Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Terapia de rede para adictos:
Programa de tratamento e prevenção para
dependentes de drogas em comunidades terapêuticas

Jair Lourenço da Silva

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Profa. Dra. Cleide Lavieri
Martins**

São Paulo

2011

Terapia de rede para adictos.

Programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas

Jair Lourenço da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

São Paulo

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida *exclusivamente* para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

“Sei que se lembrarão de mim e que enquanto fizerem isso eu vou estar com vocês.”

À profa. Dra. Alice Moreira Derntl, na memória, no coração.

À minha filha Mariana Lourenço,
meu maior tesouro.

Aos meus pais, Osvaldo e Olivia,
amigos e porto seguro
de todas as horas.

Aos meus amigos, pela força, carinho
e o calor de sempre.

Aos meus professores, fonte
inesgotável de conhecimento e trocas.

Aos voluntários desta pesquisa, que
confiaram neste trabalho,
compartilhando experiências tão
íntimas e tão delicadas.

Agradecimentos

Aos meus amigos e companheiros de vida acadêmica, que são muitos, e muito queridos.

Às minhas queridas amigas professoras Nancy Bergami, Sheila Martins e Eunice de Almeida, pelas trocas imensuráveis e o prazer de aprender sempre.

Às minhas amigas do coração, Pati, Mari, Luciana, Edna e Creuza que me ajudaram e continuam me ajudando a realizar sonhos.

Aos meus queridos amigos (família por escolha): Juvenal, Albinha, Ana Paula, Fabio, Jumar, Cida, Ercília, Toca, Dal e Edu manifestação de puro carinho nas horas mais difíceis da minha vida, e nas baladas, que ainda serão muitas...

Aos amigos Dany, pela revisão de português, e Edison, pela formatação final da tese. E pela cumplicidade ao longo do processo de elaboração deste trabalho.

Aos amigos, que me ajudaram na coleta e transcrição dos dados desta pesquisa, Wal e Cristina.

A toda a equipe da AEP Cajamar e Perdizes.

A todos os conselheiros e pacientes voluntários desta pesquisa, pedras preciosas na construção desta tese.

Às famílias e aos pacientes, que nos ensinam todos os dias a arte de crer e transformar.

Ao presidente da AEP, sr. Osvaldo, que abriu suas portas para que esta pesquisa pudesse ser realizada.

Ao meu irmão Jairo, assistente social e diretor da AEP, pelas ricas discussões de casos.

Aos professores da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Às funcionárias da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, Irene, Livia, Angela, Maria Helena, Cidinha, Vânia e Renilda, pelo carinho e atenção.

À profa. Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre e ao prof. Dr. Fernando Lefèvre, pela orientação da técnica do discurso do sujeito coletivo e por aceitarem compartilhar comigo mais um trabalho em conjunto.

Às profas. Dra. Ana Lucia M. Horta, Dra. Fabiola Zioni, Dra. Rosa M. S. de Macedo e ao prof. Dr. Fernando Lefèvre, pelas sugestões e apontamentos feitos na pré-banca.

À profa. Dra. Rosa Macedo, pelo privilégio de continuar aprendendo com você, meu agradecimento com carinho.

Meu agradecimento especial para a profa. Dra. Cleide Lavieri Martins, pela orientação, paciência, dedicação e carinho dispensados a mim e a este trabalho.

Não é à toa que entendo os que buscam caminho. Como busquei arduamente o meu! E como hoje busco com sofreguidão e aspereza o meu melhor modo de ser, o meu atalho, já que não ousa mais falar em caminho. Eu que tinha querido. O Caminho, com letra maiúscula, hoje me agarro ferozmente à procura de um modo de andar, de um passo certo. Mas o atalho com sombras refrescantes e reflexo de luz entre as árvores, o atalho onde eu seja finalmente eu, isso não encontrei. Mas sei de uma coisa: meu caminho não sou eu, é outro, é os outros. Quando eu puder sentir plenamente o outro estarei salva e pensarei: eis o meu porto de chegada.

(“Em busca do outro”, Clarice Lispector.)

Resumo

As comunidades terapêuticas para dependentes químicos são importantes recursos, descritos pela Secretária Nacional Antidrogas, na rede de atenção aos transtornos relacionados ao abuso de substâncias psicoativas. A equipe profissional nestas comunidades terapêuticas é representada, principalmente, por conselheiros em dependência química. É consenso entre os especialistas, pela complexidade desta problemática, que o tratamento deve abordar o paciente em seu contexto sociofamiliar (Stanton e Todd, 1990).

O presente estudo tem como objetivo apresentar e avaliar um programa de tratamento e prevenção para dependentes químicos em comunidades terapêuticas com foco em seu contexto sociofamiliar, por nós denominado “TRA: terapia de rede para adictos”. Um programa destinado aos conselheiros em dependência química, que trabalham nestas comunidades.

Fundamentados no pensamento-novo-paradigmático, de Esteves de Vasconcellos (2002), e na representação social, de Moscovici (2003), utilizamos como método uma pesquisa interventiva, com delineamento qualitativo construtivista, baseado em Pakman (1995), o que significa, no contexto deste trabalho, que o modelo de TRA foi construído *em conjunto* com os participantes: conselheiros e pacientes da comunidade terapêutica na qual realizamos a pesquisa. As principais técnicas empregadas foram: a família de origem do conselheiro e o discurso do sujeito coletivo (DSC), de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003). Para a análise dos resultados, usamos a técnica de triangulação de dados, segundo Denzin e Lincoln (2000).

Os resultados obtidos contribuíram para conhecermos as representações sociais dos participantes sobre suas famílias e, sistemicamente, compreendermos os múltiplos aspectos envolvidos na complexidade do ciclo da drogadicção. As técnicas interventivas auxiliaram no resgate dos aspectos resilientes e das competências dos sistemas familiares e no empoderamento da comunidade terapêutica, dos pacientes e de suas famílias, para lidar com os problemas da dependência química. Estas técnicas

também colaboraram para a compreensão e a abordagem da imprevisibilidade ocorrida, em vários âmbitos, no desenvolvimento da pesquisa. As diferentes representações sociais nos DSC foram analisadas sob o olhar da intersubjetividade, proporcionando uma rica troca entre os participantes.

A coparticipação, na elaboração deste modelo, contribuiu, principalmente, para a coconstrução de um novo saber em prevenção e tratamento para as comunidades terapêuticas, com um olhar mais amplo e globalizador, para o sistema familiar e outros sistemas envolvidos no problema da drogadicção.

Palavras-chave: dependência de drogas, sistemas familiares, conselheiro em dependência química, comunidade terapêutica, terapia de rede para adictos.

Abstract

Therapeutic communities for chemical dependents are important resources, described by National Antidrug Secretary, to the network of care for disorders related to the abuse of psychoactive substances. The professional team in these therapeutic communities and represented, mainly, by advisers in chemical dependency. There is a consensus among the experts, the complexity of the problem, that treatment must approach the patient in their family environment (Stanton and Todd, 1990).

The purpose of the present study is to present and assess a program of prevention and treatment for chemical dependents in therapeutic communities with a focus on their family environment, we called TRA: therapy of network for addiction. A program for counselor in chemical dependency, working in these communities.

Based on thought-new-paradigmatic, Esteves de Vasconcellos (2002), and the social representation of Moscovici (2003), we used the method an interventional research, with qualitative design constructivist, based in Pakman (1995), which means, in the context of this work, that the model of TRA was built together with the participants, counselors, and patients in the therapeutic community where we have the research. The main techniques used were: the family of origin of the counselor and the collective subject discourse (DSC), according to Lefèvre and Lefèvre (2003). For the analysis of the results, we used the technique of data triangulation, second Denzin and Lincoln (2000).

The results contributed to know the social representations of the participants on their families, and systemically, we understand the many aspects involved in the complexity of the cycle of drug-addiction. The interventional techniques helped with the rescue of the aspects resilient and the skills of the family systems and the empowerment of the therapeutic community, patients and their families to approach with the problems of chemical dependency. These techniques also collaborated for the understanding and approach of unpredictability that occurred in a number of areas in the

development of the research. The different social representations in DSC were analyzed under the gaze of the intersubjectivity, providing a rich Exchange of views between the participants.

The participation in colabration, in drawing up this model contributed mainly to build together a new knowledge in treatment and prevention for the therapeutic communities, with a broader perspective and global vision, for the family system and other systems involved in the problem of drug-addiction.

Key-words: drug addiction, family systems, counselor for chemical dependence, therapeutic community, netting-therapy to drugs addicts.

ÍNDICE

Número	Item	Página
	Apresentação	19
1	Introdução: trabalhando com famílias no ciclo da drogadicção	22
1.1	Contextualizando o problema	23
1.2	Compreendendo a família no ciclo da drogadicção	32
1.2.1	A família no ciclo da drogadicção	35
1.2.2	Trabalhando com famílias no ciclo da drogadicção	38
1.3	Comunidades terapêuticas para dependentes de drogas	40
1.4	Uma comunidade terapêutica em direção ao novo paradigma de saúde mental	55
2	Fundamentos teóricos	61
2.1	Pensamento sistêmico novo-paradigmático	61
2.2	Teoria e técnicas de terapia de família sistêmica aplicadas à drogadicção	64
2.2.1	Terapia de família- técnica estrutural e estratégica	64
2.2.2	Coconstruindo rede saudáveis: trabalhando em rede, o indivíduo, a família e o contexto social em interconectividade	70
2.3	Representação social	80
3	Objetivos	87
4	Método	88
4.1	Características dos participantes da pesquisa	88
4.2	Critérios de inclusão: aspectos éticos e legais em pesquisa com seres humanos	89
4.3	Local	89
4.4	Evolução da pesquisa	89
4.4.1	Primeira Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros	90
4.4.2	Segunda Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros e pacientes	92
4.4.3	Terceira Parte da Pesquisa: trabalhando com pacientes	92
4.5	Instrumentos e outras técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa	93
5	Resultados da pesquisa	96
5.1	Primeira Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros em dependência química	96
5.2	Segunda Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros e pacientes na Comunidade Terapêutica	115
5.3	Terceira Parte da Pesquisa: trabalhando com pacientes dependentes químicos	126
6	Discussão dos resultados da pesquisa	167
7	Considerações Finais	183
	Referências	188
	Anexos	198

Figuras e quadros

Número	Figura	Página
1	Rede de atenção à drogadicção – rede de serviços	29
2	Rede de serviços em álcool e drogas	30
3	Equipe técnica da AEP	59
4	Sistema familiar	67
5	Rede social de Sluzki	72
6	Rede e recursividade	77
7	Ciclo virtuoso	77
8	Ciclo vicioso	78
9	Algoritmo para transtornos relacionados a SPA	79
10	Evolução da pesquisa	90
11	Genograma da família de Pedro	110
12	Rede social atual de Pedro	111
13	Mapa Estrutural da família de Pedro	111
14	TRA – Primeira versão - Sistema familiar	115
15	TRA – Sistema comunitário	116
16	TRA – Terapia de rede para adictos	118

Número	Quadros	Página
1	Atividades terapêuticas	58
2	Técnica de terapia familiar	70
3	Legenda de rede social	72
4	Curso de capacitação	95
5	Perfil dos conselheiros participantes da pesquisa	97
6	Resumo do Programa TRA	119
7	Perfil dos pacientes participantes da pesquisa	127

Tabelas e gráficos

Número	Tabelas	Página
1	O que é família para você?	98
2	Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?	102
3	Como você acha que a família poderia colaborar para a recuperação de um familiar com dependência química?	106
4	De que forma sua família participou em sua recuperação – problema com drogas?	128
5	O que você acha sobre o atendimento de terapeuta leigo?	133
6	A TRA ajudou a sua família nos problemas com as drogas? De que forma? Não, por quê?	138

Número	Gráficos	Página
1	Distribuição por faixa etária	142
2	Adesão ao Programa TRA	143
3	Alta por desistência do tratamento	144
4	Fonte de encaminhamento de pacientes	145
5	Tipo de internação na AEP	146
6	Admissão – Apresentou pertences pessoais?	147
7	Admissão – Apresentou pertences, documentos?	148
8	Distribuição dos diagnósticos dos pacientes de acordo com a CID10	149
9	Diagnóstico de acordo com a CID10 e faixa etária	150
10a	Inserção na rede de serviços – grupo etário de 12-15 anos,	151
10b	Utilização da rede de serviços – grupo etário de 16-17 anos	151
10c	Utilização da rede de serviços – grupo etário adultos	152
11	Contato com a família	153
12a	Tipo de contato com a família	154
12b	Frequência de contato presencial da família	154
12c	Frequência dos contatos telefônicos com a família	155
12d	Participação das famílias nas atividades propostas pelo Programa TRA	155
13	Intervenções para as famílias ausentes	156
14	Participação em eventos comunitários	157
15	Ganho de peso – grupo etário 12-15 anos	159
16	Tipos de intercorrências	160
17	Avaliação dos Projetos de Vida	161

Siglas Utilizadas

Sigla	Significado
AA	Alcoólatras Anônimos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AL-ANON	Associação de Parentes e Amigos de Alcoólatras Anônimos
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
BDZ	Benzodiazepínicos
CAISM	Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CDQ	Conselheiro em Dependência Química
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP	Comitê de Ética de Pesquisa
CID10	Classificação Internacional de Doenças – 10 revisão
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
DQ	Dependência Química
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
F1	Primeiro Filho
F2	Segundo Filho
Fapesp	Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisa Econômica
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FOC	Família de Origem do Conselheiro
G	Genograma
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPqHC	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
M	Mãe
MP	Mapa Estrutural
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
.PS	Pronto Socorro
P	Pai
PI	Paciente Identificado
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PV1	Projeto de Vida 1
PV2	Projeto de Vida 2
SC	Sistema Comunitário
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SF	Sistema Familiar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TFE	Terapia Familiar Estrutural
TRA	Terapia de Rede para Adictos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização da Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNODC	Escritório das Nações Unidas contra as Drogas e Crimes
USP	Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Considero importante, antes de me dedicar a este trabalho, propriamente dito, fazer um breve histórico de minha vida acadêmica, para explicar minha trajetória de pesquisa no campo dos transtornos relacionados às substâncias psicoativas e à família.

Durante a residência médica, tive meu primeiro contato direto com os problemas graves de dependência química e suas comorbidades com transtornos mentais. Foi atendendo os pacientes individualmente, depois em grupos operativos e psicoterapêuticos e, algumas vezes, suas famílias, que me interessei em aprofundar meus estudos no tema. Nas primeiras discussões de caso de dependência química, percebi a dimensão multifacetada desta problemática, porém sem ter ainda um referencial teórico que pudesse auxiliar na compreensão da complexidade deste fenômeno.

Nos estudos que se seguiram de pós-graduação, venho me posicionando como um pesquisador interventivo (Pakman, 1995), cuja prática e teoria caminham juntas, uma influenciando a outra, recursivamente. Vários autores, como Patton (1990), Denzin e Lincoln (2000) e Constandriopoulos (1997), têm escrito sobre este novo papel do pesquisador no paradigma científico pós-moderno, com os quais compartilho.

É nesta direção que venho desenvolvendo, desde 1992, trabalhos clínicos em serviços especializados em dependência química e família, e como articulador de saúde mental, principalmente com o tema farmacodependência. Do mesmo modo, encontram-se os trabalhos acadêmicos realizados no curso de especialização em Terapia Familiar e de Casal na PUC-SP (1992-1994), com o tema de monografia “Intervenção familiar sistêmica em um sistema familiar com membro dependente químico”; a dissertação de mestrado realizada na PUC-SP, intitulada “O farmacodependente como elo para a coconstrução familiar: um estudo de caso das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes” (1996-2001); a tese de doutorado, também na PUC-SP (2006-2010), com o título “Uma proposta de intervenção nos

sistemas familiares com membro dependente de drogas”. Todos estes trabalhos demonstram esta articulação entre minha prática clínica e acadêmica.

Em minha trajetória, como psiquiatra especialista em família e farmacodependência, com atuação acadêmica e clínica em psicologia clínica e saúde pública, em 2007 tive a oportunidade de ingressar no curso de doutorado em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP), e, do diálogo com as duas universidades, PUC-SP e FSP da USP, nasceu a ideia deste projeto de pesquisa, cujo resultado é este presente estudo, a tese de doutorado aqui apresentada, intitulada “Terapia de rede para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas”.

Nesta pesquisa, ampliei o trabalho, desenvolvido na PUC-SP (2010), com foco no sistema familiar do dependente químico, para o contexto da comunidade terapêutica AEP, onde os pacientes foram atendidos. Pois, no desenvolver da pesquisa da PUC, concomitantemente a esta pesquisa, percebi que a convivência entre os pacientes configurava um tipo de sistema familiar, com todas as formas de padrões relacionais que observávamos no trabalho com suas famílias, de acordo com o descrito sobre comunidades terapêuticas por De Leon (2003).

