto grau de qualificação e com uma idade considerada mais avançada para o mercado de trabalho – é convergente com o panorama que caracteriza o mundo do trabalho na atualidade:

“Essa é uma crise muito clara: a dificuldade de voltar para o mercado de trabalho.” (Cristina, 46 anos)

Não apenas seu campo de atuação é outro, como também sua faixa etária. Após desenvolver dependência de álcool, secundária a um quadro de transtorno bipolar, diagnosticado aos seus trinta e sete anos, Cristina afastou-se do trabalho por licença saúde e, à época da pesquisa, estava dando entrada na documentação para aposentar-se por invalidez, pois havia desenvolvido fobia à sala de aula: não conseguia, nem queria mais lecionar. A despeito de sua condição clínica, sabemos a influência que o fator idade pode exercer sobre a subjetividade do trabalhador, como decorrência do estigma de que passa a ser alvo, em uma estrutura que preza a juventude, o imediatismo e uma suposta flexibilidade vinculada à juventude. A este respeito, esclarece Sennett (1999):

Se a negação da experiência fosse simplesmente um preconceito imposto, nós de meia-idade, seríamos simplesmente vítimas do culto institucional da juventude. Mas a apreensão com o tempo está gravada mais fundo em nós. A passagem dos anos parece esvaziar-nos. Nossa experiência parece uma citação vergonhosa. Essas convicções põem em risco nosso senso de valor pessoal, mais pela inexorável passagem do tempo do que pela decisão de jogar. (SENNETT, 1999)

A dificuldade em manter os empregos adquiridos foi consensual entre os participantes, revelando aspectos tanto de natureza interpessoal – a exemplo de lidar com as demandas de um chefe autoritário, arbitrário – quanto intrapessoal – questões relacionadas a poder, a dificuldades em assumir responsabilidades, em lidar com ambientes de trabalho considerados estressantes; ou ainda, dificuldades relacionadas às condições de trabalho – excesso de trabalho, ausência de um contrato de trabalho claro:

“Começava a sentir um mal-estar, já saía do emprego.” (Carlos, 36 anos)

“Não sei o que deu na minha cabeça. Eu estava cansado de trabalhar em dois empregos, correr... Pedi as contas. Me arrependi.” (Espanhol, 32 anos)

“Eu não tenho tempo para ilusão. Eu tive grandes quedas. Eu não resolvo. Eu elimino.” (Daniel, 34 anos)

“A rotina dá um certo transtorno para mim.” (Breno, 23 anos)

“Eu não gosto das coisas muito certinhas.” (Carlos, 36 anos – referindo-se à dificuldade de cumprir horários.)

“Querer passar a perna nos outros. Não comigo diretamente. Mas me decepcionou. Na área da enfermagem isso é muito declarado. É público.” (Espanhol, 32 anos)

“Começaram a perceber pelas faltas, as vendas caíram, o gás acabou. Pensei: ‘Viche eu to queimado!’ Não suportei. Fui embora. ‘Não vou mais’. Só queria sair fora de lá. Sabia que ia ser promovido, porque o supervisor tinha elogiado meu desempenho: ‘A próxima promoção é sua...’ ‘Caramba! – pensei: Eu vou pegar uma gerência e vou pisar na bola...’ ”. (Carlos, 36 anos)

“Uma amiga da faculdade me arrumou um emprego em vendas, numa empresa de informática. Saía esgotada do trabalho. O pessoal bebia bastante depois do trabalho. (...) Minha chefe foi demitida, me colocaram no lugar dela. E aí foi um rapa! Um monte de responsabilidades... Aí eu me vi numa fase: ou eu fico no trabalho, me matando aqui, não pensando em mim; ou eu paro e vou cuidar de mim.” (Michele, 25 anos)

Para nos auxiliar a refletir sobre tal fenômeno, novamente recorreremos às idéias de Sennett (1999), apresentadas em *A Corrosão do Caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Nesta obra, o autor é enfático ao revelar as repercussões que o *novo capitalismo flexível* acarreta sobre o desenvolvimento do caráter, na atualidade, ao interromper a perspectiva de longo prazo:

“O termo caráter concentra-se sobretudo no aspecto a longo prazo de nossa experiência emocional. É expresso pela lealdade e o compromisso mútuo, pela busca de metas a longo prazo, ou pela prática de adiar a satisfação em troca de um fim futuro. (...) Como decidimos o que tem valor duradouro em nós numa sociedade impaciente, que se concentra no momento imediato? Como se podem buscar metas de longo prazo numa economia dedicada ao curto prazo? Como se podem manter lealdade e compromissos mútuos em instituições que vivem se desfazendo ou sendo continuamente reprojctadas?” (SENNETT, 1999)

Se considerarmos que no campo das adições tais características encontram-se potencializadas, teremos uma idéia dos desafios em jogo no processo de reabilitação psicossocial, bem como dos mecanismos que emergem diante da ênfase no imediatismo, destituído do suporte de relações vinculares consistentes:

O distanciamento e a cooperatividade superficial são uma blindagem melhor para lidar com as atuais realidades que o comportamento baseado em valores de lealdade e serviço. (SENNETT, 1999)

Na ausência de uma narrativa pessoal que auxilie o dependente a organizar as experiências vivenciadas, temos a afirmação de valores absolutos, tais como revelados quando se referem a si mesmos ou ao que compreendem como preferências pessoais: *gosto por roubar, por mentir, por não trabalhar*. A afirmação que, no livro, a título de ilustração, Sennett faz sobre Davi – um jovem bem sucedido profissionalmente, mas confuso e carente de princípios organizadores para a vida pessoal, retrato dos tempos modernos e flexíveis – auxilia na compreensão sobre a dinâmica observada em campo, entre os participantes do estudo, ao apontar para a ausência de uma narrativa que torne compreensível a experiência pessoal:

[Davi] *Afirma valores atemporais que caracterizam quem ele é – para sempre, permanentemente, essencialmente. Tornou-se estático; está encurralado na pura e simples afirmação de valores. O que falta entre os pólos opostos de experiência de deriva e afirmação estática é uma narrativa que organize essa conduta. As narrativas (...) dão forma ao movimento adiante do tempo, sugerindo motivos pelos quais tudo acontece, mostrando suas consequências.*” (SENNETT, 1999)

A ausência de uma narrativa pessoal capaz de organizar as condutas, ligando passado ao futuro, acaba por produzir um estado de constante apreensão, acompanhado de uma crescente ansiedade. Tais estados, originados num clima de constante risco, aumentam quando as experiências passadas não servem de guia para o presente (SENNETT, 1999). Entre o grupo pesquisado, um estado permanente de ansiedade era visível, pela observação dos comportamentos e da maneira como se relacionavam, mais do que pelo conteúdo expresso verbalmente. Quando o assunto se relacionava a desejos e projetos de vida, a apreensão e ansiedade aumentavam, confrontando-lhes com a necessidade e o desafio de empreenderem novos aprendizados e mudanças.

Num momento que é de tanta fugacidade e imprevisibilidade, a existência de modelos nos quais se pautar torna-se um bem precioso, orientador de condutas, apaziguador dos constantes estados de apreensão e ansiedade, que marcam a contemporaneidade. Não parece pouco, neste contexto, ofertar um espaço que auxilie a pessoa em recuperação a resgatar seus desejos e projetos pessoais, em meio à crise de referências e valores que pauta as trajetórias pessoais e que acaba por produzir uma sensação de esvaziamento e de fracasso perigosa.