Optei por fazer esta breve apresentação da pesquisa, antes da introdução deste trabalho, para maior *familiaridade* do leitor com o nosso tema. E, para fins didáticos, a pesquisa foi estruturada em três partes.

Primeira Parte – construção conjunta do Programa TRA: terapia de rede para adictos com os conselheiros. Trabalhou-se, neste momento, com conselheiros em dependência química, que são os coautores deste Programa, por meio de várias técnicas, a do discurso do sujeito coletivo, proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003), e de terapia familiar sistêmica, principalmente a estrutural e estratégica, orientada por Minuchin (1990) e Haley (1979). Buscou-se, por meio destas técnicas, conhecer as representações sociais sobre suas famílias, os padrões relacionais das famílias, nuclear e extensa, destes conselheiros, com a finalidade de apreender, neste momento da pesquisa, os

aspectos envolvidos no ciclo da drogadicção, que auxiliaram na recuperação de seus sistemas familiares como um todo: recuperação do membro adicto e identificação de padrões adictivos familiares e os mecanismos de funcionamento desenvolvidos nestes sistemas familiares para a prevenção de recaídas ao uso de drogas.

No decorrer desta parte, coconstruímos uma primeira versão da TRA, apresentada em Lourenço-Silva (2010), com foco no sistema familiar. Retomei, nesta presente pesquisa, alguns aspectos deste outro trabalho, que julguei importantes para o entendimento global do trabalho aqui desenvolvido.

Segunda Parte – aplicação do Programa TRA e elaboração de índices para sua avaliação e monitoramento. Trabalhamos com os conselheiros e com os pacientes dependentes químicos em tratamento na Comunidade Terapêutica: neste momento da pesquisa, tive como objetivo a aplicação desta primeira versão da TRA e a elaboração, junto com os participantes, de índices para a avaliação e o monitoramento do Programa. Durante sua aplicação, percebemos a necessidade de redimensionar a TRA, ampliando o foco para o sistema comunitário e para o contexto social da comunidade terapêutica na qual se desenvolveu a pesquisa, resultando numa segunda versão da TRA.

Terceira Parte – avaliação da atuação dos conselheiros e do Programa. Trabalhamos com os pacientes que foram tratados pelo Programa TRA, segunda versão, com o objetivo de avaliar a atuação dos conselheiros e do Programa, utilizando a técnica do DSC com estes pacientes e avaliar o Programa, também, com base nos índices de avaliação e monitoramento elaborados na etapa anterior.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo, como foi descrito na Apresentação deste trabalho, é uma continuação de nosso trabalho acadêmico, iniciado no mestrado, tendo como tema de pesquisa as famílias envolvidas no ciclo da drogadição sob o olhar da teoria do pensamento sistêmico.

Nosso interesse é aprofundar o conhecimento sobre as famílias envolvidas no problema com a drogadicção, particularmente os sistemas familiares com membro dependente químico em tratamento em comunidades terapêuticas.

A fim de dar maiores subsídios à discussão que procederemos ao longo deste trabalho e, também, ressaltar a relevância de nosso tema, sobretudo como um problema de saúde pública, optamos por iniciar este capítulo apresentando um panorama da droga em nosso país. Feito isto, discutiremos os diferentes modelos de família que existem na atualidade – apontados por alguns autores como reflexo da pós-modernidade – e procederemos a um diálogo com autores que compartilham conosco sobre a importância, fundamental, da família na resolução da problemática das drogas.

Ainda, com o intuito de contextualizar e fornecer subsídios à nossa pesquisa, apresentaremos os diferentes tipos de comunidades terapêuticas para dependentes químicos; essas comunidades são um dos importantes serviços que integram a rede de atenção à dependência química em nosso país, carecendo de intervenção nos sistemas familiares.

Por fim, apresentaremos a Comunidade Terapêutica AEP, na qual desenvolvemos nossa pesquisa.

1.1. Contextualizando o problema

O uso de drogas é um fenômeno mundial; desde os primórdios da Civilização, temos evidências de sua utilização pelas mais variadas necessidades humanas, seja por questões culturais, para a obtenção de prazer, para minimizar desconfortos como a dor, a fome, etc., seja, mais geralmente, relacionada à busca dos indivíduos para modificar seu estado natural de percepção, provavelmente como forma de compreensão de si e do mundo que o cerca. Sabemos que o consumo de drogas, ao longo da história, é variável de região para região, porém fica difícil precisar quando este hábito humano passou a ser um problema de saúde individual e/ou coletivo.

Sabemos que as transformações sociais, desde as últimas décadas do século passado, contribuíram para o agravamento global dos problemas relacionados às drogas, tornando-o, na grande maioria dos países, um problema de saúde coletiva. Vários autores, especialistas em dependência química (Bucher, 1992; Carlini e cols., 2001; Leite, Andrade e cols., 1999), têm demonstrado o aumento do consumo de drogas.

De acordo com Santos (2004), vivemos em um “capitalismo perverso”, no qual as aceleradas transformações sofridas pela sociedade estão a serviço do acúmulo de bens e capitais de uma classe dominante em detrimento da qualidade de vida das pessoas no planeta. As pessoas parecem viver para ter e não para ser (Kalina, 1988), precisam consumir para sentirem-se vinculados a esta sociedade capitalista “perversa”. É nesta procura de ser aceito, de pertencer, como uma condição básica do ser humano, de se constituir como um ser social, pertencente a um grupo, a uma família, a uma sociedade, que as pessoas acabam por apresentar escolhas inadequadas, diante da infinidade de ofertas que a sociedade capitalista lhes oferece. Podemos pensar esta sociedade de consumo a todo custo como escrava deste comportamento, o que nos permite denominá-la “sociedade adicta”, sobretudo se pensarmos na etimologia da palavra adicto, do grego, “escravo”. Vivemos, portanto, em uma sociedade escrava adicta de consumo, cenário facilitador para que as pessoas tenham um comportamento adicto, consumindo o que lhes oferece. De acordo com Bauman (2001), as ofertas são muitas e muito rapidamente transmutáveis;

a esta velocidade com que as coisas vêm e vão, sem dar tempo para que a pessoa assimile, avalie o que lhe serve e o que não lhe cabe, o autor chama de “modernidade líquida”. Se pensarmos na teoria da representação social, de Moscovici (2003), utilizando o conceito de ancoragem, podemos dizer que, na sociedade pós-moderna (Giddens, 1991), de capitalismo perverso (Santos, 2004) todo mundo quer ter para estar na moda; este fato é um excelente exemplo de ancoragem para representar nossa sociedade adicta pós-moderna. Na prática clínica, vemos os sistemas familiares com membro dependente químico com padrões adictos, como o consumo exagerado, trabalhar de forma exagerada, emagrecer, também, de forma exagerada, fazer exercícios físicos exageradamente, usar calmantes, tabaco, álcool abusivamente.

Atualmente, o consumo de drogas afeta, praticamente, todos os países, mantendo especificidades de região para região, sendo que, nas últimas décadas, começou a convergir para pessoas cada vez mais jovens.

De acordo com o Levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid (2005, p. 11):

... mais de 20% da população já utilizou algum tipo de droga. As drogas são utilizadas, geralmente, entre a população mais jovem e têm repercussão em todo o organismo, afetando principalmente o coração. Este é ainda mais prejudicado no caso de drogas estimulantes, como a cocaína, o crack ou o ecstasy, que afetam o funcionamento do organismo para a liberação de adrenalina. As consequências são mais graves quando o consumo é associado à obesidade e ao sedentarismo.

A droga mais consumida no mundo é a maconha (*cannabis*). Cerca de 4% da população mundial entre 15 e 64 anos usa *cannabis*, ao passo que 1% usa drogas estimulantes, do grupo anfetamínico, cocaína e opiáceos. A dependência de heroína é um grave problema em grande parte do mundo: 75% dos países, especialmente Ásia, Europa e América do Norte, enfrentam problemas com o consumo desta droga. Na América do Sul, o grande problema é a cocaína.

De acordo com o *Relatório mundial de drogas*, de 2007, do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC), a produção, o tráfico e o consumo de drogas em todo o mundo têm estabilizado. No entanto, o relatório aponta que, há alguns anos, parecia que o mundo caminhava rumo a uma epidemia de abuso de drogas, mas há cada vez mais indícios de que o problema está sendo controlado: “Os dados mais recentes que colhemos mundialmente mostram que a dependência de drogas tem diminuído”, afirma Costa (UNODC, 2007), diretor-executivo do UNODC.

Na América do Sul, inclusive no Brasil, há registros de aumento no consumo de maconha e de cocaína, segundo dados obtidos no último senso domiciliar de 2005 (Cebrid, 2005). A pesquisa mostrou índices de prevalência mais altos que na pesquisa realizada em 2003. Ou seja, a maior parte do “aumento” dos índices de prevalência na América do Sul, em 2005, refere-se a ajustes que tentam tornar os números mais realistas. Se os ajustes não fossem levados em consideração, o aumento seria menor. Apesar dos altos índices de prevalência da pesquisa doméstica nacional de 2005, os atuais dados disponíveis não excluem a possibilidade de não ter ocorrido um aumento significativo do uso de cocaína no Brasil.

Esta pesquisa domiciliar apontou um aumento no uso de cocaína, de 0,4% (prevalência anual), em 2001, para 0,7%, em 2005, existindo a possibilidade da pesquisa de 2001 ter obtido resultado abaixo da realidade. As pesquisas escolares realizadas no País e as pesquisas domiciliares e escolares nos países vizinhos mostram estabilidade no uso de cocaína entre 1997 e 2004. No Brasil, a pesquisa nacional realizada em escolas (2004) mostrou índices de prevalência na vida em torno de 2%. Mais ou menos o mesmo número que o encontrado em 1997 (2,1%), de acordo com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid (2005).

A maioria dos países tem se esforçado no enfrentamento do problema com as drogas, reduzindo seus riscos. Para o representante regional do UNODC para o Brasil e Cone Sul, Quaglia (UNODC, 2007), as drogas têm de ser tratadas como questão de saúde pública: “É preciso trabalhar mais na prevenção e oferecer serviços a quem busca tratamento contra a

dependência”, afirma. A Suécia tem sido apontada como exemplo de êxito nas estratégias de prevenção: “... gasta 30% a mais em prevenção e tem 30% menos usuários de drogas que a média européia”, disse Quaglia (ibid.).

Como resultado destas ações, há sinais crescentes de que tanto a oferta como a demanda por drogas estabilizou, segundo o mesmo UNODC. Este combate às drogas tem de ser constante e, para que esta situação favorável permaneça crescente, é importantíssimo manter a atenção e a vigilância, pois acredita-se que a situação possa rapidamente se deteriorar. “Não podemos tirar o pé do freio. A prevenção às drogas, aliada aos cuidados e à atenção em saúde para os dependentes, ainda são questões vitais”, afirma Costa, diretor do UNODC (ibid.).

Este mesmo relatório (ibid.) aponta que o enfrentamento das drogas é um processo longo, sendo primordiais as intervenções preventivas, para tratar a questão na fonte, ou seja, junto aos usuários de drogas. “A dependência é uma doença que precisa e pode ser prevenida e tratada.”

O Brasil foi citado no relatório do UNODC (ibid.) pela atuação da Polícia Federal brasileira no combate ao narcotráfico, mas a mídia não tem divulgado esse dado, o que faz parecer que ainda estamos engatinhando nesta questão. O relatório também refere que o mercado global de cocaína tem sentido sensivelmente os esforços internacionais no combate à droga. Ressalta o impacto social dos crimes relacionados a drogas e a importância de se trabalhar, paralelamente, saúde e segurança pública. O documento se posiciona contra a legalização das drogas, mas a favor de uma ampla discussão para se traçar novas diretrizes no enfrentamento dos problemas relacionados a elas.

Compartilhamos com o autor quanto a necessidade de uma ampla discussão sobre o problema pois, primeiramente, seria necessário um olhar multidisciplinar sobre o usuário e o dependente químico dentro de seu contexto social, colaborando para uma possível redução dos índices de consumo e, conseqüentemente, coibindo a ação do tráfico.

Em segundo lugar, o Estado deve reorganizar áreas que foram tomadas pelo poder do tráfico, investindo em capital social que garanta recursos às comunidades mais vulneráveis às drogas e ao crime, como: moradia, emprego, educação, acesso a serviços públicos e lazer.

Apesar do Brasil ter sido citado no relatório do UNODC (ibid.) pela atuação da Polícia Federal brasileira no combate ao narcotráfico, ainda se constata registros de aumento de atividades do narcotráfico de cocaína nos estados da região Sudeste e o aumento da exploração do Brasil por grupos do crime organizado internacional. O País tem sido rota para o tráfico de droga vinda da Colômbia, Bolívia e Peru, destinada à Europa, com frequência via África. Esta situação pode ter colaborado para algum aumento no consumo de cocaína no Brasil. Análises da distribuição regional do uso de cocaína, no Brasil, mostram que o Sudeste e o Sul são os mais afetados, ao passo que o Nordeste e o Norte mostram consumo mais moderado.

Dados mais recentes, de acordo com o UNODC (2010), apontam que, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano. Cerca de metade dos usuários usa drogas regularmente, isto é, pelo menos uma vez por mês. Aproximadamente, 25 milhões de pessoas são dependentes químicos. As drogas consideradas mais problemáticas no mundo são os opiáceos, em primeiro lugar – cujo consumo se dá, especialmente, na Ásia e Europa –, e a cocaína, em segundo lugar – droga que, na América do Sul, mais leva à busca de tratamento por dependência.

Concluimos com estes dados que não existe um consenso sobre a diminuição ou o aumento do índice de prevalência da dependência química no Brasil e no mundo. Tem de se levar em conta vários aspectos: os conceitos de usuários e dependentes de drogas são diferentes e, muitas vezes, são considerados semelhantes; a metodologia empregada nas pesquisas; a intenção da pesquisa, se é de cunho científico ou político; etc. O importante é perceber que existe uma grande movimentação nos vários âmbitos de enfrentamento desta problemática.

É consenso mundial que o enfrentamento das drogas tem de ser globalizador, é necessário uma conscientização mundial da problemática das drogas, com a participação dos diferentes setores da sociedade: saúde, serviços de assistência social, polícias, judiciário, lideranças comunitárias e políticas públicas.

Como resposta à conscientização mundial deste fenômeno da drogadicção, no Brasil foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), em 2001, orientada por uma Política Nacional Antidrogas (PNAD), que reconhece que todas as pessoas envolvidas com esta problemática têm o direito de receber tratamento adequado, recuperação e reinserção social.

Os serviços especializados em dependência química, da rede de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de São Paulo, têm registrado aumento da demanda e grande lista de espera para o atendimento de dependentes químicos e seus familiares nos Caps-ad da Rede de Atenção à dependência química (Lourengo-Silva, 2007).

Diante desta problemática da drogadicção, vários modelos de atenção foram criados para dar conta desta demanda. O *Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde*, da Prefeitura Municipal de São Paulo, lançado em 2006, apresenta uma rede de serviços que trata desta problemática em seus diferentes níveis de agravamento, com várias possibilidades de intervenção.

É de consenso no manejo da drogadicção que não existe um modelo, local ou tipo de tratamento único que possa resolver esta questão; o que faz a diferença é o acesso à rede de serviços e a interconexão entre estes, configurando uma rede de proteção e apoio à dependência química (ver Fig. 1).

A literatura especializada (Secretaria Municipal de São Paulo, 2006; De Leon, 2003; Bergeret e Leblanc, 1991) e a nossa prática clínica nos leva a entender que a forma mais adequada é a abordagem que prioriza as demandas de cada indivíduo dentro de seu sistema familiar e de cada sistema familiar envolvido no problema da drogadicção, favorecendo o acesso às redes

de serviços que integram um tratamento globalizador: o dependente químico em seu contexto sociofamiliar.

Figura 1– Rede de atenção à drogadicção – rede de serviços.

Extraído de: Secretaria Municipal da Saúde, 2006.

Pensamos, com base em nossa visão de saúde pública, sob um olhar sistêmico multi e interdisciplinar, que uma configuração mais interessante, ainda que teoricamente, para o desenho explicativo acima poderia ser em forma de rede, pois assim inclui os serviços apresentados de modo interconectado, dando ênfase na sua distribuição de maneira uniforme, com diferentes olhares e atribuições, porém no mesmo nível de atendimento, sem hierarquia entre eles, sem a conotação de que um serviço seja mais importante que o outro, ou seja, a importância destes recursos se dá na inter-relação entre eles, para desta forma construir uma rede de apoio e atenção adequada, em que a porta de entrada pode ser a partir de qualquer ponto da rede de serviços; o direcionamento de cada caso será de acordo com a demanda que cada um exigir. Sabemos que na prática esta visão sistêmica de saúde pública, sobre a problemática da drogadicção, precisa ser coconstruída pelos diversos atores implicados neste processo. Sendo assim, para dar conta da complexidade do problema da drogadicção, o desenho proposto por nós assumiria a seguinte configuração:

Figura 2 – Rede de serviços em álcool e drogas

Recentemente, em meados de 2009, dentro desta visão multidisciplinar e interdisciplinar, foi criada uma parceria entre Prefeitura Municipal de São Paulo, área temática de Saúde Mental, e algumas comunidades terapêuticas para o atendimento a dependentes químicos, que sejam voluntários ao tratamento neste regime de internação, sem ferir os preceitos do movimento antimanicomial, cuja maior preocupação é evitar a reclusão, institucionalização e estigmatização do doente mental. Esta parceria foi criada, inicialmente, para dar conta da demanda da população dependente química que vive em situação de rua no Centro da cidade de São Paulo.