Neste sentido, o risco de fracassar não está, por vezes, na dificuldade de conquistar um

trabalho, ou mesmo de mantê-lo, de estar bem com os familiares e amigos, ou de conseguir manter-se em abstinência do uso de drogas. O grande risco está na ausência de objetivos para a vida pessoal. É a ligação com o futuro que, interrompida, potencializa a sensação de impotência e de fracasso. Neste sentido, Sennett, em referência ao trabalho de Walter Lippmann, relacionado ao período da Primeira Guerra Mundial, aponta a importância da noção de carreira para os imigrantes recém-chegados aos Estados Unidos:

O que devia orientar aquelas pessoas, separadas de sua terra, que agora tentavam criar uma nova narrativa de vida? Para Lippmann, era o exercício de uma carreira. Não fazer do próprio trabalho uma carreira, por mais modesto que fosse o conteúdo ou salário, era deixar-se cair presa do senso de falta de objetivo que constitui a mais profunda experiência de incompetência.”
(SENNETT, 1999)

Se tomarmos a ideia de carreira, tal como proposta por Sennett (1999), como uma “*estrada bem feita*”, teremos que, abrir essa estrada, era o que constituía, aos imigrantes do início do século passado, o antídoto ao fracasso pessoal, ao lhes proporcionar um objetivo no novo e desconhecido contexto de vida.

Entre o grupo pesquisado, auxiliar nesta construção revelou-se um desafio grande, frente às histórias de vida marcadas por rupturas e perdas, e principalmente pela descrença quanto às próprias perspectivas de vida e possibilidade de realizarem seus desejos pessoais.

As necessidades relatadas pelos participantes do estudo, quanto ao processo de reabilitação profissional, foram coerentes com as discussões realizadas sobre seus históricos profissionais e as dificuldades enfrentadas enquanto exerciam suas atividades ocupacionais. A reação do grupo frente a uma cena que lhes descrevo exemplifica seu posicionamento quanto a esta questão. Em um dos grupos focais, em que discutíamos a questão do trabalho, conto-lhes sobre uma cena real, narrada por uma assistente social que coordenava um grupo de inclusão social, num CAPS-ad de São Paulo.

A cena:

Após meses trabalhando com os pacientes questões relacionadas ao retorno para o mercado de trabalho (motivação para retornar ao trabalho, treinamento de habilidades para realizar entrevista de emprego, revisão do currículo...), a assistente social consegue uma entrevista de emprego para um dos pacientes do grupo,

Pergunto-lhes então o que achavam que havia acontecido. A resposta vem rápida e certa: *“Ele não foi!”*

Surpresa com a rapidez daquele acerto, pergunto-lhes qual achavam que teria sido o motivo daquela ausência. A resposta vem novamente rápida: *“É que não é isso!”*

Pergunto-lhes então o que consideravam necessário para lhes auxiliar, no campo profissional:

“O que preciso é pensar, buscar quem eu sou. Entender sobre mim.” (Carlos, 36 anos)

“O Dani quis me dar uma ajuda. Sair comigo às quatro da manhã para ir na central [de apoio ao trabalhador]. Não preciso disso.” (Breno, 23 anos)

“O trabalho é muito mais a pessoa do que o trabalho.” (Daniel, 34 anos)

Entendem que a habilidade em lidar com o trabalho não é diferente da habilidade requerida para lidar com outras áreas da vida:

“É a habilidade de reorganizar a vida inteira que está disfuncional.” (Espanhol, 32 anos)

“É eu estar fora de mim, confuso comigo mesmo.” (Carlos, 36 anos)

De acordo com o entendimento do grupo, a dificuldade enfrentada no campo ocupacional não se relacionava à oportunidade de trabalho, mas à inabilidade pessoal (emocional, psicológica) para lidar com as dificuldades da vida em geral e, por extensão, também as dificuldades emergentes no cotidiano do exercício profissional.

Quando lhes pergunto sobre a viabilidade de conciliar o trabalho com o tratamento para dependência química, a resposta vem, novamente, rápida:

“É claro que dá! Porque a gente conciliava trabalho com uso de droga...” (Noronha, 33 anos)

Diante do contexto apresentado, entendemos que se evidenciam algumas limitações do processo de reabilitação vocacional comumente praticado em âmbito internacional. Parece-nos necessário ampliar o foco deste processo para além da inclusão no mercado formal de trabalho, já que o desempenho de uma atividade ocupacional pode não contribuir, por si, para a emancipação da pessoa em tratamento. Do nosso ponto de vista, a retomada da atividade profissional apenas se constituirá parte do processo reabilitatório se estiver integrada à construção de um projeto de vida ampliado.

5.3.3 A dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação

Para refletir sobre o campo da dependência química como fonte de trabalho para quem está em recuperação, é necessário ter em mente a filosofia subjacente aos grupos de ajuda mútua, já que é neste contexto que o trabalho terapêutico de dependentes químicos com outros companheiros em tratamento para dependência química ocorre.

Conforme evidenciado no capítulo anterior, os doze passos propostos pelos Alcoólicos Anônimos prevêm um aprendizado no decurso da recuperação. No processo de ajuda a outras pessoas, o dependente químico ajuda a si próprio, confirmando sua força, reduzindo o estigma a que está submetido e adquirindo um sentimento de valor pessoal (EDWARDS et al, 1999). O bem-estar proveniente do fato de prestar auxílio ao próximo foi uma das motivações emergentes entre o grupo pesquisado para atuar na área da dependência química. A troca afetiva envolvida no ato de ajudar parecia ser a principal motivação para o desejo de trabalhar nesta área:

*“Me sinto realizada quando eu consigo ajudar alguém, dar uma palavra . (...) Tenho uma necessidade de ajudar o outro. Não sei se por culpa... Tanto tempo fiz o mal para os outros. Agora quero fazer o bem. Isto está muito forte em mim. As identificações; a idéia de que o meu problema é o do outro.”
(Michele, 25 anos)*

“Tive uma experiência muito boa com isso. Me sentia muito bem, fazendo uma coisa bacana, passando para as pessoas coisas valiosas. Senti uma coisa espiritual que me preencheu.” (Carlos, 36 anos)

*“É fascinante ver a evolução do outro... Estou encontrando aqui uma satisfação, uma recompensa que não é financeira. É diferente de todos os outros trabalhos. Primariamente é mais investimento do que lucro. É novo para mim e é gostoso.”
(Michele, 25 anos)*

A fronteira tênue entre ajudar o próximo e ajudar a si próprio também se destacou nas falas emergentes. A expectativa de que o trabalho com dependência química os mantivesse constantemente em tratamento, já que permaneceriam em contato estreito com o problema que também enfrentam. Nesta perspectiva, o trabalho com dependência química é bastante circunstancial e se relaciona ao próprio tratamento:

“O benefício é o tratamento”. (Carlos, 36 anos)

“Acho que esse trabalho vai ser bom para mim, porque eu não consigo ficar sozinho.” (Guerreiro, 39 anos)

“Me interessa muito pela parte científica da dependência química. Primeiramente conhecer um pouco para mim mesmo, para eu entender o que eu tenho.” (Espanhol, 32 anos)

Neste caso, a mudança de status advinda do fato de se tornarem referência para os colegas recém-ingressos no tratamento e o bem-estar resultante desta mudança de posição e do novo papel social adquirido também pareceram favorecer o interesse por este campo de atuação.