Faremos, a seguir, uma breve apresentação sobre esta situação específica da “Cracolândia”, em São Paulo, e, um pouco mais adiante, sobre comunidades terapêuticas, para melhor situar nosso campo de pesquisa (comunidades terapêuticas) e os participantes de nossa pesquisa, dependentes químicos, principalmente provenientes desta região.

O censo de 2009 refere que 13 mil pessoas vivem em situação de rua e possuem algum tipo de dependência crônica. Segundo o relatório da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – Fipe (2009, p. 3), sobre os principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da Cidade de São Paulo,

... o uso de substâncias psicoativas é uma constante na rua. A grande maioria (74%) declara utilizar: álcool, drogas ou ambos. Entre os jovens de 18 a 30 anos, a proporção atinge 80%. O consumo entre os moradores de rua é superior ao encontrado entre os que frequentam os centros de acolhida.

O álcool é a substância mais utilizada (65%), sendo mais frequente entre os mais velhos. Mas o consumo de drogas atinge também um grupo significativo (37%), alcançando 66% dos jovens até 30 anos. A droga consumida mais frequentemente pelos jovens é o crack: mais da metade deles declara utilizá-lo. O histórico institucional da população de rua da cidade é importante, já que mais da metade dos moradores de rua foi internado em alguma instituição, predominando casas de detenção, clínicas de recuperação de álcool e drogas e Febem. Entre os jovens, 70% passou por alguma instituição.

Em nosso estudo, trabalharemos com dependentes químicos, com foco em seu sistema sociofamiliar, provenientes, principalmente, desta região denominada “Cracolândia”.

1.2. Compreendendo a família no ciclo da drogadicção

Antes de falarmos dos sistemas familiares envolvidos no ciclo da drogadicção, faremos um breve histórico sobre a família.

Os estudos sobre a família, ao longo da história, sempre procuraram descrever um modelo familiar representativo do contexto social investigado. No século XIX, temos o modelo de família nuclear burguesa, que por muito tempo se destacou como modelo familiar vigente da sociedade ocidental capitalista. Apesar de outros grupos familiares de características diversas conviverem perifericamente com esse modelo hegemônico, é este que ganha destaque central nesta sociedade.

Não é simples definir o que é família. É fato que todos nós temos ou já tivemos uma família, não sendo de estranhar que a maioria das pessoas considere que ela sempre existiu, tal como é conhecida hoje em dia. Esta crença, no entanto, não significa que assim seja. A definição do conceito de família pressupõe uma série de fatores que devemos considerar com cuidado.

Falar sobre família é um assunto que demanda discussão. Muitos falam em sua falência, outros em suas possíveis transformações; contudo, o que podemos afirmar é que estamos falando de um conceito dinâmico, que vem cada vez mais transcendendo o conceito inicial de família biológica, tradicional, nuclear, ganhando dimensões amplas para abrigar os diferentes projetos pessoais, que vão moldar diferentes tipos de sistemas familiares.

Entendemos, com base em uma reflexão sistêmica (causalidade circular), que essas mudanças influenciam no desenvolvimento dos grupos familiares e, ao mesmo tempo, recursivamente, estes influenciam na construção social da realidade da qual fazem parte.

A partir de 1950, as transformações advindas da modernidade criam um novo panorama social. De acordo com Giddens (1991), as mudanças da modernidade criam uma transformação em salto, dando origem a um novo paradigma nas ciências e na forma de se pensar a sociedade ocidental, denominada “pós-modernidade” ou “modernidade tardia”, “modernidade líquida” (Bauman, 2001).

Há uma grande demanda individual e coletiva ante os acelerados acontecimentos da pós-modernidade. O indivíduo passa a experimentar várias situações inusitadas e desconhecidas, sem parâmetros para se assegurar, ficando, segundo Giddens, Beck e Lesh (1997), à mercê de sistemas detentores do poder e do saber, respectivamente representados pelo capitalismo liberal descontrolado e pelos conhecimentos tecnológicos. A influência dessas mudanças será sentida no âmbito individual, familiar e social.

Sennet (2001) nos mostra como essas mudanças refletem muito além das condutas e do comportamento dos indivíduos, modificando-os profundamente, levando-os a questionarem seus valores, seus mitos e crenças, colocando em pauta a ética das relações humanas em nossa sociedade em face do “novo capitalismo”. Esse autor nos remete ao enfraquecimento das estruturas sociais estabelecidas anteriormente. O poder e o saber tradicionais dão lugar ao relativo, ao paradoxal e ao ambíguo, mostrando-nos a necessidade de grande espontaneidade e flexibilidade para lidar com essa nova forma de sentir e estar no mundo, imposta por esse novo capitalismo.

É nesse cenário social que se desenham figuras tão paradoxais: ao mesmo tempo em que constatamos grandes avanços tecnológicos em campos como a medicina, a engenharia e tantos outros, deparamo-nos com o recrudescimento da pobreza, o ressurgimento de doenças consideradas extintas e o enriquecimento de uma ínfima camada social da população, em detrimento de um grande número de excluídos beirando à extrema pobreza. Uma sociedade com tanta desigualdade se torna cada vez mais vulnerável aos fenômenos da violência, da miséria, do alcoolismo e de outras drogas.

Nesta sociedade atual, denominada “sociedade pós-moderna”, surgem diversos modelos de família, como monoparentais, reconstituídas,

homossexuais, entre outras, diminuindo visivelmente o número da chamada “família nuclear” ou “tradicional”; contudo, este modelo é ainda o predominante na maioria das sociedades ocidentais (Calderón e Guimarães, 1994).

Os novos modelos de família surgem como resposta as estas mudanças na sociedade, tais como: as alterações nos papéis de gênero, a importância da criança na família, as transformações demográficas (aumento no número de divórcios, diminuição das taxas de natalidade e envelhecimento da população), a maior proteção à liberdade de expressão dos desejos pessoais e à autonomia das pessoas.

Devemos atentar para o fato que este novo desenho de família só pode ser garantido numa sociedade que aponta para o acolhimento e o respeito às diversidades, à inclusão e à melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

Para Slepj (2000), a família consiste em um fenômeno elaborado culturalmente, o que explica a existência de diversas estruturas familiares, que se constituem como resultado de fatores sociais, ideológicos, políticos, econômicos, biológicos e ambientais.

De acordo com Carvalho (1994), a família vai se desenhando e redesenhando no seu “tempo e espaço de vida”, sofrendo constantes mudanças, de forma a responder às exigências impostas pela sociedade.

Na família ocidental atual prevalecem os valores de democracia e igualdade entre ambos os sexos, ainda que apenas no campo ideológico. O estabelecimento de relações não se prende tanto a perspectivas de aliança, como no modelo de família tradicional, mas sim à satisfação pessoal, havendo uma maior valorização do indivíduo, que se sobrepõe à valorização da família como instituição, que está acima das realizações pessoais. Para Carvalho (ibid.), a nova configuração de família que se redesenha nesse novo tempo e espaço transcende o fenômeno estritamente biológico para atingir uma dimensão mais ampla, centrada na busca de realização pessoal. Deixa-se de ter uma representação da família como núcleo econômico e reprodutivo e se passa a considerá-la um núcleo de compreensão socioafetiva.

Como podemos perceber, nesta breve explanação, o conceito de família é flexível, apesar de manter aspectos comuns, independentemente da época e da cultura. Portanto, devemos estar atentos às transformações pelas quais passa nossa sociedade e, dentro dela, a família, “microcosmo” desta, agindo e sofrendo suas ações, suas interferências, recursivamente.

Com as mudanças sociais são colocados em xeque os modelos familiares tradicionais, que já não correspondem mais à realidade de nossa sociedade. As novas formas de pensar e compreender a realidade, que advêm da chamada pós-modernidade, ao mesmo tempo em que influenciam as crenças, costumes e tradições, são também por estes influenciados, produzindo uma enorme gama de variações em termos de estrutura familiar.

1.2.1. A família no ciclo da drogadicção

Este tema foi por nós descrito de forma mais detalhada em Lourenço-Silva (2001), portanto, apresentaremos aqui algumas características que nos parecem relevantes para elucidar o presente estudo.

Stanton e Todd (1990) afirmam que, geralmente, o início do uso de drogas se dá na adolescência, e dividem em três etapas esse uso pelo adolescente: a primeira etapa seria caracterizada pelo uso de drogas legais, como álcool, num contexto sociofamiliar; a segunda etapa é marcada pelo uso de drogas ilegais, como a maconha, nos grupos de pertença, cujo uso, geralmente, é esporádico ou como única experiência; a terceira etapa tem como característica o uso inadequado ou até abusivo de drogas ilegais, como maconha e/ou outras drogas. Esta terceira etapa parece estar mais ligada às questões familiares que as duas primeiras, que aparecem em função dos grupos de pares (grupo social de identificação do adolescente ou grupo de pertença), pois, como confirmaremos em nosso estudo, a vulnerabilidade do sistema familiar está intrinsecamente ligada às questões do ciclo da drogadicção.

Os primeiros estudos sobre famílias adictas datam, aproximadamente, de 1960, tendo como base uma interpretação mais psicanalítica, focando a relação simbiótica mãe e filho adicto e a ausência do pai.

Dentro desta perspectiva, destacam-se alguns trabalhos sobre famílias com drogadicção, dentre os quais Kalina (1988 e 2001) e Kaufman e Kaufman (1979), que descrevem as relações familiares, caracterizando a relação entre a mãe e o filho adicto como simbiótica, com a ausência do pai. A mãe aparece como uma figura superprotetora e o pai ausente na relação familiar. Essa superproteção da mãe é ambivalente, pois ao mesmo tempo em que se relaciona com seu filho adolescente como se ele fosse um bebê, ela é, por outro lado, extremamente permissiva com esse filho, somando-se a isto a ausência do pai. Desta forma, segundo Kalina (2001), o adolescente desenvolve-se com dificuldades em lidar com limites e regras, comprometendo sua identidade e suas relações sociais. Às vezes, o pai pode aparecer como líder da família, autoritário e forte, porém, numa investigação mais profunda desse sistema familiar, veremos que é a mãe quem detém o poder na família, configurando uma disputa velada entre os dois cônjuges. Kaufman e Kaufman (1979) afirmam que os outros irmãos do indivíduo farmacodependente parecem ser mais ligados ao pai, não conseguindo quebrar a relação simbiótica mãe e filho adicto. E, quando se trata de uma filha farmacodependente, ela parece competir com a mãe.

Segundo Kalina (1988), as famílias com adolescentes adictos têm sido descritas como confusas, superprotetoras, rígidas e incapazes de resolver conflito. A nosso ver, estas famílias, diante do ciclo da drogadicção, ficam engessadas, imobilizadas para uma ação pró-ativa na resolução de um conflito, muitas vezes enveredando por caminhos já conhecidos e fadados ao fracasso, que denominamos de “ciclo vicioso” da dependência química, mais detalhado adiante.

Outras características importantes das famílias envolvidas no ciclo da drogadicção, apontadas na literatura, são:

- contato adicto familiar: o adicto apresenta um apego à família de origem maior que os vínculos dos outros familiares em geral. É comum em nossa prática clínica encontrarmos indivíduos, por volta de 30 e 35 anos, ainda morando com os pais; quando compõem sua família nuclear, de alguma

forma, geralmente, mantêm uma dependência com a família de origem, mesmo para resolver questões da família nuclear;

- medo de separação e diferenciação: a família adicta apresenta-se, geralmente, como um sistema familiar emaranhado, segundo o termo de Minuchin (1995), no qual a diferenciação é vista como uma ameaça à integração familiar. Segundo Bowen (1991), em sua escala de diferenciação, o grau de diferenciação da família é proporcional à saúde do sistema familiar. As famílias bem diferenciadas apresentam estruturas que propiciam a necessária coesão e estabilidade para garantir a integração do sistema e a própria identidade de cada um de seus membros, tornando-os preparados para as demandas do ciclo vital. Em famílias disfuncionais, essa diferenciação é bloqueada ou mínima, há um comprometimento do indivíduo e do sistema familiar, as fases do ciclo vital (Cerveny, 1997) ficam paralisadas, os pais parecem não conseguir fazer a passagem da fase de aquisição (Bergami e Berthoud, 1997), com filhos pequenos, para a fase adolescente da família (Cangelli-Filho e Luisi, 1997), com filhos adolescentes, relacionando-se com estes filhos como se fossem crianças. As famílias com filhos adultos (dependentes químicos) ficam presas na fase adolescente, não conseguindo evoluir para a fase madura (Carboni e Coelho, 1997), representada por membros adultos com alto grau de diferenciação;
- a função do sintoma de adicção parece ser o de poupar os fracassos dos outros membros familiares. Temos visto, em nossa prática em terapia de família, o aparecimento de sintomas ou conflitos em outros membros da família, quando o paciente identificado fica abstinência e melhora sua conduta social. É comum, diante dessa situação, o adicto recair e, logo em seguida, esse sintoma familiar desaparecer. A família parece precisar tanto do adicto como ele dela;
- falta de limites impostos pela família: encontramos nessas famílias um alto grau de tolerância com as condutas antissociais do adicto. Os membros familiares parecem suportar qualquer tipo de distúrbio de comportamento do adicto, roubos, violência, mentiras, etc. Dificilmente um membro da família é

capaz de dar limites para o adicto e, quando o faz, é frequentemente boicotado por outro familiar. Em prescrição de tarefas para a família trabalhar com essa falta de limite, é comum termos de enfrentar o boicote de um dos pais; por exemplo, a mãe esconde do pai que o filho recaiu nas drogas, a avó passa a dar dinheiro escondido para o adicto, contrata-se advogado para que o adicto não seja enquadrado pela polícia, quando necessita assumir sua responsabilidade diante de um furto ou roubo. A família tende a protegê-lo dos agentes “ameaçadores” externos;

- o lema dessas famílias, segundo Stanton, Todd e outros (1990), é “suportamos qualquer coisa, mas não nos abandone”; desta forma, para o adicto, separar-se da família é uma tarefa quase impossível. A proteção às condutas inadequadas do adicto parece ser em função do medo de separação, de perder esse filho querido e superprotegido, principalmente pela mãe. Isto se configura como um paradoxo, pois quanto mais esse filho é protegido, mais entregue às drogas ele estará.

1.2.2. Trabalhando com famílias no ciclo da drogadicção

Os indivíduos das diferentes classes sociais podem tornar-se enfraquecidos, vulneráveis, social, econômica e psiquicamente, para o enfrentamento de problemas que se agravam nesse contexto social de aceleradas mudanças (Bauman, 2001), como o fenômeno da drogadicção.

Assim como Sluzki (1997), acreditamos que a instabilidade advinda do novo capitalismo e da pós-modernidade cria demandas para o atendimento dos indivíduos socialmente desfavorecidos, a fim de que possam se beneficiar do desenvolvimento de redes sociais sustentáveis, melhorando suas condições e sua qualidade de vida individual e coletiva.

Minuchin (1995), em seu trabalho com famílias de baixa renda, em situação de vulnerabilidade social (com vários problemas sociais, inclusive drogas), desenvolveu ações junto a estas comunidades, colaborando para a elaboração da “técnica estrutural de terapia familiar”, modelo este bastante satisfatório para a intervenção nestes sistemas familiares. Este modelo, junto

com o modelo de “terapia familiar estratégica”, de Haley (1979), tem sido utilizado em vários serviços especializados em tratamento e prevenção de drogas e recomendado por autores como Stanton, Todd e outros (1990), especialistas mundialmente reconhecidos, que trabalharam com dependentes químicos e suas famílias. Lourenço-Silva, Macedo, Derntl e Bergami (2006), em trabalho com dependentes químicos e suas famílias, utilizaram o modelo misto de terapia familiar estratégica e estrutural, recomendado anteriormente por Piszczman (1996), como um excelente modelo de terapia familiar breve.