Entre o grupo pesquisado, o desejo de trabalhar no campo da dependência química e o desejo de trabalhar no ambiente protegido da Casa por vezes se confundiam, sugerindo o receio de sair para o mundo e enfrentar os desafios outrora vivenciados (chefe, horários, demandas familiares, competição no mercado de trabalho):

“No momento, eu não me vejo em outra atividade. Nem morando fora daqui.” (Carlos, 36 anos)

“Sabe como eu me vejo aqui? Como aprendiz. Um aprendiz. Fazendo de tudo um pouco. Admiro a Pati, me espelho nela. Me vejo meio pupilo dela.” (Michele, 25 anos)

Para alguns, o trabalho com dependência química revelou-se, não uma escolha, mas uma obrigação, como se tivessem de se dedicar a ajudar outras pessoas com a mesma problemática, por já terem passado pela situação:

“Não me resta mais nada? Agora, só porque eu parei de usar drogas, eu tenho a obrigação de tirar outros disso. Só me resta isso? ‘Você tem a mensagem, agora é com você...’”. (Daniel, 34 anos)

Contudo, nem todos que cogitavam trabalhar neste campo, desejavam exercer funções terapêuticas. Alguns ali tinham plena noção do tipo de atividade que queriam desempenhar na Casa, em geral atividades relacionadas aos seus históricos profissionais (atividades administrativas, de vendas, de marketing):

“Eu não quero trabalhar diretamente com dependência química. Num primeiro momento não. (...) Igual o trabalho que o Dani tem, eu não quero. É muito bom, é muito legal, mas para ele. Não me vejo fazendo palestra... Mas na parte administrativa sim.” (Breno, 23 anos)

Ou mesmo, a possibilidade de escolher, dentre as diversas atividades existentes no campo da dependência química, quais exercer ou não:

“Eu não acredito em remoção. Eu parei de usar a droga, cara! Eu não preciso ficar tomando soco na cara. Pára! (...) E aí fica esquisito, porque eu to indo lá ganhar uma grana, e não é isso!” (Daniel, 34 anos)

Um dos participantes, que trabalhava como técnico de enfermagem em um hospital, decidiu fazer a graduação em Psicologia, no decorrer de seu tratamento, motivado a trabalhar na área da dependência química. Até onde soubemos, chegou a iniciar esta formação, no ano de 2009. É deste paciente a seguinte fala, em que aponta o valor de sua experiência pessoal como dependente químico:

“Quem passou por isso tem uma experiência prática, vivencial, que um profissional não tem.” (Espanhol, 32 anos)

A fala de Daniel também aponta nesta direção, enfatizando, sobretudo, as possibilidades de mudança e de estabilização da doença:

“O que eu procuro passar para eles é que tem jeito. Tem jeito sabe?” (Daniel, 34 anos)

Se retomarmos brevemente a história de vida de Daniel, compreendemos a importância e a força destas palavras. À época da pesquisa, Daniel estava abstinente de crack havia quatro anos e era o braço direito de Patrícia, na coordenação clínica da Casa, atuando como uma referência terapêutica importante aos demais pacientes-moradores. Sua história de vida, contudo, havia sido marcada por momentos bastante críticos, incluindo

alguns meses de moradia na rua, a prisão no sistema carcerário por sete anos e o grave adoecimento por tuberculose, decorrente do consumo de crack e das condições precárias relacionadas à moradia nas ruas.

As discriminações presentes neste campo de trabalho também emergiram nas discussões sobre este tema, evidenciando a inexistência de contratos de trabalho regulamentando condições salariais, horário de trabalho, folgas semanais, férias. Tal ausência, contudo, era compreendida pelos técnicos-moradores da Casa como decorrente de suas dificuldades pessoais, evidenciando uma dificuldade relacionada ao ganho pelo exercício desta atividade de trabalho, conforme expresso nas diversas falas de Daniel:

“Às vezes, eu acho que ganhando não vou ter o mesmo empenho.”

“Só consegui cobrar o coordenador da outra clínica porque ia sair.”

“Eu fico meio assim de pedir pra Pati [dinheiro], e aí eu vou pedir pra minha mãe.”

Subjacente a este fato parecia estar a crença de que a atividade por eles desempenhada não se tratava de uma atividade profissional – passível, portanto, de remuneração e regulamentação trabalhista – mas de uma atividade relacionada ao próprio tratamento. Neste registro, o crescimento pessoal possibilitado pelo trabalho terapêutico com os outros pacientes-moradores parecia representar, por si só, o ganho necessário.

Contudo, em diversos momentos este equilíbrio aparente era quebrado pelas queixas e dificuldades por eles claramente mencionadas e diretamente relacionadas ao exercício cotidiano desta atividade, sem pausas ou discriminações. As queixas emergentes sobre este tema referiam-se tanto ao trabalho na Casa, quanto a experiências anteriores de trabalho, em outras comunidades terapêuticas:

“Quando eu falo com alguém de fora, eu pareço que saio um pouco. É meio como uma janela. (...) Me sinto muito bem [quando volta para casa aos finais de semana]. Isso me dá um gás tremendo. Faz muita diferença. (...) É sufocante. O negócio é sufocante.” (Breno, 23 anos)

“No sábado, eu me vi completamente perdido aqui. Ele estava completamente agressivo, confuso. (...) Pensei: ‘daqui a pouco o cara vai embora [referindo-se a outro técnico], o outro também vai embora...’ E eu me senti responsável.” (Carlos, 36 anos)

– “Como terminou a monitoria lá?” – perguntei a Carlos, referindo-me ao trabalho que ele exercera em outra clínica, onde permanecera por quatro meses.

– “Na verdade, virou uma confusão lá. Todo mundo recaiu. O dono recaiu. Eu fiquei sozinho lá um tempo. Não deu certo. O lugar fechou. Eu comecei a conhecer tudo e já me atribuíram um monte de coisas.” (Carlos)

“Tem muito diz que me diz aqui. No domingo eu fiquei mal. Fiquei insatisfeito. Já me vi julgador... Aí eu disparei meu julgamento.” (Carlos, 36 anos)

5.4 A finalização da etapa de campo: dificuldades enfrentadas

Se a entrada em campo tem a ver com os problemas de identificação, obtenção e sustentação de contatos, a saída é também um momento crucial. As relações interpessoais que desenvolvemos durante uma pesquisa não se desfazem automaticamente com a conclusão das atividades previstas. Há um “contato” informal de favores e de lealdade que não dá para ser rompido bruscamente sob pena de haver uma forte decepção dos interlocutores. Como investigadores, trabalhamos com pessoas, logo, com relações e com afeto. (MINAYO, 2008b)

O término da pesquisa foi, de fato, um momento delicado do trabalho de campo, sobretudo considerando-se especificidades concernentes à pesquisa em si, à pesquisadora e ao campo pesquisado. O caráter clínico do estudo e as idiosincrasias características da organização da Casa, somados à minha atuação como psicóloga clínica, concorreram neste sentido. Ao mesmo tempo em que era necessário finalizar a presença em campo, cumprindo o cronograma da pesquisa, estabelecido conjuntamente com os participantes do estudo, era notável que as necessidades, tanto da instituição, quanto de muitos dos participantes, não havia cessado. Ou seja, a finalização da pesquisa, consubstanciada pelo último grupo realizado, tratou de evidenciar-lhes, novamente, o caráter investigativo da minha presença em campo, religando à figura da psicóloga a presença da pesquisadora. Até o último momento do grupo, conforme expressaram a partir das falas emergentes, havia o misto de expectativa e esperança de que eu voltasse atrás quanto ao combinado estabelecido, estendendo minha permanência na organização.