No Brasil, a teoria de Paulo Freire (1987) nos mostra a importância de se considerar a noção de mundo do indivíduo no processo de aprendizagem. O autor descreve o processo socioeducativo como um modelo participativo construtivista. Para ele, o homem se constitui como sujeito e protagonista de sua história com a comunicação, no diálogo, numa construção conjunta dos significados. Para Freire, a comunicação adquire uma dimensão política, quando o diálogo permite aos sujeitos refletirem sobre uma determinada situação; ao problematizar-se uma questão, cria-se um processo de conscientização, de crítica, que em conjunto, num processo de interatividade e coparticipação, dá origem a ações transformadoras da realidade.

Barreto (2005), utilizando uma metodologia baseada no pensamento pedagógico de Paulo Freire, de uma comunicação horizontal e democrática, afirma que os sujeitos ao ganharem voz, o direito de expressar sua noção de mundo e compartilhá-la com outros sujeitos, numa relação de igualdade, estimulam o grupo a resgatar os recursos resilientes e o fortalecimento de seus membros. Com base nestas idéias, o autor desenvolveu a técnica de “terapia comunitária sistêmica”, que visa, principalmente, revelar as competências de indivíduos constantemente desvalorizados e excluídos das comunidades que vivem em situação de pobreza. Barreto (ibid.) tem utilizado, também, em seu modelo de terapia comunitária integrativa sistêmica, alguns recursos da técnica de terapia familiar estrutural de Minuchin e Fishman (1990), como a conotação positiva, a ressignificação de histórias de vida (Minuchin, 1995). Durante o curso de terapia comunitária por nós frequentado em 2002 (curso de terapia comunitária para a rede de saúde mental do município de São Paulo), tivemos contato com várias técnicas desta terapia comunitária, de fácil manejo,

destinada principalmente a terapeutas leigos. Esta experiência foi muito importante para a compreensão e o atendimento de famílias com vulnerabilidade social e problemas com violência, alcoolismo e drogadição (Lourenço-Silva e outros, 2009), estimulando-nos para o nosso presente estudo.

Nesse presente estudo nos dedicaremos a trabalhar com famílias de diferentes origens – cultural, social e econômica –, que têm em comum a vulnerabilidade para a drogadição. São famílias que têm membros dependentes químicos em tratamento em comunidades terapêuticas. Estas comunidades, no Brasil, carecem de modelos de intervenção que envolvam o sistema familiar, ou seja, o paciente junto com sua família, na resolução do problema.

1.3. Comunidades terapêuticas para dependentes de drogas

A definição de comunidade terapêutica (CT) é muito flexível, pois temos vários tipos de instituições que se denominam CT; desta forma, com base nestas diferentes CTs, cada uma com sua forma de funcionar e com sua linha de trabalho no enfrentamento da dependência química, fica difícil uma definição ampla, que possa contemplar todas estas formas de tratamento apresentadas pelas comunidades terapêuticas para dependentes químicos. Por não termos a intenção de aprofundar questões de ordem mais específicas sobre as diferentes concepções e visões sobre o tema, optamos por eleger como guia para nossa discussão o texto “Conceito de comunidade terapêutica”, de Saulo Monte Serrat (2009), que revisita o trabalho de De Leon (2003), sistematizando e restringindo as informações ao que julgamos mais relevante ao nosso propósito.

De Leon (2003), ao discutir as implicações de tamanha flexibilidade quando se trata de definir CT, afirma que a grande diversidade de programas dificulta a avaliação dos tipos de CT, acentuando a necessidade de se definir elementos essenciais do modelo e do método da comunidade terapêutica.

A preocupação do autor justifica-se, sobretudo, quando pensamos que tal flexibilidade na definição e nas práticas das CTs se, por um lado, é algo

favorável, por outro, pode acarretar certos equívocos, comprometendo sua essência mesma.

O autor, apesar de sua preocupação, não deixa de considerar a flexibilidade como algo positivo, particularmente se pensada como “uma abordagem de autoajuda fora das correntes psiquiátrica, psicológica e médica” (ibid.). Ou seja, para De Leon (ibid.), o enfoque, nesse tipo de atendimento, recai sobre o indivíduo, visto em sua totalidade, e não à droga, o que implica uma mudança significativa quanto ao que se espera ao longo de todo o processo. Seu objetivo é que o indivíduo, durante o tempo de seu tratamento, mediante ações específicas e de acordo com as diretrizes da instituição, possa atingir um grau de autoconhecimento decisivo para uma mudança global em sua vida, seja na relação consigo e com seus companheiros de convívio diário, seja com os demais grupos – sociais, familiares, etc.

Cabe lembrar, contudo, antes de prosseguirmos, que a afirmação sobre “uma abordagem de autoajuda fora das correntes psiquiátrica, psicológica e médica” só faz sentido se pensada em termos relativos. Ao se dedicar a um público com tais características, nunca estaremos fora desses âmbitos; ao contrário, o diálogo com essas esferas é não só essencial como cada vez mais necessário. Basta lembrar que o autor é um dos maiores responsáveis pela divulgação e pela legitimação científica dos estudos sobre CTs, particular e fundamentalmente nas três esferas citadas.

Do mesmo modo, as diretrizes assumidas por cada instituição influenciará diretamente tanto na sua maneira de organização quanto nos resultados esperados. Exemplo disto são as CTs partidárias de uma orientação religiosa, o que define, de imediato, quem serão seus dirigentes, como será constituída e orientada sua equipe técnica e demais colaboradores, quais os valores a serem seguidos e, mesmo, a qual população atenderá.

Retomando nossa discussão, é essencial, para De Leon (ibid.), esse convívio com os companheiros, tendo-se em vista que estes são considerados por ele os principais agentes de mudança, ao menos nesse primeiro momento, servindo como referência para interações futuras com os diferentes grupos. Não podemos esquecer, ao tratarmos dessa questão, o papel essencial que desempenha também a equipe da CT, presença contínua e primordial para os

internos. Ambos, companheiros e equipe técnica, poderão servir de modelo de relações saudáveis e de família ajustada (não é por acaso, em muitas CTs, os membros se tratam por “família” em ocasiões como reuniões ou assembleias).

Para que esta comunidade possa funcionar de modo adequado, De Leon enfatiza ainda a necessidade de seus membros se conscientizarem e se furtarem a certas experiências outrora frequentes, como o uso de drogas, o contato sexual e a violência física (e cabe lembrar, novamente, também as mais diversas formas de violência psicológica).

Não podemos avançar, em nossa breve explanação sobre as CTs, sem apontar a dificuldade em se manter os princípios citados por De Leon no parágrafo anterior. Para se chegar ao nível proposto pelo autor, é preciso um longo percurso de conscientização dos indivíduos; drogas, sexo e violência são, muitas vezes, os únicos recursos encontrados pelos internos para lidarem com questões que de outra maneira não puderam encontrar vazão. É necessário, portanto, um trabalho de equipe para que esses comportamentos possam ser substituídos por outros, não apenas como uma “exigência externa” (como a imposição da equipe ou da instituição, de modo mais geral), por vezes sem sentido para o indivíduo, mas pela real conscientização de como esses comportamentos podem ser prejudiciais a ele, pessoal e coletivamente.

A proposta de De Leon não deixa de ter um tom ambicioso, tendo-se em vista o resultado esperado e mediante a série de renúncias a que o indivíduo deve proceder, o que requer, por sua vez, um grau (e uma capacidade) de conscientização expressivo deste, e uma equipe muito bem preparada e amparada para se chegar a bom termo.

Por fim, cabe registrar que, por maiores e essenciais que sejam as contribuições de De Leon, estas devem ser criticamente interpretadas, entre outras razões, pela diferença cultural entre a realidade da qual deriva a sua experiência e a nossa.

Até esse momento de nossa exposição, acompanhamos mais de perto o trabalho de De Leon (ibid.), por ser um dos autores de maior renome quando se trata de comunidades terapêuticas e, particularmente, por ter nos fornecido

o mote para a discussão que se processou até aqui, ou seja, a “flexibilidade” na definição e nas práticas em CTs.

Considerando-se o que acabamos de expor, devemos aprofundar nossa discussão recorrendo a outros autores, que possam lançar mais luzes sobre o que se entende por CT e seus desdobramentos no campo das teorias e das práticas.

Apenas a título ilustrativo, é interessante notar que Regadas (2001) em sua experiência com CT, de modo muito semelhante a De Leon (2003) destaca aspectos como: a importância das assembleias comunitárias para a coesão interna do grupo e para a criação de um sentimento de solidariedade fraterna, e como o lugar privilegiado para examinar as normas e as eventuais transgressões a elas; a obediência de todos, sem distinção, a princípios básicos; a proibição de drogas, contatos sexuais, violências ou ameaças; a importância de ser verdadeiro consigo mesmo e com os demais; e, por fim, a necessidade de se existir uma disciplina na confrontação assim como a sua constância, o que vai diminuindo cada vez mais o desejo da droga.

Como podemos notar, apesar de tratarem de contextos diferentes e possuírem experiências distintas, os autores citados destacam características semelhantes em sua concepção de CT.

Goti (1990) também segue nesta mesma linha, não sem antes lembrar que a comunidade terapêutica não se destina a todo tipo de dependente. O autor elenca os seguintes pontos em sua caracterização de CT: a) esta deve ser aceita voluntariamente; b) é um modelo residencial de um meio altamente estruturado; c) atua por meio de um sistema de pressões, artificialmente provocadas; d) estimula a explicitação da patologia do residente diante de seus pares, os quais deverão servir de espelho da consequência social de seus atos; e) estabelece um clima de tensão afetiva; e f) considera o residente o principal autor de sua cura, lembrando que a equipe oferece apenas apoio e ajuda.

Mais uma vez, apesar das diferenças temporais e contextuais, fica registrado como as CTs mantêm pontos semelhantes de identidade. Todas as definições parecem contemplar aspectos comuns, como visto, e somarem-se

uma às outras, atualizando conceitos, revendo e revelando novas posturas, sugerindo novas estratégias de trabalho, etc.

De maneira mais ou menos explícita, fica claro como todas elas enfatizam o papel fundamental que desempenha cada segmento da CT para sua boa gerência e para o sucesso de sua empreitada. Do que foi dito, podemos depreender que, tanto na criação quanto na manutenção das CTs, a interação constante entre seus participantes é peça indispensável. Isto, por sua vez, nos conduz a afirmar que, se cada membro da CT, individualmente, é responsável pelo sucesso da instituição, este só pode ser de fato alcançado conjuntamente, reunindo a todos em torno de um objetivo único, todos coautores do projeto CT e de suas vidas.

Como apontamos no início desta breve apresentação, não pretendemos proceder a um histórico e a uma discussão aprofundados sobre a definição de CT. Considerando nosso objetivo, aqui, e para não nos estendermos demasiadamente, optamos por apresentar, neste momento de nossa investigação, a síntese elaborada por Serrat (2009, p. 23) sobre uma concepção provisória de CT, do modelo psicossocial. Segundo o autor, seria ela:

Ambiente residencial protegido, técnica e eticamente orientado, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Seu objetivo é recuperar os internos, resgatando sua cidadania, buscando sua reabilitação física e psicológica, e a reinserção social. Nela deve haver uma participação ativa dos internos na própria terapia e, dentro de limites, no governo da Comunidade.

São algumas de suas características: a) a aceitação voluntária do programa; b) a intensa e constante comunicação entre todos os membros; c) a atuação dentro de um sistema de pressões artificialmente provocadas, que estimula a explicitação da patologia do residente diante de seus pares; d) o enfoque na pessoa como um todo, dando-se ênfase a ela e não à droga; e) a coesão interna sustentada por um sentimento de solidariedade fraterna e pela aceitação de valores morais; e f) não às drogas, aos contatos sexuais e à violência.

Acreditamos que os elementos essenciais desta síntese foram suficientemente discutidos por nós ao longo de nossa apresentação.

Retornando no tempo, encontramos registros sobre a existência de CT desde 1931. Mas é importante lembrarmos que os pioneiros das comunidades terapêuticas foram Harry Stack Sullivan e Maxwell Jones, na primeira metade do século XX, que tiveram importante papel na psiquiatria moderna, humanizando as instituições para o tratamento de pacientes em crise, que necessitavam de internação. Jones (1968) foi quem primeiro usou o termo “comunidade terapêutica”, em 1953, como substituto dos manicômios, duramente criticados por ele, procurando estabelecer seus princípios e normas. De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a proposta das comunidades terapêuticas, para o atendimento aos doentes mentais em geral, tem sido considerada a “terceira revolução da psiquiatria”.

Para Jones (1968), a diminuição da distância existente entre direção, equipe técnica – nas suas palavras, “equipe de tratamento” – e internos seria responsável por uma organização social democrática, cujo fundamento encontrar-se-ia na participação ativa dos internos em sua própria terapia, na comunicação livre entre todos e nas assembleias, reunindo todos os membros da CT.

Esses princípios são, em essência, ainda hoje, a base das CTs. Por essa razão mesma, cabe pensar com cuidado cada uma delas, para evitarmos equívocos ou compreensões simplistas.

A definição essencial de “comunidade”, encontrada em diversos dicionários, é a partilha de interesses, hábitos ou opiniões comuns por um determinado grupo de pessoas; de fato, o que é “comum” é o que justifica a reunião e a manutenção das pessoas em torno de certo objetivo. Entretanto, não podemos esquecer que, por mais comuns que sejam os objetivos, os indivíduos são diferentes.

Essa diferença, tanto no âmbito da equipe técnica como no dos internos, é determinante no tipo de instituição criada e nas suas diretrizes, assim como no seu sucesso a curto, médio e longo prazo.

Um dos maiores desafios das CTs é justamente a conscientização de sua população sobre o objetivo comum que os une. Tal conscientização pressupõe, por sua vez, uma base de informações e negociações que levem seus participantes a se identificarem minimamente com os objetivos visados, ou seja, é preciso que cada indivíduo se sinta contemplado e acolhido pela proposta da qual passará a ser membro; em outras palavras, da “comunidade” da qual deverá participar “de forma ativa”, no que se refere à sua terapia e, também, nos demais âmbitos citados por Jones (1968), acima.

Não é possível, por mais democrática que seja uma comunidade, desconsiderar a hierarquia nela existente. A posição de cada indivíduo na comunidade marca, por si só, o seu papel nela; basta lembrar, como já nos referimos anteriormente, que ela é composta por pacientes e diversos profissionais, entre funcionários, equipe técnica, dirigentes, possíveis voluntários, etc.

A afirmação sobre a “diminuição da distância” existente entre os diferentes segmentos da CT, assim – se constitui um elemento importante neste tipo de instituição –, deve ser atentamente considerada, uma vez que a hierarquia aqui é essencial para a própria manutenção da instituição e o sucesso do tratamento.

O que gostaríamos de enfatizar, com o que expusemos acima, é que, exatamente pelas características mais comuns ao tipo de população que compõe as CTs, essa hierarquia cumpre um papel fundamental, ao estabelecer noções claras de limites e regras que devem ser respeitadas em prol do bem comum. Aqueles que ocupam um lugar de maior responsabilidade na hierarquia – sejam eles parte da equipe técnica, médicos, dirigentes, etc. – devem ter clareza que seu comportamento e suas ações são constantemente tomados como exemplos, parâmetros, sobretudo para aqueles cujo histórico de vida pouco contribuiu para a sua formação, tanto no âmbito individual, quanto familiar e social.

Esse aspecto torna ainda mais imprescindível o papel das “assembleias”, que devem ser espaços nos quais estas diferenças – assim como outras ocorrências – possam ser postas à prova, esclarecendo-se aqueles elementos que permeiam o cotidiano dessa população, para se chegar

o mais próximo possível a um consenso, por meio de uma “comunicação livre entre todos”.

Percebe-se, pelo que foi exposto, o longo caminho que ainda temos de percorrer quando se trata de CTs. É justamente por isso a preocupação de muitos autores, que têm se dedicado a estudá-las, com contribuições advindas, principalmente, daqueles profissionais que, trabalhando em CTs, procuram introduzir em seu cotidiano conceitos e práticas partidárias de sua formação acadêmica, o que poderia gerar alguns conflitos quanto à própria definição de CT.

Tenhamos em vista, diante disso, algumas definições oficiais de CT, que possam nos auxiliar neste momento e fornecer maiores subsídios quando nos dedicarmos ao estudo da Comunidade Terapêutica AEP, logo adiante, a qual privilegiamos neste trabalho. Ao nos dedicarmos a essa tarefa, não pretendemos proceder a uma investigação exaustiva, e sim ao levantamento de alguns tópicos que possam contribuir de maneira mais direta ao nosso objetivo.