Se o encerramento da pesquisa foi um momento difícil para os pacientes-moradores, é possível dimensionar o impacto que o fechamento repentino da Casa ocasionou em suas trajetórias pessoais. Tivemos notícias de alguns desfechos, nos meses subsequentes.

6. PÓS-CAMPO

6. PÓS-CAMPO (desfechos conhecidos)

Os desdobramentos ocorridos com os participantes do estudo, nos meses seguintes ao fechamento da Casa, foram acessados a partir de contatos telefônicos e por e-mail estabelecidos com dois dos participantes do estudo, Daniel e Espanhol. Tais contatos foram realizados de maneira espontânea por eles, para “*dar notícias*”. Segundo contaram, foram os únicos que conseguiram permanecer em abstinência nos meses posteriores ao fechamento da Casa. Segue um breve resumo destes contatos.

Os contatos com Daniel

Em início de fevereiro de 2009, Daniel me liga para contar que estava trabalhando em um ambulatório na zona leste de São Paulo e morando na casa da mãe, junto com seu filho. Estava feliz. Trabalhando bastante e satisfeito por poder inovar em seu trabalho. “*Vem conhecer o ambulatório!*” Foi novamente o seu convite, tal como nos primeiros contatos estabelecidos com a Casa.

Neste telefonema, Daniel me conta com orgulho sobre o quanto estava satisfeito com o novo trabalho e com as condições em que o estava desempenhando. Tinha liberdade para conceber e conduzir os grupos da maneira como desejasse, além de horários de trabalho e dias de folga estabelecidos. Estava procurando uma casa para alugar, próximo ao seu trabalho, onde pudesse morar com o filho.

Desde o fechamento da Casa, Daniel manteve contato regular com os antigos pacientes-moradores. Segundo contou-me neste telefonema, a grande maioria não havia dado sequência a nenhum tratamento para dependência química. Simplesmente haviam retornado à casa dos familiares e tentavam levar a vida adiante. Este foi o caso de Fernando, que continuou trabalhando no açougue da família e permanecia em abstinência. Já Michele, Breno, Cristina, Noronha, Guerreiro e Jeferson haviam recaído no uso das drogas. Destes, alguns voltaram a buscar tratamento, com ocorreu com Michele e Breno, que novamente haviam se internado em uma comunidade terapêutica. Outros, contudo, haviam “*sucumbido ao uso*”, chegando a passar dias fora de casa, sem qualquer contato com familiares e amigos, apenas mergulhado no consumo de crack ou cocaína. Este processo aconteceu com Guerreiro e, meses depois, viria a acontecer a Carlos.

Vale destacar que a recaída de Carlos, diferentemente do contexto de recaída dos demais colegas, não aconteceu em condições adversas de vida. Estava, ao contrário, em uma fase próspera de sua vida: vinha se destacando profissionalmente; estava morando com a namorada, com quem se relacionava desde o período da Casa; e havia estreitado o contato com os familiares. Tais conquistas, contudo, em sua trajetória clínica, representavam justamente situações de risco para recair no consumo de crack. Sobretudo o sucesso profissional. Diante da demanda e do destaque no trabalho, deixava de prestar atenção em si mesmo, em suas demandas e necessidades. Embora tivesse plena consciência deste funcionamento, novamente não conseguiu evitá-lo, ao manter desassistida a sua condição de dependência química. Aqui me refiro não apenas aos cuidados especializados, mas à frequência aos grupos de ajuda mútua, qualquer cuidado que o ajudasse a se manter atento às armadilhas da dependência, diante da roda viva do cotidiano.

Mesmo após o fechamento da Casa, Daniel manteve-se referência para os antigos pacientes-moradores e seus familiares, encaminhando-os para novos tratamentos e ajudando no 'resgate' dos que haviam sumido em dado momento, como Carlos e Guerreiro. Daniel contou-me ainda que Patrícia também havia começado a trabalhar neste ambulatório. Estava retomando a atividade de trabalho aos poucos, e repensando os últimos episódios que haviam acontecido na Casa.

Os contatos com Espanhol

Desde fim de Novembro de 2008, quando terminou o trabalho de campo, recebi por email contatos de Espanhol, enviando-me textos por ele escritos, ou apenas dando notícias sobre como estava. Apesar das dificuldades da vida cotidiana, mantinha-se bem, em abstinência do uso de drogas. Dera sequência ao tratamento para dependência química, passando a frequentar um ambulatório público. Voltara a trabalhar e estava procurando também manter uma rotina de lazer. Contava com orgulho sobre filmes que vira no cinema, shows e concertos a que assistira no período. Estava bem, mas não era sem uma boa dose de esforço e de trabalho pessoal, como fazia questão de enfatizar nas mensagens.

Em Maio de 2009, recebo um e-mail em que me conta que todos da Casa, à exceção de Daniel e ele próprio, haviam recaído. Soube desta notícia cinco meses após o fechamento da Casa. Não sei precisar em que momento as recaídas aconteceram. Mas

certamente haviam aumentado progressivamente: alguns haviam recaído logo em seqüência ao fechamento da Casa, ainda em Dezembro; outros haviam conseguido se segurar por um tempo maior. Fato era que, cinco meses depois do fechamento da organização, praticamente todos haviam recaído, inclusive alguns que, à época do tratamento, vinham ganhando estabilidade em suas vidas: trabalhando, namorando, retomando um convívio harmônico com a família.

Na ocasião deste contato, Espanhol comenta sobre o desafio que vinha enfrentando para manter seu compromisso com o novo estilo de vida escolhido, sem a mediação do uso de drogas. Para dar conta desta empreita, enfatiza a relevância de vivenciar sentimentos bons, como o amor:

São sentimentos como esse que tentam me transformar em algo melhor. Apesar de alguns reveses que passei na vida, ainda esqueço que o mundo é um pouco maior do que um palmo à frente do meu nariz e o amor me faz doar um pouco do meu lado bom ao próximo.” (Espanhol, 32 anos)

Dias depois deste email, Espanhol me telefona para contar sobre o suicídio de um dos colegas da Casa, Lídio, que havia participado do início da pesquisa. Em meados de Agosto de 2008, após uma recaída no uso de cocaína, seguida de um importante quadro de depressão, Lídio havia interrompido seu tratamento na Casa e retornado ao seu Estado de origem. Mais uma vez, nesta rápida conversa por telefone, Espanhol reitera o seu esforço em se manter no caminho que escolhera, deixando claro o quanto os desafios que vinha enfrentando fora da Casa ultrapassavam em muito o manter-se em abstinência. Tratava-se de dar conta de enfrentar os fatos e sentimentos inerentes à vida. Não à vida de um ‘dependente químico em recuperação’, mas à vida de qualquer pessoa que se proponha a habitá-la integralmente. Neste contato, Espanhol escancara a dureza de seu bastidor existencial e, novamente, reitera a importância do amor como aliado no combate à luta diária:

“Você não tem idéia do quanto a foice passa perto em certos momentos... Mas eu continuo me virando. E esse é um sentimento que ajuda.” (Espanhol, 32 anos)

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO (do campo vivenciado ao campo refletido)

Retomando os objetivos do estudo, notamos que as falas emergentes enfatizam a vinculação entre o processo de reabilitação psicossocial e a manutenção da abstinência, como condição primordial. No contexto dos dados observados, outros fatores relacionados ao processo de recuperação, como trabalho e contexto familiar e social, ficaram em segundo plano, sendo pouco referidos no curso da pesquisa, tanto nas entrevistas individuais, quanto nos grupos focais. Este dado faz pensar em uma especificidade do grupo pesquisado: o fato de estarem na fase inicial do tratamento, há poucos meses em abstinência do uso de substâncias e reclusos no ambiente protegido da moradia. Nesta fase inicial, a preocupação com o uso/abstinência ainda ocupa lugar central, cedendo pouco espaço a outras vivências e questionamentos.

Neste contexto, o trabalho apareceu como uma atividade desejada, mas não urgente de ser retomada, permanecendo a prioridade na realização do tratamento, na manutenção da abstinência conquistada e no aprendizado/consolidação de novas maneiras de viver: valorizando o uso da palavra, em detrimento à força física; a verdade, em oposição às mentiras outrora prevalentes. A preocupação em conseguir viver de outra maneira, dentro e fora do ambiente da Casa, apareceu entre o grupo pesquisado como uma questão central; foco de atenção e esforços, vinculando a viabilização do processo de reabilitação psicossocial quase que exclusivamente ao âmbito do desejo e esforço pessoal.

Do ponto de vista dos objetivos e metas terapêuticas, o funcionamento da Casa destacou-se por apresentar um cotidiano clínico claramente ancorado no propósito de recuperação dos pacientes-moradores, ainda que o programa terapêutico não distinguisse estratégias de reabilitação psicossocial sistematizadas e estruturadas. Esta ausência parece reforçar o argumento sobre a importância do grupo e do habitar na coletividade para o processo de recuperação da pessoa em tratamento para dependência química. Acima de tudo, e a despeito do desenvolvimento tecnológico e das mudanças estruturais que marcam nossa época, continuamos seres gregários. A relevância de contatos interpessoais significativos, inscritos na cultura, parece constituir condição fundamental para uma transformação criativa e plena, a qualquer ser humano, independentemente da condição ocasionada pela dependência química.

Neste sentido, o funcionamento da Casa, bastante distinto do fazer clínico, pareceu

favorecer o processo de recuperação do grupo pesquisado, ao lhes possibilitar a vivência de novos papéis sociais, acompanhada de novos aprendizados e responsabilidades. Em tal ambiente de moradia e tratamento, o estigma que frequentemente acompanha a dependência química encontrou campo fértil para se transformar em outras forças, mais favoráveis à transformação de antigos modos de funcionar e reagir, entre aquelas pessoas que ali buscavam libertar-se do aprisionamento produzido pela dependência química. Forças propiciadoras de rupturas e aberturas; da inauguração de novos, e por vezes desconhecidos, desafios nas trajetórias pessoais observadas. Desafios de criação, e não de repetição.

Este fato se torna tanto mais importante, quando consideramos o aprisionamento ocasionado pelas adições. No campo da dependência química, evidencia-se a anulação das diversas pertencas que compõem a identidade social de um indivíduo, atuando sobre a formulação de suas opiniões e crenças (origem cultural, moradia, gênero, faixa etária, crenças religiosas). Por isto, o trabalho de reabilitação com esta população deve passar necessariamente pela movimentação das identidades pessoais tão consolidadas; tanto a identidade para Si, quanto a identidade para o Outro. O que pudemos observar entre o grupo pesquisado, sobretudo no início de seu processo de recuperação na Casa, foi a predominância do enrijecimento em configurações identitárias estanques, pautadas na doença; condição atrelada, por eles, a um desvio de caráter inato. A identidade pautada na doença sobrepôs-se, inclusive, às identidades profissionais, outrora presentes nas trajetórias de vida investigadas, a ponto de quase não deixarem registro vivo nas memórias afetivas narradas.

Considerando que os percursos identitários se desenvolvem em diversos domínios da vida social, quanto mais aprisionado no campo da dependência química está o sujeito, menores são suas possibilidades de desenvolver novas configurações identitárias, capazes de prescindir da identificação ancorada na doença – uma identificação que, por sofrida que seja, lhes é um tanto familiar e, em alguma medida, apaziguadora dos temores relacionados ao enfrentamento do diverso, do desconhecido. Ao se restringir o sentimento de pertença social a um único grupo, em geral reunido pela identidade pautada na doença – *“Sou um dependente químico em recuperação”* – corre-se o risco de se consolidar o isolamento social, decorrente da identificação com um grupo cuja identidade é circunscrita pelo espectro do adoecimento e das impossibilidades decorrentes da condição de “doente”. Uma das decorrências imediatas deste fenômeno

é a compreensão hegemônica de que tudo decorre da, ou relaciona-se à, condição de dependente químico, perpetuando um círculo vicioso de justificativas e desresponsabilizações, além de atribuir às drogas, à dependência química ou a um *“desvio de caráter inato”* dificuldades que são da ordem do humano.

A hegemonia da forma comunitária de identificação entre o grupo pesquisado, remetendo a uma essência imutável, torna bastante desafiadora a tarefa de refletir sobre as identidades estabelecidas, incluindo-se a dimensão política e a crise das identidades que marca a atualidade – dimensões claramente relacionadas à problemática da dependência química, mas em muito desconhecidas por aqueles que vivenciam na pele os efeitos desta condição, que, além de clínica, é também política e social. Em uma cultura que preza como valores sucesso, juventude, dinheiro, beleza física, felicidade, a ausência de tais registros em dado momento da vida pode acarretar um sentimento de inadequação e mal-estar intensos, colocando em risco o já frágil sentimento de pertença social do indivíduo acometido pela dependência. Entre o grupo pesquisado, este sentimento de inadequação emergiu com força, evidenciando-se pelos adjetivos utilizados pelos participantes do estudo para se descreverem, sobretudo na fase inicial do tratamento.

Neste sentido, o que também se destacou entre o grupo pesquisado foi a reprodução, por vezes acrítica, de questões que, em alguma medida, são gerais, quer porque digam respeito à condição humana, quer porque se relacionem ao momento histórico-social em que vivemos. Mas esta dimensão política dos fatos vivenciados apareceu em muito alijada das compreensões acerca dos fenômenos por eles experienciados, favorecendo um tipo de entendimento preconceituoso e condenatório, que pouco auxilia a realizar as necessárias transformações, em direção à conquista da autonomia desejada, mantendo-os, antes, nas paralisações conhecidas. Este processo faz lembrar o próprio estigma que constituiu e ainda constitui a compreensão sobre a dependência química: como um desvio de caráter, como uma condição inata, como uma imoralidade ou fraqueza pessoal. Concepções que perpetuam o estigma associado à dependência, fazendo recair exclusivamente sobre o indivíduo, um fenômeno cuja origem e desenvolvimento são por demais complexos.

A complexidade envolvida na origem multifatorial da dependência química e em seus desdobramentos – e, portanto, em seus percursos de estabilização, como pretende a reabilitação psicossocial – apareceu, no campo pesquisado, alijada das compreensões

expressas, tanto no que se refere à origem desta condição, quanto em relação a seus desdobramentos e possibilidades de estabilização. Este fato pareceu evidenciar-se também pelo funcionamento da organização pesquisada, marcado por uma atuação solitária e um tanto isolada no tempo/espço, bastante distante da atuação intersetorial e em rede proposta pelas diretrizes governamentais. Se tal isolamento, por um lado, servia aos propósitos de manter protegidos os pacientes-moradores, por outro, parece ter comprometido a própria existência da organização, que não conseguia manter recursos próprios para subsistir e tampouco mantinha aberto e vivo um diálogo com outras organizações, fossem privadas, públicas ou do terceiro setor.