A Anvisa, por meio de sua Resolução nº 101/2001 (recentemente, foi publicada a resolução RDC nº 29/2011, que manteve esta definição), define comunidades terapêuticas contemplando características semelhantes àquelas que vimos destacando até o momento. No seu entender, estas são:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial; são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Vemos, nessa definição da Anvisa, muitos dos pontos destacados por De Leon (2003), Serrat (2009) e por nós discutidos, como a necessidade de se contemplar tanto aspectos gerais como as necessidades específicas dos indivíduos durante o seu tratamento. Reforça-se aqui, ainda, a ideia da convivência entre pares, a ajuda mútua e a participação de todos, pacientes e equipe, nas distintas instâncias, para o sucesso do tratamento. Devemos frisar, nessa definição, a necessidade de um projeto suficientemente bem elaborado, que seja de conhecimento e familiar a todos, visando sempre ao fim maior da recuperação dos indivíduos, sua reabilitação o mais plena possível e sua reinserção social.

Por tudo isso, mais uma vez, fica claro o quanto se faz necessário que uma proposta de CT contemple enfaticamente um trabalho de formação, orientação e supervisão de sua equipe. As CTs lidam com pacientes de origens diversas, muitos deles sem recursos materiais e psicológicos, necessitando de uma equipe capaz de fornecer-lhes os elementos básicos essenciais à sua permanência (e, por vezes, sobrevivência) na instituição e, posteriormente, à sua reinserção no meio social. (Cf., mais adiante, sobre este tópico, nosso trabalho na CT AEP.)

Dando prosseguimento à nossa discussão, encontramos, além daqueles pontos comuns com definições anteriores, dois aspectos que merecem destaque e que serão contemplados, também, em nossa discussão sobre a CT AEP e que são referendados por Serrat (2009) e pelo *Glossário de álcool e drogas* da OMS (2004).

O primeiro diz respeito à participação de pessoas recuperadas de uma dependência em alguma instância administrativa ou, mesmo, casos em que a CT é dirigida, principalmente, por pessoas com este perfil. O que queremos enfatizar, aqui, é como essa característica é bastante comum e esperada, uma vez que muitos indivíduos encontram na CT seu primeiro modelo de relação saudável, de vínculo estável, desejando partilhar com os demais, recém-chegados e outros internos, sua experiência “positiva”. Sem aprofundar muito essa discussão, à qual retornaremos em nosso próximo item, precisamos alertar para a necessidade de se considerar com cuidado este aspecto, pois para muitos “recuperados” a permanência na CT pode contradizer os objetivos

visados, tendo-se em vista que estes podem se sentir reféns, emocional e psicologicamente, da instituição, servindo-se de sua permanência nela para evitar o contato com a realidade exterior – e, conseqüentemente, com os seus conflitos. Uma das preocupações maiores com o tratamento prolongado em CT é a ocorrência deste tipo de institucionalização, visto com frequência nas instituições manicomiais. Este modelo comunitário deve priorizar o atendimento humanizado e a garantia da autonomia de seus pacientes.

Este fato nos remete ao segundo aspecto a ser considerado, ou seja, o “isolamento geográfico” em que se encontram muitas CTs. Aqui, como no caso anterior, devemos ficar atentos. Tal isolamento tem por função, entre outras, proteger os internos de possíveis recaídas, da exposição a estímulos negativos que devem ser evitados, como o convívio com elementos ou grupos destrutivos, usuários ou fornecedores de substâncias químicas; do mesmo modo, às vezes, o afastamento da família é essencial, pois nem sempre esta se encontra em condições de ajudar o membro adicto, exercendo sobre ele um papel de “codependência” (este conceito será pauta de nossa discussão dos resultados), agravando ainda mais o seu problema. Assim como no caso anterior, cabem as mesmas ressalvas. Tal isolamento não pode representar para o ex-interno, agora parte da equipe, um refúgio, que o mantenha afastado do convívio social em larga escala. Quanto ao afastamento da família, não compartilhamos que este tempo de distanciamento seja maior que 15 dias, tempo estimado de desintoxicação do paciente e, metaforicamente, da família, como explicaremos em capítulo específico. Parte fundamental de sua recuperação será dada justamente pela sua capacidade de transitar entre esses dois universos, o da CT e o da comunidade exterior, com a qual deverá estar sempre em contato direto.

Como podemos observar nesta descrição sobre CTs, pouco se fala de um atendimento direcionado aos familiares, pois o foco principal é o grupo de pares. Porém, quando se fala da importância do livre acesso entre os dois espaços, o da CT e o da comunidade externa, representado pelo contexto sociofamiliar do dependente em tratamento, não podemos deixar de lado a família, pois é na construção dos vínculos sociofamiliares que este trânsito se

tornará possível, para que, após o término do tratamento, o dependente possa reinserir-se definitivamente em seu meio social e familiar.

Algumas comunidades, em seu projeto terapêutico, permitem o contato com as famílias de um a três meses após o início do tratamento, por meio de visitas familiares na CT, e depois saídas terapêuticas, quando os dependentes saem para passar finais de semana em casa. Geralmente, as CTs apresentam trabalho com famílias em grupos de famílias (sem a presença do paciente), nos quais trocam experiências e são orientados por técnicos ou conselheiros em dependência química.

Provavelmente, por terem sido introduzidas no Brasil por meio de religiosos, as comunidades terapêuticas em nosso país, na sua maioria, são dirigidas por religiosos ou ex-dependentes que, por sua vez, são recuperados de CTs religiosas. Como já descrevemos anteriormente, a orientação e o papel que a direção de uma CT assume vai influenciar diretamente na sua maneira de organização, na supervisão de sua equipe terapêutica e de seus colaboradores, nos valores a serem seguidos, na população que será atendida, assim como nos resultados esperados.

Faremos, a seguir, uma breve apresentação das pesquisas encontradas nas comunidades no Brasil, a fim de ilustrar melhor nossa discussão.

Ao levantarmos os dados sobre comunidade terapêutica no Brasil, percebemos que, apesar de serem direcionadas para um trabalho semelhante ao descrito acima por De Leon (2003), a maioria é de ordem religiosa – católica, evangélica ou protestante. Ainda é grande o número de comunidades religiosas que não têm em seu projeto terapêutico o tratamento médico ou psicológico, tendo como base principal e única a fé em Deus. “O encontro com Deus é a solução de todos os males do espírito e da carne”, comenta um pastor evangélico, coordenador de CT, Serrat (2009).

Hoje, no Brasil, existem, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), aproximadamente, 2.500 CTs; 55% destas estão localizadas na região Sudeste, 30% na região Sul e 15 % nas demais regiões. Estas CTs são responsáveis pelo atendimento de 80% dos dependentes químicos que procuram tratamento.

Estas CTs têm como principais elementos de tratamento a religiosidade e as terapias comportamentais, modelo de AA e NA (grupos de mútua ajuda para alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos, respectivamente).

Estudos epidemiológicos quantitativos associam a religiosidade à maior proteção ao consumo de drogas e a melhores índices de recuperação em tratamento médico para dependência de drogas (Dalgarrondo et al., 2004).

Segundo Hodge, Cardenas e Montoya (2001), a religiosidade atua como protetora ao consumo de drogas para aqueles que estão, de alguma forma, ligados a uma religião, como praticantes regulares ou guardadores dos preceitos religiosos, ou, ainda, que tiveram educação religiosa formal na infância.

Segundo Sanchez, Oliveira e Nappo (2004), no Brasil, um estudo mostrou que a maior diferença entre adolescentes usuários e não-usuários de drogas psicotrópicas, de classe socioeconômica baixa, era a sua religiosidade e a de sua família. Observou-se que 81% dos não-usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração e que apenas 13% dos usuários de drogas tinham este mesmo comportamento religioso.

Silva e outros (2006) referem que uma pesquisa com estudantes universitários em São Paulo mostrou que alunos com renda familiar alta e sem religião apresentavam maior risco para o consumo de drogas em relação aos religiosos. O mesmo estudo identificou a ausência de bebedores excessivos entre espíritas e protestantes que professam suas religiões.

Richard, Bell e Carlson (2000) afirmam que a frequência regular à religião professada contribui para a diminuição do consumo de drogas, como a cocaína, e para a prevenção à recaída. Estes autores descrevem que a religiosidade pode auxiliar no processo de recuperação de dependentes de drogas principalmente pelo acolhimento e apoio oferecidos, como uma rede de proteção que contribui para o resgate de sua identidade, cidadania e autoestima, com um valor de enriquecimento social por meio do convívio e dos novos vínculos adquiridos.

Estes autores (ibid.) realizaram uma pesquisa com ex-usuários de drogas que haviam utilizado recursos religiosos não-médicos para tratar a dependência de drogas, abstinentes há pelo menos seis meses. Foram analisados três grupos religiosos: católicos, evangélicos e espíritas. Segundo o autor, houve diferenças no suporte ao dependente de drogas em cada grupo. Os evangélicos foram os que mais utilizaram a religião como forma exclusiva de tratamento, não aceitando nenhum tipo de tratamento médico e farmacológico. Os espíritas foram os que buscaram mais apoio terapêutico à dependência de álcool, simultaneamente ao tratamento convencional (os autores sugerem que, talvez, esta conduta seja explicada por este grupo ter apresentado maior poder aquisitivo em relação aos outros). Os católicos utilizaram mais a terapêutica religiosa exclusiva, mas relataram menos repulsa a um possível tratamento médico. A importância dada à oração como método ansiolítico era comum nos três tratamentos. Segundo os entrevistados, o que os manteve na abstinência do consumo de drogas foi mais do que a fé religiosa. Contribuíram para isso o suporte, a pressão positiva e o acolhimento recebido no grupo, assim como a oferta de reestruturação da vida com o apoio incondicional dos líderes religiosos.

As comunidades terapêuticas, durante o período de internação dos indivíduos, que é, em média, de nove meses, comumente chegam a proibir ou restringir muito o contato com os familiares. Geralmente, aconselham e orientam os familiares codependentes (conceito utilizado pela maioria das comunidades terapêuticas) ao tratamento em grupo de mútua ajuda.

Compartilhamos com os autores, já citados acima, Stanton, Todd e outros (1990) e Kalina (1988), especialistas no tema, a importância de contemplar um trabalho com as famílias de pacientes dependentes químicos. Tem sido consenso, entre os especialistas em drogadicção, a necessidade de participação da família no tratamento e no manejo dos problemas do usuário de drogas. Em 1999, participamos de um grupo de estudo da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), criado com o objetivo de pensar o papel da família no tratamento do dependente químico, mostrando a importância de

sua participação no processo de recuperação e na inserção sociofamiliar deste indivíduo.

Não temos interesse em modificar a conduta terapêutica destas instituições; no entanto, e de acordo com De Leon (2003) e da atual resolução nº 29/2011 da Anvisa (2011), não podemos perder de vista que o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares, e o principal objetivo é a recuperação e a reinserção social do dependentes de drogas. Contudo, com base em pesquisas na área de drogadicção e em resultados obtidos por meio de nossa prática clínica, no acompanhamento de vários pacientes nestes serviços, assim como pelo contato permanente, nestes últimos dez anos de trabalho, com a problemática das drogas, temos observado uma crescente demanda para o atendimento de famílias, solicitado por pacientes, familiares, conselheiros e outros cuidadores que trabalham em comunidades terapêuticas.

É relevante dizer que as comunidades terapêuticas apresentam um índice de recuperação semelhante aos outros modelos de tratamento para dependência química. Com base nessas informações, nossa hipótese é que uma abordagem que tenha o foco no sistema familiar poderia melhorar o índice de adesão e a recuperação nestas comunidades terapêuticas, com a participação do sistema familiar (presença da família com seu membro adicto), catalisando a reconstrução dos vínculos familiares, favorecendo assim o processo de reinserção social de prevenção nos três níveis: primário, para aqueles membros da família que ainda não entraram em contato com as drogas; secundários, para evitar a cronificação da doença; e terciário, para a redução de danos, de acordo com Kaplan, Saddock e Grebb (1994). Nossos pacientes, geralmente, estão no terceiro estágio de prevenção, de acordo com Leite, Andrade e cols. (1999), necessitando diminuir seus riscos de morte, com overdoses, violências, e melhorar a qualidade de vida, prevenindo recaídas, apreendendo mecanismos protetivos de DSTs e AIDS, desenvolvendo uma consciência sobre a problemática da droga, como doença crônica multifatorial e a importância de seu papel neste contexto. Promovendo este tipo de abordagem com os sistemas familiares em seu contexto social, nestas comunidades terapêuticas, podemos torná-las um recurso diferenciado de intervenção em dependência química.

Dessa forma, nossa pesquisa de campo desenvolveu-se em uma comunidade terapêutica, denominada AEP, onde somos gestores, na orientação de projetos e intervenção de equipe, referendados pelo aporte teórico aqui apresentado.

1.4. Uma comunidade terapêutica em direção ao novo paradigma de saúde mental

Nosso objetivo, neste tópico, é apresentar a comunidade terapêutica que possibilitou o campo para nossa pesquisa, localizada em município da região metropolitana de São Paulo, para auxiliar na contextualização de nosso trabalho: a Comunidade Terapêutica AEP.

Como descrevemos anteriormente, há diversas formas de comunidade terapêutica; a AEP caracteriza-se como uma CT embasada no pensamento sistêmico, adotando como método de trabalho uma forma de compreensão sistêmica da problemática da drogadicção, uma vez que prioriza as relações existentes na construção do problema e, a partir daí, procura conhecer e entender cada parte que o compõe, utilizando a participação de todos os envolvidos para sua resolução.

Missão da AEP

O Projeto Terapêutico propõe um espaço de convivência comunitária com atividades terapêuticas, interativas, socioeducativas, artísticas, culturais e esportivas, em regime de internação voluntária, possibilitando uma intervenção diferenciada por meio de ações combinadas no campo multi e interdisciplinar. Tem em vista um trabalho integrado de resgate global do paciente em seu contexto sociofamiliar, cultural, ambiental e espiritual. (A Comunidade não tem uma orientação para a religião, mas para o desenvolvimento da espiritualidade de seus participantes, respeitando-se as religiões ou o ceticismo.)

AEP – Objetivo geral

A AEP objetiva promover um atendimento globalizado ao dependente químico, em tratamento na Comunidade Terapêutica, visando à sua recuperação e ao resgate sociofamiliar.

AEP – Objetivos específicos

- Oferecer um espaço agradável e acolhedor, em meio à natureza, com alojamento para 50 pessoas, com proteção em moradia assistida, durante o tratamento em internação integral.
- Promover acolhimento às pessoas com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.
- Desenvolver trabalho especializado junto à família, estimulando o retorno e a permanência do paciente no núcleo familiar.
- Promover serviço suprimindo as necessidades básicas e de acolhimento, oferecendo alimentação, saúde, lazer, cultura, convívio social e comunitário.
- Diagnosticar os casos em prontuário individual e social dos usuários, com registros efetuados pela equipe multidisciplinar.
- Oferecer atendimento personalizado, por meio de terapia combinada, visando ao protagonismo individualizado.
- Desenvolver o papel de cidadão com resgate dos valores éticos, morais, direitos, deveres, senso sociofamiliar e ecológico.
- Criar condições para o compartilhamento de ações e o tratamento em saúde mental, agregando fatores que contribuam para a inclusão social.
- Articulação e participação colaborativa na rede de serviços, direta e indireta, no âmbito da saúde, serviço social, e outros que se fizerem necessários, visando à integração dos serviços especializados e ao Projeto Terapêutico da AEP.

AEP – Público-alvo

- Adultos e adolescentes voluntários, com ou sem demanda judicial, do sexo masculino, acima de 16 anos, dependentes químicos com ou sem comorbidades clínicas e outros transtornos

mentais (exceto casos agudizados) que se encontram em situação de vulnerabilidade social, ou que precisem de dispositivos socioprotetivos, que permitam prover adequadamente suas necessidades.

Atividades individuais e em grupo

- Atendimento médico-psiquiátrico.
- Atendimento psicológico individual e psicoterapia de apoio ou suporte.
- Terapias de grupos de mútua ajuda: Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA).
- Acompanhamento familiar – orientação familiar.
- Acompanhamento com monitor em oficinas e atividades de laborterapia.
- Atendimento em terapia ocupacional e ou arteterapia.
- Atividade de educação física.
- Orientação nutricional.
- Cuidados de enfermagem 24 horas (técnicos de enfermagem supervisionados por enfermeiro, de acordo com a orientação do Coren de São Paulo).

No quadro 1, abaixo, apresentamos a distribuição semanal das atividades terapêuticas de grupo da AEP.