Tal funcionamento pareceu-nos convergente com a dinâmica presente no campo das adições, marcado pelo radicalismo de certezas absolutas e estanques, como em esforço para constituir, em meio a tanta fugacidade e fragilidade, algum porto seguro no qual se ancorar. Neste sentido, os grupos de ajuda mútua e o Programa dos Doze Passos foram apontados como importantes fontes de auxílio ao processo de recuperação, sobretudo na fase inicial do tratamento. Os agrupamentos pautados no problema, como as irmandades dos Narcóticos Anônimos e dos Alcoólicos Anônimos, emergiram como tentativas legítimas de favorecer o sentimento de pertença a determinado grupo social; uma experiência por demais vital ao ser humano. Ao sentimento de pertença a um grupo social de referência, vincula-se a possibilidade de estabelecer confiança, inclusive para empreender as necessárias ações em direção à conquista da autonomia pessoal, a despeito dos medos e ameaças que inevitavelmente compõem qualquer processo de crescimento. Era este sentimento de confiança, atrelado a relações vinculares de cumplicidade e intimidade, favorecidas pela moradia em grupo no ambiente protegido da Casa, que pareceu constituir um fator terapêutico primordial ao grupo de pacientes-moradores da residência terapêutica pesquisada.

O que se destacou ao longo dos seis meses de presença em campo foi o pequeno grupo de residentes acabando por criar um ambiente favorável ao desenvolvimento de cumplicidade, amizade e intimidade, tão necessárias para lhes fortalecer pessoalmente, ao oferecer-lhes condições de segurança e estabilidade mínimas. O fato de o ambiente constituir-se seguro e protegido, não apenas em relação ao consumo de substâncias psicoativas, mas em relação aos contatos familiares – em geral bastante turbulentos e adoecidos, no universo da dependência química – e a outros estímulos estressores também parece ter contribuído para o processo de recuperação observado. A estada na

residência terapêutica revelou-se, para o grupo pesquisado, uma chance de resgatar a tranqüilidade e a estabilidade fundamentais ao processo de recuperação, principalmente por lhes oferecer novas possibilidades para enfrentar antigos problemas, incrementando-lhes o repertório de respostas possíveis – menos viciadas do ponto de vista da repetição patológica e, portanto, mais flexíveis e saudáveis, conforme a concepção de saúde proposta por Canguilhem.

Contudo, o desafio de perpetuar no tempo as novas marcas estabelecidas a partir da moradia na Casa foi precocemente interrompido pela circunstância contingencial de fechamento da organização. Se, por um lado, a trajetória observada ao longo da pesquisa de campo faz pensar no potencial de recuperação embutido neste tipo de dispositivo terapêutico, por outro, os desdobramentos conhecidos, após o fechamento da residência terapêutica, sugerem a fragilidade de tais conquistas, perante a magnitude das marcas estabelecidas pela doença, reforçando a necessidade de um suporte terapêutico de longo prazo, capaz não apenas de inaugurar novas marcas, mas de viabilizar sua consolidação.

Este parece constituir um desafio central aos programas de tratamento para o abuso de substâncias, pois não é sem esforço e sem um proceder ativo nesta direção, que se viabilizará, à pessoa em tratamento, sua inscrição na comunidade e na cultura. Tal registro não está dado *a priori*, tampouco ocorre de maneira natural, sobretudo em condições tão intensificadas e generalizadas de adoecimento, como aquelas frequentemente observadas no campo da dependência química – abrangendo, por vezes, relações familiares, atividades de trabalho, possibilidades de lazer e diversão, relações de amizade, condições físicas e psíquicas. Adoecimento, enfim, das possibilidades de fruição da vida, no que ela tem de criativo e salutar. Portanto, qualquer programa de tratamento que efetivamente se proponha a ser reabilitatório deverá confrontar o desafio de favorecer a inscrição da pessoa em tratamento na comunidade de que ela faz ou deveria fazer parte, com todas as dificuldades e desafios que este propósito impõe, possibilitando passos efetivos em direção ao *enraizamento* de que nos falava Simone Weil. Condição promotora da possibilidade de participarmos, de maneira ativa, da coletividade de que naturalmente fazemos parte.

No campo da reabilitação de dependentes químicos, o desafio permanece sendo conseguir tecer um trabalho em rede, sobretudo considerando-se a perspectiva de longo prazo que caracteriza o processo de recuperação desta condição crônica. Desafio tanto

maior quando consideramos o contexto histórico que nos cerca na atualidade, marcado pela ênfase na efemeridade, no imediatismo, nos resultados objetivos, tangíveis e replicáveis; princípios simplesmente alheios ao processo de recuperação no campo da dependência química. Ou melhor, em qualquer campo de relações que se proponha efetivamente vivo e humano, pois, a nós, não parece possível haver humanidade sem o necessário tempo que demanda o estabelecimento de relações de confiança e cumplicidade; de conquista de respeito mútuo; de tolerância às diferenças; de aprendizado compartilhado; da possibilidade de cometer erros e repará-los. E não nos referimos aqui ao tempo cronológico, mas ao tempo vivenciado, fruído. O que pudemos observar no campo pesquisado, foi um campo de relações propício ao estabelecimento de tal qualidade de interação humana, o que, a nosso ver, constituiu uma das principais riquezas da Casa, considerando-se o potencial terapêutico observado enquanto a organização esteve em funcionamento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Limitações da pesquisa e sugestão de investigações futuras

O fato de esta pesquisa constituir um estudo de caso coloca as limitações naturais à extrapolação dos dados observados neste campo específico, ainda que os fenômenos observados sejam condizentes com outros achados descritos na literatura da dependência química.

Em relação ao arranjo metodológico utilizado, a inclusão do ponto de vista de familiares e de profissionais da equipe técnica certamente teria contribuído para ampliar e aprofundar o entendimento sobre o fenômeno em questão. Dada a complexidade do processo de reabilitação psicossocial de pessoas em tratamento para a dependência química, é de supor o quanto a compreensão destes atores teria contribuído ao entendimento sobre este processo. Contudo, tais escutas não puderam ser inseridas no arranjo metodológico realizado, por razões operacionais, relacionadas ao cronograma da pesquisa, já bastante atrasado em função das dificuldades e alterações que marcaram a trajetória deste estudo.

Quanto a pesquisas futuras nesta área, destacamos a necessidade de estudos longitudinais. Para avaliar o processo de recuperação de pessoas em tratamento para dependência química, bem como a eficácia dos programas terapêuticos disponibilizados, em relação aos objetivos reabilitatórios, é necessário que sejam conduzidos estudos em longo prazo, capazes de acompanhar os participantes por um período de tempo prolongado, uma vez que a dependência é uma condição crônica e que o processo de recuperação se faz necessariamente de maneira contínua, no curso da vida.