Quadro 1 – Atividades terapêuticas de grupo da AEP

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
	Despertar						
8:00 - 8:30	Café da manhã						
8:30 - 8:45	Oração						
8:45 - 9:30	Caminhada e/ou Educação Física						
9:30 - 10:30	Grupo de recepção	Grupos de acolhimento	Grupos de psicoterapia	Educação física	Assembleia e grupos de monitoria	Terapia ocupacional	Visitas, lazer e esportes
10:30 - 12:00	Atividades laborativas	Atividades laborativas	Oficinas de reciclagem	Grupo de prevenção de recaída		Grupo de família, 15/15 dias	
12:00 - 13:00	Almoço						
13:00 - 14:00	Descanso						
14:00 - 15:30	Grupo de leitura	Arte-terapia	Grupo operativo PV1	Arte-terapia	Grupo operativo PV2	Lazer	Visitas, lazer e esportes
15:30 - 16:00	Café da tarde						
16:00 - 17:30	Mural e jornal	Vídeo-terapia	Grupos de reinserção social	Atividades laborativas	Grupo de fechamento	Grupo de família 15/15 dias	Visitas, lazer e esportes
17:30 - 18:00	Grupo de reflexão e sentimento						
18:00 - 19:00	Jantar						
19:00 - 22:00	Atividade livre						
22:00	Recolher						

Dias de atendimento individual e familiar com equipe multiprofissional

- Terça e quinta-feira: atendimento médico.
- Quarta e sexta-feira: atendimento psicoterapêutico.
- Segunda e quarta-feira: atendimento com assistente social.
- Sábados e domingos: orientação familiar agendada previamente nos grupos de família.
- Sábados: saídas terapêuticas agendadas, com familiares ou acompanhantes terapêuticos, nos grupos de família.

Figura 3 – Profissionais da AEP em janeiro de 2011

A figura acima mostra a equipe multiprofissional da AEP, que busca desenvolver um trabalho interdisciplinar, com discussão dos casos clínicos, semanalmente. Notamos a importância dos conselheiros por sua representatividade na equipe (48%), representados, na figura acima, pelos “cuidadores”. Um programa de atendimento às famílias, que seja aplicado por estes profissionais, que são em maior número na equipe técnica, nas comunidades terapêuticas, resolveria a carência desses serviços ao atendimento das famílias. Referimo-nos, aqui, aos sistemas familiares individualizados, ou seja, o paciente dependente químico que está internado na comunidade e sua família, e não ao atendimento de grupos familiares, uma vez que, para estes grupos, caracterizados pela reunião de várias famílias de pacientes internados na CT, já existem técnicas de grupos de mútua ajuda, como Amor Exigente, Al-Anon e outros tipos de abordagem para trabalhar nestes encontros familiares. Nossa proposta, portanto, é um atendimento aos sistemas familiares (retomaremos esta discussão no decorrer do trabalho).

De acordo com Malbergier (2001) trabalhar com ex-usuários de drogas, como agentes socializadores e de informações, tem sido uma importante estratégia do programa de redução de danos, pois estes indivíduos são vistos como líderes ou modelos que conseguiram obter mudanças em seus comportamentos de risco e por terem vivido experiências semelhantes às dos dependentes químicos por eles atendidos, facilitando sua aceitação por estes grupos de dependentes químicos. Em nossa experiência com estes ex-usuários, representados pelos conselheiros em dependência química, eles têm se mostrado verdadeiros agentes transformadores sociais, pela dedicação, acolhimento, e como motivadores de mudanças e hábitos, podendo ser catalisadores da acessibilidade às redes sociais e de serviços a estes pacientes e às suas famílias, conforme pretende o Programa TRA.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. Pensamento sistêmico novo-paradigmático

Em nossa pesquisa, temos o interesse de apresentar o pensamento sistêmico novo-paradigmático, assim denominado por Esteves de Vasconcellos (2002), como nosso principal aporte teórico. Não temos a preocupação de descrever o pensamento sistêmico, sua origem e desenvolvimento até nossos dias, pois esta tarefa já foi por nós cumprida em outro momento, em nossa dissertação de mestrado (Lourenço-Silva, 2001). Portanto, tendo em vista nosso objetivo, iremos nos ater aqui ao pensamento sistêmico e à teoria da complexidade para embasar nossa pesquisa.

O pensamento complexo e o pensamento sistêmico surgem como uma nova possibilidade de abordagem da pesquisa científica. Ambos se apoiam na transdisciplinaridade e buscam estudar os fenômenos humanos em toda a sua complexidade, sem os limites impostos pelas disciplinas.

Propor o pensamento sistêmico como método de pesquisa é possibilitar uma visão mais ampla entre o conhecer e o entender, onde e como acontecem os fenômenos.

Em nosso contexto de globalização, os problemas que emergem são complexos transversais, multifatoriais e multidimensionais. Para chegarmos a uma compreensão adequada desses problemas, devemos ampliar nossa visão, por meio de um olhar inter e transdisciplinar, em que os saberes se inter cruzam, construindo uma rede de conhecimento que vai muito além dos limites de cada disciplina. Este novo olhar globalizador possibilita o conhecimento do todo e das partes que o compõem, de forma interligada e organizada, ou seja, compreendendo as partes que o compõem não somente como uma simples somatória das partes, e sim como a articulação dessas partes, com suas características peculiaridades, que se tornará um todo único, com uma dinâmica específica.

Os aspectos do pensamento sistêmico novo-paradigmático de complexidade, instabilidade e intersubjetividade, propostos por Esteves de Vasconcellos (2002), ajudam-nos a compreender o pensamento sistêmico e sua aplicabilidade para nossa pesquisa. Podemos entender cada um destes aspectos do seguinte modo:

Complexidade – refere-se à necessidade de uma abordagem o mais ampla possível dos fenômenos, na tentativa de abarcar melhor as interações dos sistemas observados. Em nossa pesquisa, a drogadicção é tratada como um fenômeno complexo, necessitando de múltiplos olhares, em que vários atores (sujeitos, instituições, sistemas de leis, crenças e valores) interagem para a composição desta problemática. Da mesma forma, de acordo com Luisi (2006), nossa sociedade nos mostra que a interdependência entre seus participantes, representantes das múltiplas culturas, compõe diferentes contextos de vida em que a troca e, também, a partilha entre seus membros permitem múltiplas e novas formas de organização, possibilitando ações transformadoras e enriquecedoras para seus participantes.

Imprevisibilidade – as famílias envolvidas no ciclo da drogadicção são sistemas que funcionam sob constantes experiências de crises; as relações entre seus membros são frequentemente ameaçadas e os vínculos necessitam ser a todo tempo refeitos. A recuperação das histórias vividas por estas famílias, por meio de suas narrativas, é importante elemento catalisador para a transformação e a construção de modelos saudáveis de funcionamento. Uma pesquisa sob este ponto de vista sistêmico deve considerar a impossibilidade de prever os resultados de uma intervenção, uma vez que ela depende das relações que se estabelecem entre os participantes, das condições do contexto e da relação ao acaso, necessidade implícita na ocorrência da vida de um sistema.

Intersubjetividade – em um sistema, as trocas intersubjetivas ocorrem no campo da linguagem; a construção conjunta de significados que façam sentido para um grupo organiza os valores e a prática da convivência, criando um sentimento de pertença que possibilita a compreensão entre os envolvidos em qualquer situação.

Como sistemas auto-organizadores, as famílias têm seus problemas, mas também têm suas soluções. É do diálogo construído com base nessa relação de intersubjetividade entre seus membros que emergem estas soluções. A conexão de pessoas e famílias com redes sociais e institucionais é da maior importância para a inserção social de seus participantes. As pessoas, como as famílias, não existem no vácuo, mas se constituem nas inter-relações sociais. Por essa razão, a organização de redes solidárias é uma das possibilidades de transcendência dos sistemas e uma forma de transformar os problemas humanos, geradores de profundo sofrimento. Isso permite acessar o potencial criativo e, portanto, as próprias competências de cada um de seus membros, estimulando a resiliência e as possibilidades de saída dos impasses existenciais experimentados nos contextos de vulnerabilidade.

De acordo com Macedo (1984), na busca de um pensamento sistêmico organizador do todo e de suas partes, estamos nos direcionando para uma compreensão contextual e complexa, que respeita a inseparabilidade e as inter-retroações entre qualquer fenômeno e seu contexto e deste com os contextos nos quais está inserido. Como exemplo, ao querer compreender como se processa a construção do conhecimento dos participantes de nossa pesquisa, os conselheiros em dependência química, precisamos conhecer os contextos nos quais eles estão inseridos, familiares, escolares e sociais, e o caminho por eles percorrido no ciclo da drogadicção (história de vida). Para isto, devemos ampliar nosso olhar na direção do pensamento complexo, que, além de contextualizar os fenômenos estudados, considera as relações, inter-relações, implicações mútuas em suas multidimensões, respeitando as diversidades e a unidade ao mesmo tempo.

Segundo Luisi (2006), como exemplo, podemos citar o conhecimento que temos sobre a ecologia, uma disciplina que nasce já incorporando a noção de sistemas. Nos sistemas vivos, as partes estão intimamente interconectadas, você não pode entender o todo a menos que você entenda as interconexões das partes. Isso se refere também aos problemas que temos no mundo. Precisamos entender que os assuntos ligados à energia, ao aquecimento global, à segurança, às finanças, à economia não são assuntos isolados. Esses

elementos todos estão interconectados, ao mesmo tempo em que são imprevisíveis, isto é, não temos como controlar o clima que queremos ter amanhã; da mesma forma a intersubjetividade, ou seja, o modo como cada indivíduo ou grupos de indivíduos, representantes das diversas disciplinas e áreas, entendem os problemas relacionados à ecologia é igualmente importante para um olhar multi, inter e transdisciplinar.

Giddens (2009), autor conhecido como referência do paradigma científico pós-moderno, em seu recente livro, sobre os fenômenos das mudanças climáticas, aponta para esta interdisciplinaridade, levando em conta o contexto econômico e geopolítico mundial, no qual todos estão implicados. Refere que só será possível limitar o aquecimento global numa ação conjunta e articulada em diferentes níveis para o entendimento e a resolução do problema.

Em nossa pesquisa, apesar de estarmos utilizando técnicas de terapia familiar sistêmica, anteriores à noção de pensamento sistêmico novo-paradigmático, procuraremos ter uma leitura orientada por este novo referencial, da pós-modernidade, considerando a teoria acima descrita.

2.2. Teoria e técnicas de terapia de família sistêmica aplicadas à drogadicção

2.2.1. Terapia de família – técnica estrutural e estratégica

Na prática clínica com dependência química vem se consolidando a importância do olhar sistêmico, que considera tanto os aspectos individuais quanto os sociofamiliares para a compreensão dos fenômenos complexos, como a drogadicção.

Macedo (1994 e 1998) chama a atenção para a importância da abordagem sistêmica no âmbito sociofamiliar para a compreensão dos fenômenos complexos, como o fenômeno da drogadicção, em nosso caso, retirando o foco do “paciente identificado” (PI), ou seja, aquele que expressa o sintoma no sistema familiar, e que em nosso estudo seria o dependente químico, e colocando-o nas relações familiares. Buscamos, assim,

compreender o “sintoma” – ou seja, a doença gerada pelas inter-relações familiares – e como este interfere no sistema familiar e é por este sistema definido, tirando o peso do PI, que é visto como parte de um sistema com problema.

Como já nos referimos anteriormente, neste estudo e em Lourenço-Silva, Macedo, Derntl e Bergami (2006), a técnica estrutural de Minuchin (1992), com algumas intervenções estratégicas recomendadas por Haley (1979), nos pareceu a mais adequada ao tratamento de dependentes químicos, dentro desse referencial sistêmico, e por ter sido muito utilizada pelo autor em contexto de vulnerabilidade social, com famílias pobres, cujas características de alguma forma se assemelham às famílias dos pacientes por nós abordadas.

Do modelo estrutural de Minuchin (1992), utilizamos, principalmente, a construção do mapa da estrutura familiar, analisando as fronteiras, subsistemas, regras, limites, coalizões e alianças e padrões de comunicação, que nos permitem uma ampla visão do funcionamento e da organização estrutural da família.

Uma vez investigadas tais características da família, segundo Minuchin (1992), poderemos compreender o sistema familiar e, junto com os seus membros, levantar hipóteses de funcionamento disfuncional, geralmente manifestado por uma gama de sentimentos e ações que, uma vez identificados, poderão facilitar no processo de mudança necessário para a coconstrução de um sistema familiar mais saudável.

Por ser um material básico de trabalho em nossa pesquisa, apresentaremos de forma sucinta a “terapia familiar estrutural” (TFE), de Minuchin (1992) e Minuchin e Fishman (1990).

O sintoma e as etapas de desenvolvimento

Minuchin assinala que um sintoma expresso por um membro da família pode estar relacionado tanto a uma dificuldade em transpor as etapas de desenvolvimento, as fases do ciclo vital, quanto com a dificuldade dos subsistemas em exercer suas funções.

De seu ponto de vista, a família deve tanto proteger seus membros quanto habilitá-los para a interação com o meio social. Baseado na ideia de ciclo vital, sugere que o grupo familiar se desenvolve e que as funções familiares se transformam no decorrer desse processo.

De acordo com o autor, o sistema familiar tem se transformado, ao longo da história, em uma contínua adaptação às mudanças que ocorrem na sociedade. Para cumprir as funções de socialização de seus membros, a família atende a dois objetivos: o primeiro, relacionado com questões internas, corresponde à proteção psicossocial dos integrantes do grupo familiar; e o segundo, relacionado a questões externas, corresponde à acomodação em uma determinada cultura e à transmissão dessa mesma cultura.

Estrutura familiar

A família é vista por Minuchin como subsistema social, um grupo natural que, gradativamente, desenvolveu padrões de interação definidores da sua estrutura. A principal tarefa da família é dar apoio à individuação e, ao mesmo tempo, prover sentimento de pertencimento aos seus membros.

A estrutura familiar foi definida por ele como o conjunto invisível de exigências funcionais, que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. É importante destacar a ideia do autor em relacionar estrutura com função, pois para o terapeuta estrutural não interessa um padrão normativo de estrutura, representado, geralmente, pela família nuclear, pai e mãe e filhos, mas sim a função que a estrutura desenvolve para atingir as exigências surgidas no processo de desenvolvimento da família.

Padrões transacionais

Segundo autor, os membros da família, por meio de suas interações repetitivas, desenvolvem padrões transacionais, que vão caracterizar o tipo de inter-relação do grupo familiar. Estes padrões servem para estabelecer os limites e a hierarquia dentro do sistema familiar. Estes dados servem para

construirmos o mapa do sistema familiar ou mapa estrutural. Os padrões transacionais descritos por Minuchin são:

- Paciente identificado.
- Sequências de condutas repetitivas.
- Padrões de comunicações.
- Regras.
- Padrões intergeracionais.
- Triangulação.

Figura 4 – Sistema familiar

Subsistemas familiares

Minuchin (ibid.) refere que as funções familiares são executadas por intermédio de diferentes subsistemas. Um indivíduo pode pertencer a diferentes subsistemas, nos quais adquire diferentes níveis de poder e distintas habilidades dentro de seu sistema familiar. Os subsistemas integram o sistema familiar e suas funções são distintas.

Há uma distinção hierárquica de poder na família, na qual os pais têm um nível diferente de poder em relação aos filhos. A maior autoridade na família deve estar representada pelo subsistema parental.

Minuchin (ibid.) acrescenta que, em cada subsistema familiar, são apresentadas funções e exigências diferentes para seus integrantes, cujo desenvolvimento de habilidades pessoais está relacionado à independência de um subsistema em relação a outro.

Subsistema conjugal

Segundo Minuchin (ibid.) o subsistema conjugal é constituído pelos cônjuges, cujo espaço relacional tem início na formação da família. Cada esposo traz para o casamento seus modelos e expectativas de vida comum. Pouco a pouco, os acordos são estabelecidos e novas formas de interagir aparecem: cada cônjuge pode abrir mão de certas preferências, perder parte de sua individualidade e ganhar uma nova pertinência. Assim, constitui-se um novo subsistema.

Subsistema parental

O subsistema parental, segundo o autor, é integrado pelos indivíduos responsáveis pelos cuidados com os filhos. Não é constituído apenas pelo pai e pela mãe. Pode incluir pessoas diretamente relacionadas com a guarda e com as questões de disciplina dos filhos. Ressaltamos que compete a esse subsistema as responsabilidades correspondentes à socialização e à educação das crianças.

Subsistema fraternal

Este subsistema é composto pelos filhos, que aprendem a trabalhar com a autoridade, baseando-se no modelo estabelecido, com o qual aprendem, também, a contar ou não com o apoio dos mais poderosos. Com base nisto, as crianças experimentam o estilo com o qual a família trabalha os conflitos e realiza negociação.

Esse subsistema se transforma à medida que as crianças se desenvolvem e se atribui, com o tempo, mais responsabilidade e autoridade aos filhos, de acordo com o desenvolvimento do ciclo vital familiar.

Fronteiras

As regras que governam as trocas de informações e de forças entre os subsistemas, segundo Minuchin (ibid.), são representadas pelo tipo de fronteira estabelecido. O termo fronteira é utilizado para representar os limites que configuram um subsistema. São as regras que definem quem participa e como, cuja função é proteger a diferenciação do sistema. O autor descreve três tipos de fronteiras:

- Fronteiras nítidas, que possibilitam aos membros do subsistema desenvolver, sem interferência indevida, as suas funções, ao mesmo tempo em que facilitam a manutenção do contato com outros membros de outros subsistemas e outros sistemas sociofamiliares.
- Fronteiras rígidas, que podem propiciar dificuldade na comunicação entre os subsistemas, caracterizando sistemas familiares rígidos, tanto para seus membros como para outros sistemas familiares e sociais.
- Fronteiras difusas, caracterizadas por intensa interação e comunicação entre os subsistemas; são intensas e caóticas, caracterizando sistemas familiares emaranhados.

Mapa estrutural

Desenvolvido por Bowen e Minuchin, conforme descrito em Minuchin (1995), o mapa estrutural é uma técnica de representação gráfica para auxiliar na compreensão da estrutura familiar, ou seja, ele auxilia na compreensão do conjunto de exigências funcionais que organiza a maneira pela qual os membros da família podem se relacionar, como: aliança, coalizão, superenvolvimento, desvio e conflito.

O mapa estrutural, segundo o autor, possibilita a representação de fronteiras entre os subsistemas familiares, assim como a organização hierárquica. Refere que, por ser um esquema organizacional, não representa a riqueza das transações familiares mais do que um mapa representa a riqueza de um território. É estático, uma vez que a família está constantemente em movimento. Em nossa prática clínica, é de importante utilização para caracterizar o momento de crise (geralmente, quando a família está iniciando o tratamento) e comparar com outros momentos da família.

Elencamos, no quadro abaixo, as principais intervenções e técnicas de terapia de família sistêmica utilizadas no decorrer de nosso trabalho. Estas serão de grande utilidade para analisarmos os resultados obtidos nas intervenções com as famílias dos dependentes químicos, participantes desta pesquisa.

Quadro 2 – Técnicas de terapia familiar: principais formas de intervenções e técnicas utilizadas em nossa pesquisa

Espontaneidade	Focalização	Realidades
Coparticipação	genograma	Construção
Planejamento	Reestruturação	Paradoxos
Mudanças	Fronteiras	Forças
Reenquadramento	Ciclo vital	Narrativa - história de vida
Mapa estrutural	Rede social	

2.2.2. Coconstruindo redes saudáveis: trabalhando em rede, o indivíduo, a família e o contexto social em interconectividade

Pela complexidade da problemática da drogadicção, faz-se necessária a construção de redes saudáveis para o suporte e o atendimento ao indivíduo dependente químico. Este suporte tem início na família, rede primária básica de proteção e atenção ao indivíduo, passa pela comunidade, na qual a família se insere, e deve englobar partes do contexto social o suficiente para atender

às demandas previsíveis e imprevisíveis, como as demandas que surgem no ciclo da drogadicção.

Denominamos como rede saudável aquela que dá suporte ou possua, entre seus membros, capacidade de buscar o auxílio necessário de acordo com as demandas apresentadas. Desta forma, é importante enfatizar que uma rede saudável nunca está pronta, mas deve estar sempre preparada para a inclusão, para trocas de informações, para a reflexão e para a busca de novos conhecimentos.

É preciso um conjunto de atores e ações para transformar a realidade aprisionada ao ciclo da drogadicção: introdução de novos personagens, trocas de experiências, resgate de competências e valores, etc., assim como a participação da família e de membros da comunidade local, líderes comunitários, serviços de saúde, escolas e espaços de lazer, cultura, religião, arte, etc., que em interconectividade podem constituir redes saudáveis capazes de garantir uma qualidade de vida satisfatória, menos vulnerável à drogadicção.

Nosso trabalho visa a ações globalizadoras para a atenção à dependência química: indivíduo, família e contexto social. Desta forma, é necessário investigar o capital social, principalmente os recursos da comunidade em saúde, lazer, esporte, educação, cultura e trabalho, no qual o sistema familiar em questão está inserido. Após esta investigação, é de grande importância promover ou catalisar o acesso dos indivíduos e de seus familiares a estes recursos, para que possam ser utilizados de acordo com a necessidade do momento. Sluzki (1997) propõe um esquema facilmente aplicável de reconhecimento de rede social, para demonstrar e avaliar a qualidade das relações construídas pelo indivíduo em seu contexto social (ver abaixo).

Figura 5 – Rede Social de Sluzki

Fonte: Sluzki (1997)

- *Amizades*: número, conceito, crença (grupo de pertença).
- *Relações comunitárias*: saúde, lazer, religião, esporte, cultura, política e postura ecológica/ambiental.
- *Relações de trabalho e estudo*: participação, envolvimento, nível de satisfação pessoal.
- *Família*: envolvimento e padrões de funcionamento.

Quadro 3 – Legenda de Rede Social por nós utilizada (ver figura 11)

Símbolo	Relações
☹️	Amizades destrutivas: usuários de drogas e traficantes
😊	Amizades construtivas
👨‍👩‍👧‍👦	Família
🌐	Comunidade
🔧	Trabalho

Este instrumento foi utilizado, em nosso modelo de intervenção com as famílias (Lourenço-Silva, 2010), com o objetivo de mapear a rede social dos indivíduos dependentes químicos e seus familiares (ver figura 11). Com base no conceito de complexidade, já descrito anteriormente, é necessário ampliarmos o contexto para a melhor compreensão e resolução dos problemas. Portanto, a utilização da rede social proposta por Sluzki (1997) nos auxilia em dois níveis: na compreensão do fenômeno, quando tomamos conhecimento do contexto do adicto e de suas interações; e no suporte para a resolução e prevenção do problema.

Tomando-se por base a visualização da rede social do dependente químico, incluindo a de seu sistema familiar, podemos perceber problemas como saturações de rede ou outras patologias relacionadas a ela. Ao introduzirmos novos participantes na rede social, como a própria equipe terapêutica, novas configurações são estabelecidas e, conseqüentemente, novas formas e organizações poderão surgir desta experiência compartilhada, contribuindo para a construção de um contexto mais saudável.

Passaremos a descrever alguns conceitos sobre redes, por ser uma das ferramentas básicas utilizadas em nossa pesquisa e no modelo de intervenção por nós elaborado no final deste trabalho.

Feijó (2004) apresenta um roteiro, no qual nos baseamos, para demonstrar as principais características de uma rede, que nos pareceu bastante elucidativo para nosso trabalho.

Conceitos de rede

- Rede: construída com a participação dos indivíduos, comunidade, grupos de profissionais de saúde, instituições de saúde e governos.
- Dispositivo feito de fios, utilizado em circos ou pelo corpo de bombeiro para amortecer o choque da queda de pessoas.

– Conjunto interconectado de vias e meios de transportes (...) equipamentos de comunicação, ou de locais e agentes de prestação de serviços (*Dicionário Aurélio*).

– Redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos comuns. A participação dos integrantes de uma rede é que a faz funcionar.

Para que uma rede organizacional exerça todo o seu potencial é preciso que sejam criadas equipes de trabalho que atendam a alguns princípios. São eles:

– Existência de um propósito unificador. É o espírito de uma rede. Pode ser expresso como um alvo unificador e um conjunto de valores compartilhado pelos participantes, de forma esclarecedora, democrática e explícita. As comunidades terapêuticas, como descrito anteriormente, têm como característica comum a explicitação clara de seus objetivos, utilizando cartazes com os objetivos da comunidade e das regras necessárias para alcançá-los, escritos e expostos ao acesso de todos, realizando assembleias e grupos, para que não se perca este propósito unificador. Muitas vezes, adotam condutas rígidas para lidar com o rompimento de certas regras, pelo paciente, como convidá-lo a se retirar pelo bem comum da comunidade.

– Participantes independentes. Fazer parte de uma rede não quer dizer deixar de lado sua independência. Ao contrário, uma rede requer participantes independentes, automotivados, não limitados por hierarquias. A hierarquia dentro da comunidade terapêutica é muito questionada, pois pode estar a serviço de um propósito manipulador e controlador do grupo. Compartilhamos com De Leon (2003) a importância desta estrutura hierárquica como parte do processo de recuperação dos pacientes adictos, porém é necessário a conscientização sobre a importância de cada papel e função dentro da rede terapêutica que se estabelece em uma comunidade terapêutica.

– Funções da rede. As redes podem ter diferentes funções, como: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; cultural; religiosa; lazer; acesso a novos contatos; etc.

Características estruturais da rede

Utilizamos a rede de Sluzki (1997), descrita acima para representarmos a rede do dependente químico, no início e no final de seu tratamento, com o objetivo de comparação entre elas, pois para nosso modelo proposto nesta pesquisa, como veremos mais detalhadamente adiante, é fundamental a construção de redes saudáveis como processo de prevenção e recuperação da dependência química. Neste modelo proposto por Sluzki (ibid.), podemos visualizar e acompanhar o desenvolvimento da rede social do paciente, por meio das características estruturais da rede, abaixo elencadas:

– Tamanho. Refere-se ao número de contatos interconectados que compõem uma rede. Os dependentes químicos, frequentemente, em suas histórias de vida, representam o tamanho de sua rede de forma decrescente, após seu envolvimento com as drogas. Em nosso trabalho, constatamos esta realidade quando construímos a rede social do dependente químico ao iniciar o tratamento. Como veremos mais adiante, é muito comum o dependente químico apresentar apenas a mãe em sua rede social, outras vezes chega em situação de rua com uma rede social “zerada”, pois os contatos experimentados nesta situação são tão precários e sentidos de forma tão frágeis que este indivíduo não consegue representar ninguém em sua rede social.

– Densidade. Refere-se à intensidade do vínculo entre as partes da rede; assim como o tamanho da rede, a intensidade destes vínculos é decrescente, no envolvimento com as drogas. No entanto, é comum vínculos fortalecidos relacionados ao contexto da drogadicção – traficante, amigo que compartilha o uso de drogas; porém, com o desenvolvimento do processo de recuperação, estes vínculos são entendidos como “pseudovínculos”, por serem frequentemente mediados pelas drogas.

– Homogeneidade/heterogeneidade. Refere-se à diversidade da rede. Sabemos que quanto mais inclusiva, mais flexível ela é, mais heterogênea ela será. As redes que tendem a uma homogeneidade, geralmente são constituídas por pessoas que têm dificuldade de lidar com as diferenças, sendo pouco inclusivas, rígidas. Minuchin (1995), ao descrever os diferentes tipos de fronteira, mostra-nos que quanto maior a troca entre o sistema familiar e o contexto social, maior serão os recursos deste sistema para lidar com problemas, conforme descrevemos acima, sobre fronteiras nítidas.

Rede e recursividade

De acordo com nossa experiência, podemos dizer que, quando um indivíduo entra em uma rede, esta se transforma e ao mesmo tempo o transforma; é esta troca que garante o desenvolvimento do sujeito social, tornando-o participativo nas ações sociais e cidadão conhecedor de seus direitos e deveres com aquele novo grupo que se forma, adquirindo uma nova pertença. O paciente conectado a uma rede saudável, que o apoie e dê condições para que ele se constitua como agente transformador social, passa a ter uma visão de mundo mais abrangente e geralmente mais construtiva.

Citamos, como exemplo elucidativo de rede de serviços, um trabalho por nós desenvolvido com emergências psiquiátricas, no município de São Paulo; pudemos verificar a angústia que tanto os profissionais como os pacientes sentiam quando, por um lado, não se conseguia retaguarda ou recurso para encaminhamento dos pacientes e, por outro lado, quando os pacientes e suas famílias sentiam-se abandonados diante de um agendamento que não supria suas necessidades emergentes.

Com as parcerias entre os serviços de saúde mental daquela região e de outras (que foram se ampliando) – interconectividade de rede –, os profissionais se sentiram mais fortalecidos e menos angustiados, tendo uma visão mais construtiva de sua função e da capacidade de resolução das demandas de seu serviço de saúde (Lourenço-Silva, 2007).

Figura 6 – Rede e recursividade

Rede e circularidade

Em trabalhos anteriores sobre farmacodependência, denominamos o fenômeno da drogadicção, pela sua complexidade e recursividade, como “ciclo da drogadicção”. Quando os elementos de um sistema, presos neste ciclo vicioso (esquematizado abaixo com um círculo), estabelecem contatos com outros elementos de fora deste círculo, este encontro possibilita o surgimento de novo processo, que pode se caracterizar por um ciclo, que denominamos de ciclo virtuoso (esquematizado abaixo com uma espiral).

Figura 7 – Ciclo virtuoso

Ciclo virtuoso, então, será aquele caracterizado por uma rede social substancial que protege a saúde e a integridade do indivíduo, que, fortalecido, por sua vez, vai colaborar para a proteção e o crescimento da rede social. Esta postura ativa coloca o indivíduo no papel de protagonista em seu processo de construção de rede, possibilitando uma nova visão de mundo, mais otimista, construtivista e até transformadora da realidade.

Figura 8 – Ciclo vicioso

Ciclo vicioso, por sua vez, aparece quando há saturação da rede, pelos mais variáveis fatores, podendo levar a um impacto negativo sobre a saúde e a integridade do sujeito, e este, por sua vez, torna-se uma sobrecarga na rede, aumentando a ineficiência desta diante dos problemas apresentados. Em serviços de saúde, uma rede saturada fragiliza tanto o paciente como a equipe, podendo causar esgotamento profissional do cuidador, *burn out*, ou negligência ao paciente.

De acordo com Berger e Luckmann (1967), toda rotina humana está sujeita a se tornar crônica e sem questionamentos, pois a repetição de um padrão, ao ser aprendido e repetido automaticamente, sem questionamento, pode ser reproduzido com economia de esforço, criando hábitos que dificultam o sujeito, a família ou a instituição de desenvolverem um funcionamento mais espontâneo que leve à criação de algo novo, que alavanque o sistema para um crescimento; a tendência, nestes sistemas, é continuar como antes, fazendo determinadas coisas não porque funcionam mas porque “estão certas, é assim que aprendemos a fazer”; às vezes, esta repetição é intergeracional, como descreve Bowen (1991).

A figura abaixo apresenta a construção de uma rede saudável para atenção aos transtornos relacionados às substâncias psicoativas (SPA), no município de São Paulo, por nós esquematizada, Lourenço-Silva (2007).

Figura 9 – Algoritmo para transtornos relacionados a SPA

Extraído: Lourenço-Silva, 2007

Este algoritmo demonstra a necessidade de diferentes tipos de atenção para o tratamento e prevenção da dependência química; qualquer trabalho direcionado para esta questão precisa estar interligado a uma rede de suporte, não existe um recurso mais eficaz que o outro, todos devem estar no mesmo nível de importância e responsabilidade diante desta problemática. É na integração dos serviços que temos a melhor resposta. A rede nunca está pronta, está sempre em construção. Esta figura mostra a rede de atenção à farmacodependência em 2007. Precisamos estar sempre avaliando e aperfeiçoando cada recurso, assim como construindo outros para acompanhar o dinamismo que esta problemática em si apresenta.

Nosso trabalho tem esta finalidade, de colaborar para a melhoria do atendimento nas comunidades terapêuticas, e, ao mesmo tempo, prepará-las para esta nova forma de ação em políticas públicas, de acordo com o SUS, sobre acessibilidade e integralidade dos serviços de saúde.

2.3. Representação social

Como explanamos acima, compreendemos nosso problema de estudo, drogadicção e contexto sociofamiliar, embasados na teoria do pensamento sistêmico. No entanto, para investigarmos alguns aspectos resilientes nas famílias envolvidas no ciclo da drogadicção, e outros que possam aprofundar nosso conhecimento sobre estes sistemas familiares, utilizamos a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), que está pautada na teoria da representação social, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003).

Compartilhamos com autores sistêmicos, como Esteves de Vasconcellos (2002) e McNamee (2005), e outros autores do pensamento pós-moderno, como Morin (1986), com a teoria da complexidade, que, para compreender um fenômeno dentro do referencial científico pós-moderno, devemos complementar os diferentes olhares das diferentes teorias, que nascem desta nova forma de produzir o conhecimento. A nosso ver, a teoria da representação social, de Moscovici (2003), contempla os temas centrais destacados por Esteves de Vasconcellos (2002), ao descrever o pensamento sistêmico novo-paradigmático. A seguir, discutiremos alguns aspectos em comum por nós encontrados nessas duas teorias.

Moscovici (1976), em sua obra *A psicanálise, sua imagem e seu público*, desenvolve a teoria das “representações sociais”, que tem como objetivo expressar a referência coletiva sobre um determinado fenômeno social, como, por exemplo, o problema da drogadicção em nossa sociedade contemporânea pós-moderna, as questões relacionadas ao aborto, a ditadura da beleza, etc. Ou seja, é preciso conhecer o pensamento coletivo sem perder de vista a individualidade. O pensamento sistêmico nos mostra a importância das partes na construção do todo; demonstra-nos, também, desde os primeiros autores,

como Bertalanffy (1993), que da parte podemos chegar ao todo e vice-versa. Podemos, analogicamente, demonstrar que o discurso do sujeito coletivo, o todo, é formado pela partes; discursos individuais que se articulam e combinam para a construção do discurso representativo do todo ou do coletivo.