Conjuntamente a ensaios clínicos que observem a pertinência de diferentes estratégias de reabilitação, a diferentes populações em tratamento, a importância de estudos qualitativos, também conduzidos em longo prazo, parece-nos de primeira importância, sobretudo se considerarmos a complexidade envolvida no adoecimento e no processo de recuperação, no campo da dependência química. Uma condição cuja complexidade dos enredamentos produzidos parece exigir a acuidade própria das abordagens qualitativas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. *A irmandade de Alcoólicos Anônimos*. Disponível online em <http://www.alcoolicosanonimos.org.br> Acessado em fevereiro de 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders*. Second Edition. Dept. of Quality Improvement and Psychiatric Services, 2005.

ANTHONY W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23, 1993.

ANTUNES R. O mundo precarizado do trabalho e seus significados. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho* 2(1): 55-72, 1999.

ANTUNES R. *Adeus ao trabalho? : ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7ª ed. rev. ampl. – São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

ARENDT H. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo, posfácio de Celso Lafer. – 10ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BARROS RB. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Coleção Cartografias. Porto Alegre, RS: Sulina / Editora da UFRGS, 2007.

BAUMAN Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Ed., 2005.

BECKER DR, DRAKE RE, NAUGHTON WJ. Supported Employment for people with co-occurring disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), spring, 2005.

BERTOLOTE JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 155-158.

BONADIO AN. *Reabilitação Profissional de Dependentes Químicos: estudo descritivo utilizando abordagem qualitativa e quantitativa*. Tese [Mestrado]. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria. São Paulo, 2005.

BOND GR, BECKER DR, DRAKE RE, RAPP CA, MEISLER N, LEHMAN AF, BELL MD, BLYLER CR. Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatr Serv*. Mar; 52(3): 313-22, 2001.

BRITTEN N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C. & MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

CAMBRAIA M. Do modelo hospitalocêntrico aos “sonhos” e tropeços dos CAPS. In: *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

CANGUILHEM G. *O normal e o patológico*. 6.ed. rev. Rio de Janeiro,RJ: Forense Universitária, 2007. *Psychiatric Services*, 52 (3). March 2001.

CNAAN R, BLANKERTZ L, MESSINGER KW & GARDNER J. Psychosocial Rehabilitation: toward a definition. *Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11, 61-77, 1988.

CREMESP. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. Coordenação institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

DALGALARRONDO P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre,RS: Artes Medicas Sul, 2000.

DEEGAN PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 1988.

DELEUZE G. Duas questões. In: LANCETTI, A. (dir.) *Saúde e Loucura 3*. 2. São Paulo, SP: Hucitec, 1991.

DEJOURS C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ª ed. Ampliada. São Paulo, SP: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, nº 54, v. 14 – abril, maio, junho, 1986.

DEREN MP, RANDELL J. The vocational rehabilitation of substance abusers. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 1990; 21: 3-6.

DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista; 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

DUBAR C. *A crise das identidades: a interpretação de uma mutação*. Porto, PT: Edições Afrontamento, 2006.

EDWARDS G, MARSHALL EJ, COOK CCH. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 3ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 1999.

FARKAS M. (Ed.) International practice in psychosocial /psychiatric rehabilitation. *Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University*, 1999.

FERRETTI CJ. *Uma nova proposta de orientação profissional*. 3ª ed. São Paulo, SP: Cortez, 1997.

FIGUEIREDO LC. A psicanálise e a clínica contemporânea. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.07, Jan/Fev/Mar 2009. Fonte: <www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>. Acesso em: dezembro de 2009.

FRICHEMBRUDER SC. *Os (des)encontros da loucura com as cidades - narrativas do processo de desinstitucionalização no território brasileiro*. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil, 2009.

- FURTADO, JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3): 785-795, 2006.
- GAGNE, C., WHITE, W., ANTHONY, W.A. Recovery: a common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1): 32-37, 2007.
- GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (org.), DESLANDES, S.F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 11.ed., Rio de Janeiro, RJ: DP&A, 2006.
- IBGE [online]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação e Trabalho. Análise dos Resultados. [citado 2005 Jun 03]. Fonte: <<http://www.ibge.gov.br/estatistica>>. Acesso em: dezembro de 2009.
- JACCOUD, M. & MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. ; DESLAURIERS, J.P. ; GROULX, L.H. ; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R. ; PIRES, A. *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos*. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- JOE GW; CHASTAIN, RL; SIMPSON DW. Relapse. In: DD Simpson & SB Sells (Eds.), *Opioid addiction and treatment: a 12 year follow up*. Malabar, FL: Krieger, 1990
- JORGE-MONTEIRO F. & MATIAS J. Atitudes face ao *recovery* na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 1 (XXV): 111-125, 2007.
- KARUNTZOS GT. *Vocational status as a moderator of substance abuser's employability*. Dissertation submitted to the Graduate Faculty of North Carolina State University, 2002.
- KEEN J. Estudos de Caso. In: POPE, C. & MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.
- KEHL MR. Drogas – Maria Rita Khel. Café Filosófico. TV Cultura.
- KING R. Individual Assessment and the Development of a collaborative rehabilitation plan. In: King R, Lloyd C, Meehan T. *Handbook of Psychosocial Rehabilitation*. Blackwell Publishing, 2007.
- KING R, LLOYD C, MEEHAN T. Key Concepts and Definitions. In: KING R, LLOYD C, MEEHAN T. *Handbook of Psychosocial Rehabilitation*. Blackwell Publishing, 2007.
- KITZINGER J. Grupos Focais. In: POPE, C. & MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.
- LARANJEIRA R, NICASTRI S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: LARANJEIRA R., DRACU L., ALMEIDA O.P. *Manual de Psiquiatria*. Ed. Guanabara Koogan, 1996.

- LAPERRIÈRE A. A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares. In: POUPART, J. ; DESLAURIERS, J. P. ; GROULX, L. H. ; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R. ; PIRES, A. *A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- MACHADO AM. *Crianças de Classe Especial: efeitos do encontro entre saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MAGURA S & STAINES GL. New Directions for Vocational Rehabilitation in Substance User Treatment: Rebuilding Damaged Lives. *Substance Use & Misuse*. Vol. 39, Nos. 13 & 14, pp. 2157–2164, 2004.
- MAGURA S, STAINES GL, BLANKERTZ L, MADISON EM. The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Substance Use & Misuse*. Vol. 39, Nos. 13 & 14, pp. 2165–2213, 2004.
- MAYS N. & POPE C. Qualidade na pesquisa qualitativa. In: POPE, C. & MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3.ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.
- McLELLAN T, HAGAN TA, MEYERS K, RANDALL M, DURELL J. “Intensive” outpatient substance abuse treatment: Comparisons with “traditional” outpatient treatment. *Journal of Addictive Diseases*; 2(2), 85-111, 1998
- MELMAN C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. 2ª ed. São Paulo, SP: Escuta, 2000.
- MELONI JN, LARANJEIRA R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*; 26(Supl I): 7:10, 2004.
- MEYER EM. The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. *The Lancet*; 347, jan. 20, 1996, p. 162-66.
- MINAYO MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2006.
- MINAYO MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. S. (org.); Deslandes, S. F.; Gomes, R. *Pesquisa Social – teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008a.
- MINAYO MCS. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo, M. C. S. (org.); Deslandes, S. F.; Gomes, R. *Pesquisa Social – teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008b.
- MINERBO M. Depleção simbólica e sofrimento narcísico contemporâneo. *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, n.07, Jan/Fev/Mar 2009. Fonte: <www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>. Acesso em: dezembro de 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *III Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final*. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intersetorial de Saúde Mental, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *De Volta Para Casa – Manual do Programa*. Secretaria De Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, 2003.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Chamada para seleção de projetos de consultórios de rua e redução de danos*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental em dados 7. Edição Especial – IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano V, nº 7, junho de 2010.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *I Conferência Nacional de Economia Solidária. Economia Solidária como Estratégia e Política de Desenvolvimento – Documento Final*. Brasília, 26 a 29 de junho de 2006. Fonte: www.mte.gov.br/ecosolidaria/conf_docfinal.pdf

MORGAN G. *Imagens da Organização*. São Paulo, SP: Ed. Atlas, 1996.

MOTA LA. *A dívida da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. São Paulo: Paulus, 2004.

MOWBRAY CT, LEFF S, WARREN R, McCROHAN NM, BYBEE D. Enhancing Vocational Outcomes for Persons with Psychiatric Disabilities: a new paradigm. In: Henggler SW, Santos AB. *Innovative Approaches for Difficult-to-treat Populations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; p. 311-348, 1997.

NIDA. *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health - NIH Publication nº 99-4180, 1999.

NOWLIS H. *A verdade sobre as drogas*. Rio de Janeiro, RJ: IBECC/UNESCO, 1982.

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Secretaria Nacional Antidrogas. Fonte: <<http://obid.senad.gov.br>>. Acesso em: dezembro de 2009.

PAULO LF & VIEIRA TMS. Convivência com portadores de AIDS e dependentes de drogas: uma clínica de solidariedade. In: LANCETTI, A. (dir.) *Saúde e Loucura 3*. 2.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 1991.

PINHO PH, OLIVEIRA MA, ALMEIDA MM. A reabilitação psicossocial nos transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. Psiq. Clín.* 35, supl 1; 82-88, 2008.

PITTA AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: Pitta A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PLATT JJ. Vocational rehabilitation of drug abusers. *Psychological Bulletin* 1995;117(3), 416-433.

OLIEVENSTEIN C. Toxicomania e AIDS. In: LANCETTI, A. (dir.) *Saúde e Loucura* 3. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 1991. p. 97-104.

ONOCKO-CAMPOS RT, FURTADO JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

OPAS & CICAD. Organização Pan-Americana de Saúde & Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas. Desarrollo de un programa de evaluación de la calidad de atención en el tratamiento de la dependencia de las drogas. In: OPAS & CICAD. *La dependencia de las drogas y su tratamiento – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas*. OPAS/CICAD, 2000.

RALPH RO & MUSKIE ES. Review of recovery literature: a synthesis of a sample of recovery literature 2000. *National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC), National Association for State Mental Health Program Directors (NASMHPD)*, 2000.

REIS AD, LARANJEIRA R. Halfway houses for alcohol dependents: from theoretical bases to implications for the organization of facilities. *Clinics*; 63:827-32, 2008.

RESNICK G, FONTANA A, LEHMAN AF, ROSENHECK RA. An empirical conceptualization of recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75, 119-128, 2005.

RIBEIRO M. Organização de serviços para o tratamento da dependência de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 26(Supl 1): 59-62; 2004.

ROLNIK S. Toxicômanos de Identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, D. (org.) *Cultura e Subjetividade: saberes nômades*. 5ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2006a.

ROLNIK S. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, D. (org.) *Cultura e Subjetividade: saberes nômades*. 5ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2006b.

ROOM JA. Work and identity in Substance Abuse Recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(1), 65-74, 1998.

SARACENO B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio (1996). In: Pitta A. (org.): *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-18.

SCHOEN DE. *The war of the gods in addiction. C.G. Jung. Alcoholics Anonymous, and archetypal evil.* New Orleans, Louisiana: Spring Journal Books, 2009.

SCHOTTENFEL RS, PASCALE R, SOKOLOWSKI S. Matching services to needs: vocational services for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992, 9, 3-8.

SILVEIRA DX. Farmacodependentes e AIDS: a clínica. In: LANCETTI, A. (dir.) *Saúde e Loucura 3*. 2.ed. São Paulo, SP: Hucitec, 1991.

SILVEIRA DX. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: Silveira Filho D. X., Gorgulho M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 1996.

SILVEIRA DX. *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1995.

TEDESCO S., BENETTON J. A questão da independência e dependência sob o vértice da Terapia Ocupacional. In: SILVEIRA FILHO D.X., GORGULHO M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 1996.

TIP 38. *Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services*. Treatment Improvement Protocol Series, nº 38. Center for Substance Abuse Treatment. U.S. Department of Health and Human Services; 2000.

TOSCANO Jr A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, SD; TOSCANO Jr, A. (editores). *Dependência de drogas*. São Paulo, SP: Atheneu; 2001.

TURATO ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VASCONCELOS EM. Dispositivos associativos e de luta no campo da saúde mental no Brasil: quadro atual, tipologia, desafios e propostas. In: Vasconcelos EM (org.), Klein A, Freitas C, Fonseca ML. *Abordagens Psicossociais. Volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008.

VETULANI J. Drug Addiction Part I. Psychoactive substances in the past and present. *Pol. J. Pharmacol.* 2001, 53, 201-214.

WEIL S. *A condição operária e outros estudos sobre a opressão*. Tradução de Therezinha GG Langlada; seleção e apresentação de Ecléa Bosi. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

WHO. *Mental health: new understanding, new hope*. The World health report: 2001. WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2001.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The chronic course of the addiction turns necessary a long term therapeutic support concerning the acquisition of the abstinence and the individual invigoration in some life areas that have been harmed by the installation of the addiction – work, home, leisure, social networks, family relationships, judiciary system. This process has been defined as psychosocial rehabilitation. **PURPOSE:** Understanding, from the perspective of substance users in treatment, the aspects involved in the process of psychosocial rehabilitation and how this process goes on, in order to favor the target recovery. **METHODS:** Our investigation constitutes a case study research and was driven in a private therapeutic residence for substance users, located in the city of São Paulo. The qualitative approach has combined different methodological resources: focal groups, in depth individual interviews and participant observation, originating field diaries. The discussion of issues related to the work world was emphasized as a starting point to discharge this investigation. We carried out the investigation from June to December 2008. The material was submitted to the content analysis, in order to identify the main emerging themes. This research was approved by the ethics committee of the Federal University of São Paulo. **RESULTS:** The main emerging themes that stood out were: the presence of tight identity settings, settled in the disease; conceptions on the relationship of work and health also marked by the sickness and disoriented of a critic on the current historical context; the group as a device emerged as an important therapeutic resource in the addiction treatment; the addiction field emerged as an important source of work for those who are recovering from substance abuse; the relevance that treatment contributes to insertion the person in the culture, helping those who are recovering from addiction to develop new social roles and making possible the construction of work and life projects. **DISCUSSION:** In a culture that emphasizes as important values success, youth, money, physical beauty, happiness, the absence of such registers at a given moment of the life can potentiate the feeling of inadequacy and the uneasiness experienced by one, threatening the substance user weak feeling of social belonging. In this context, a long term therapeutic support has emerged as a fundamental condition to promote trust and complicity relationships, not just inaugurating new marks in the individual paths, but also favoring its consolidation. Considering the recuperation purpose, the groupal approach stands out as a privileged resource to favor the necessary registration in the culture, narrowly linked to the real possibilities of social reintegration. Concluding our study, we emphasize some central aspects to be guided by treatment programs in the addiction field.