Moscovici (2003) busca compreender as regras que norteiam os pensamentos coletivos. Para este autor, as visões de mundo, o senso comum, os valores, crenças e preconceitos expressam a subjetividade manifestada pelos indivíduos. Este conhecimento, a construção do saber sobre algo, é produzido na relação indivíduo/sociedade, surgindo assim diferentes grupos homogêneos ou de pertença, que vão determinar as diferentes formas de inserção dos grupos sociais na sociedade. Por exemplo, como um determinado grupo religioso acessa os serviços de saúde segundo a sua crença sobre o adoecer e a cura de uma doença. Neste ponto, a teoria da representação social dialoga com o pensamento sistêmico construtivista, que refere que a realidade é construída na relação com o outro, o coletivo, no qual vivemos e trocamos impressões e experiências, orientados por valores e crenças em comum, podendo ser a família, o grupo de pertença, a comunidade terapêutica.

Para Guareschi e Jovchelovitch (1994), a teoria das representações sociais está principalmente relacionada com o estudo das simbologias sociais, o estudo das trocas simbólicas infinitamente desenvolvidas em nossos ambientes sociais, de nossas relações interpessoais e de como isto influencia na construção do conhecimento. Dentro de uma visão construtivista, podemos dizer que os significados são coconstruídos na relação, na intersubjetividade, que vai influenciar na noção de mundo e de realidade.

Em nossa pesquisa, trabalharemos com diferentes técnicas, dentre as quais a técnica de análise do discurso, para conhecermos as representações sociais apresentadas pelos participantes com base em seu envolvimento com as drogas, assim como os significados atribuídos à participação de sua família nesta problemática da dependência química. A técnica de análise do discurso, por nós utilizada, é a proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003 e 2010), denominada “técnica do discurso do sujeito coletivo”.

Detalhamento da técnica do DSC

O discurso do sujeito coletivo ou DSC é a representação de um discurso único que reúne trechos de discursos de sentido semelhantes. Tendo como fundamento a teoria da representação social e seus pressupostos sociológicos, o discurso do sujeito coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2010), traz uma nova metodologia de se fazer pesquisa dentro do paradigma pós-moderno.

Os autores descrevem a metodologia como qualiquantitativa, grafada junto e nesta ordem, primeiro quali e depois quantitativo, para diferenciar de uma pesquisa quali e quantitativa. O método proposto é, ao mesmo tempo, quali e quantitativo, dimensão e aspecto da mesma coisa, como o exemplo elucidativo por eles apresentado, as duas faces da mesma moeda. O qualitativo vem primeiro porque, para se quantificar algo, devemos inicialmente dar um atributo ou significado à coisa, para que ela possa ser identificada pelas pessoas, que compartilham do mesmo código linguístico. O significado atribuído a um determinado elemento são as opiniões, crenças e compreensão sobre ele; dentro da teoria da RS é a representação social sobre este elemento. O quantitativo refere-se à expressão numérica da ocorrência desta representação social numa sociedade ou coletividade. De forma sucinta, podemos dizer que em uma pesquisa qualiquanti é importante saber o que se pensa (qualitativo) e quantos (quantitativo) pensam de forma semelhante e diferente, para que possamos aprofundar o conhecimento sobre um tema investigado.

Ele é inovador, uma vez que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa, ao permitir, por intermédio de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), o discurso do sujeito coletivo tem por objetivo dar voz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social. Desta forma, em nossa pesquisa, ao investigarmos junto aos conselheiros de dependência química (CDQs) a questão “Importância da família na recuperação do dependente de drogas”,

podemos pressupor que vários discursos individuais comuns serão compartilhados por um determinado grupo de CDQs, que formarão, assim, um discurso coletivo sobre esta questão, ou seja, o conhecimento que este grupo tem sobre o tema.

Porém, com esta técnica, teremos a possibilidade de trazer à tona, em qualquer momento da pesquisa, os discursos individualizados componentes do discurso coletivo; este é um dos recursos importantes desta técnica, em pesquisa qualitativa, que possibilita o diálogo do pesquisador com os diferentes grupos formados com base nos diferentes discursos coletivos e, ao mesmo tempo, com cada indivíduo de cada grupo, que se reconhece ao identificar sua fala dentro do discurso coletivo, não perdendo assim a subjetividade de cada participante e possibilitando uma troca rica entre pesquisador e participantes na sua individualidade e coletividade. Desta forma, esta técnica também privilegia a intersubjetividade, que, como já foi descrito, é um dos pilares do pensamento sistêmico novo-paradigmático.

A técnica, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado em pesquisa, utilizando o seguinte procedimento: entrevista, com questões semiestruturadas, gravada e transcrita, na forma digitada e na íntegra, no *software* do DSC. Após ser digitado no *software* o cadastro de todos os participantes e seus depoimentos, extrai-se de cada um destes depoimentos (falas ou discursos) as “ideias centrais ou ancoragens”, e as suas correspondentes “expressões-chaves” (trecho da fala do participante de onde tiramos a ideia central). As ancoragens pode ser entendida, sistemicamente, como mitos e crenças que aparecem nos discursos dos participantes.

As ideias centrais são categorias estabelecidas pelo pesquisador, com base nos diferentes discursos coletados, para que possamos agrupar os discursos semelhantes em um só discurso – síntese –, resultando no discurso do sujeito coletivo.

Podemos concluir que o DSC constitui uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só

indivíduo. A fala deste coletivo não é igual à soma das falas de cada indivíduo, mas algo que transcende estas falas, pois resulta da articulação destas, compondo um discurso único, total ou coletivo. Sistemicamente, podemos dizer que é a fala do sistema, que traz em si as características de cada parte que compõe este sistema.

Esta técnica, por apresentar os resultados quantitativos e qualitativos de forma muito clara (ver anexos de nossa pesquisa), contribui muito para a validade científica das pesquisas qualitativas, sobretudo para uma parte da comunidade científica, que ainda é resistente em considerar este tipo de pesquisa nos meios acadêmicos. Nesta técnica, é possível conciliar pesquisa qualitativa e quantitativa, quantificando-se os dados qualitativos, por meio de gráficos e tabelas que apresentam a porcentagem de aparecimento de cada tipo de discurso com suas ideias centrais (dados qualitativos).

O *software* do DSC facilita trabalhar em pesquisa qualitativa com grandes massas de dados (dados quantitativos), permitindo realizar este tipo de pesquisa com controle de variáveis, ou seja, reagrupando os resultados por sexo, faixa etária, nível de renda, escolaridade, religião, procedência, etc.

A ferramenta concebida por esta técnica do DSC representa uma mudança significativa na qualidade, na eficiência e no alcance das pesquisas, que deixam de ser apenas qualitativas e passam a ser “qualiquantitativas”, termo utilizado pelos autores desta ferramenta, porque vão permitir que se conheça e que se dimensione, com a segurança dos procedimentos científicos, em detalhe e na sua forma natural, os pensamentos, representações, crenças e valores de todo tipo e tamanho de coletividade, sobre todo tipo de tema que se queira conhecer e pesquisar.

Nossa experiência com esta técnica foi o que nos levou a escolhê-la, pela facilidade com que a pesquisa se desenvolve utilizando as ferramentas do *software*. Realizamos recentemente (Lourenço-Silva, 2009) uma pesquisa sobre terapia comunitária e seu DSC junto à Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e à Faculdade de Saúde Pública da USP, com resultados bastante esclarecedores, com apresentação em congresso de terapia comunitária e

outros encontros sobre o tema, assim como um artigo publicado pela Covisa, da PMSP.

Os componentes do *software Qualiquantisoft* são os seguintes:

- Cadastros: permitem arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistados, pesquisas, perguntas, cidades e distritos, entre outros.
- Análises: são quadros e processos que permitem a realização de todas as tarefas necessárias à construção dos discursos do sujeito coletivo.
- Ferramentas: permitem a exportação e a importação de dados e resultados de pesquisas e relatórios que organizam e permitem a impressão dos principais resultados das pesquisas (ver, anexo, relatórios desta pesquisa).

Os autores (Lefèvre e Lefèvre, 2003) enfatizam que é importante salientar que, como recurso facilitador, o *Qualiquantisoft* não substitui, de nenhuma forma, o papel do pesquisador: ele não faz nada no lugar do pesquisador, seu papel fundamental é facilitar a coleta de dados de forma organizada, para que não se perca nenhum dado coletado e, em qualquer momento, se possa recuperar o material de pesquisa na sua íntegra e, ao mesmo tempo, relacionar cada dado qualitativo com as variáveis registradas nos cadastros de participantes. O pesquisador, ao desenvolver sua pesquisa com esta técnica, também se coloca na posição de um pesquisador sistêmico, quando, após a construção do discurso do sujeito coletivo, propõe-se a dialogar com os participantes, discutindo, conjuntamente, os resultados encontrados nos DSC, apontando as semelhanças e as diferenças entre cada discurso, possibilitando uma rica troca de experiências que contribuem para a construção de um novo saber sobre o problema investigado.

Portanto, é importante salientar que o papel do pesquisador continua sendo essencial neste tipo de pesquisa, pois a construção final do DSC é coconstruída pelos participantes da pesquisa, com suas falas, e pelo pesquisador, com suas análises e interpretação do DSC.

As perguntas abertas, propostas pela metodologia do DSC, propiciam a emissão de depoimentos, pelos quais podemos conhecer o que se pensa, o que se sabe, como se sabe, as crenças e os valores de um grupo ou pessoa sobre um tema estudado, ou seja, quais são as representações sociais deste grupo ou pessoa sobre o tema estudado. Numa pesquisa qualitativa, o objetivo é “conhecer o desconhecido”, por exemplo, o que pensam os conselheiros e os pacientes de uma determinada comunidade terapêutica para dependência química. De acordo com a teoria da representação social, poderíamos dizer quais são os discursos coletivos que estes indivíduos, nas interações e trocas com o outro, no contexto social no qual está inserido, internalizam e vivem como seus, o que permite que possa se dizer na minha opinião, no meu entender, a meu ver.

Portanto, na técnica do DSC os depoimentos são descritos na primeira pessoa do singular, como se fosse um único sujeito do discurso. A proposta é fazer o pensamento coletivo falar diretamente, representando o coletivo; caso fosse apresentado na terceira pessoa, estaríamos tratando-o como um objeto abstrato, o pesquisador falando sobre quem fala, “os participantes da pesquisa entendem o problema da família desta forma...”. Ao redigirmos o DSC na primeira pessoa, o pesquisador dialoga com quem fala, o sujeito que está legitimado (pelo DSC) a falar diretamente sobre o problema, “na minha opinião, a família é...”).

3. OBJETIVOS

Esta pesquisa tem, como objetivo geral, apresentar e avaliar um programa de prevenção e tratamento para dependentes químicos e suas famílias, em comunidade terapêutica, com foco no sistema sociofamiliar, denominado “TRA: terapia de rede para adictos”.

Nossos objetivos específicos são:

1) Coconstruir, com os conselheiros participantes desta pesquisa, um programa de prevenção e tratamento de dependência química com foco no sistema sociofamiliar, com base: a) no resgate de aspectos resilientes destes conselheiros em dependência química, com suas famílias, que auxiliaram na resolução do problema no ciclo da drogadicção, como estratégia de empoderamento destes conselheiros, para que possam intervir nos sistemas familiares de dependentes químicos em tratamento em comunidades terapêuticas; e b) na criação de indicadores de avaliação, quanti e qualitativo, do Programa TRA, para monitoramento e adequação do Programa.

2) Avaliar a atuação dos conselheiros na aplicação deste Programa de TRA, a partir dos pacientes que dele participaram.

3) Avaliar o programa TRA com base na experiência dos pacientes participantes e nos indicadores criados na presente proposta.

4. MÉTODO

O delineamento deste estudo foi de uma pesquisa interventiva qualitativa, proposta por Pakman (1995), fundamentada pela teoria do pensamento sistêmico novo-paradigmático, de Esteves de Vasconcellos (2002). Utilizamos o discurso do sujeito coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre (2003 e 2010), pautado na teoria da representação social (Moscovici, 2003), para conhecer as representações sociais de nossos participantes. E, também, a técnica da triangulação dos dados, para a análise dos diferentes dados por nós obtidos, de acordo com Denzin e Lyncoln (2000).

Apesar de trabalhar com dados quantitativos, obtidos por meio de indicadores de avaliação e monitoramento e pela técnica do DSC (conforme explicitado anteriormente), posicionamo-nos como um pesquisador essencialmente qualitativo, pelo desenvolvimento da investigação, pela argumentação e pela compreensão do fenômeno estudado.

De acordo com Barbieri (2008), o conceito de pesquisa interventiva, desenvolvida por pesquisador clínico, vem sendo amplamente discutido, dentro da perspectiva pós-moderna. Pakman (1995) e Patton (1990) referem que as posições bem demarcadas, pelo paradigma de ciência tradicional – que tem, de um lado, o profissional (o que aplica o conhecimento) e, do outro lado, o pesquisador (o que produz o conhecimento) –, deixaram de se constituir em duas ações separadas, baseadas em diferentes modos de raciocínio, para tornarem-se um sistema único e interativo, a prática e a teoria andando juntas, uma alimentando a outra, recursivamente. Da mesma forma, Barbieri (ibid.) refere que, sob o olhar pós-moderno, as técnicas de coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente.

4.1. Características dos participantes da pesquisa

A presente pesquisa contou com um número de *dez conselheiros* em dependência química, capacitados para atuarem como terapeutas de rede para adictos, em comunidade terapêutica, e *vinte pacientes* em tratamento pelo

Programa TRA, a partir do terceiro mês de atendimento neste modelo, tempo de participação que nos pareceu razoável para que pudessem avaliar o Programa.

4.2. Critérios de inclusão: aspectos éticos e legais em pesquisa com seres humanos

A participação nesta pesquisa se deu de forma voluntária, respeitando-se os “critérios éticos de pesquisa com seres humanos” (formulários anexos), sem riscos para os participantes, que poderiam desistir a qualquer momento sem dano para seu tratamento. Os voluntários eram vinculados à Comunidade Terapêutica, que concordou com a pesquisa e autorizou a aplicação do Programa por nós desenvolvido (TRA). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da FSP da USP na 4ª./09 Sessão Ordinária deste CEP, em 25 de maio de 2009, protocolo de pesquisa no. 1870 (anexo).

4.3. Local

Realizamos a pesquisa na instituição não-governamental denominada Comunidade Terapêutica AEP, localizada na região metropolitana de São Paulo (carta de anuência anexa); uma comunidade terapêutica que nos pareceu bastante interessante para o desenvolvimento de nossa pesquisa, conforme descrito anteriormente.

4.4. Evolução da pesquisa

A evolução da pesquisa está configurada da seguinte forma: a) pré-pesquisa de campo – antes da aprovação e da autorização do Comitê de Ética para iniciar nossa pesquisa de campo ou a intervenção com os participantes da pesquisa; b) primeira parte da pesquisa de campo – construção conjunta do Programa TRA; c) segunda parte da pesquisa – aplicação do Programa TRA e elaboração de indicadores da avaliação e monitoramento do Programa; e d) terceira parte da pesquisa – avaliação do Programa e da atuação dos conselheiros que o aplicaram.

Para uma melhor compreensão, de forma didática, ver figura abaixo.

Figura 10 – Evolução da Pesquisa

4.4.1. Primeira Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros

Esta primeira parte foi detalhadamente apresentada em Lourenço-Silva (2010), quando elaboramos a TRA, primeira versão, com foco no sistema familiar (ver Fig. 14).

Inicialmente, enviamos carta-convite para os conselheiros da Comunidade AEP. Após aceitarem o convite, explicamos o objetivo desta pesquisa. Recebemos a autorização assinada pela AEP para realizarmos a pesquisa na Instituição, confirmando sua participação e colaboração na pesquisa (autorização para aplicação do Programa TRA), assim como de seus conselheiros (Compromisso da instituição colaboradora e Termo de consentimento livre e esclarecido, cf. Anexo).

Com o objetivo de conhecer e avaliar o entendimento dos conselheiros participantes sobre o envolvimento da família no ciclo da drogadicção, utilizamos três perguntas abertas (cf. abaixo), com gravação e transcrição das

entrevistas e posterior análise; utilizamos a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003).

As perguntas são:

- 1) O que é família para você?
- 2) Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?
- 3) Como você acha que a família poderia colaborar para a recuperação de um familiar com dependência química?

Os conselheiros participantes passaram por uma capacitação – noções básicas de terapia de família –, com o objetivo de alinhar os conceitos sobre a técnica de terapia familiar estrutural e o pensamento sistêmico. Abaixo, no item Instrumentos, apresentamos os temas desta capacitação.

Após a capacitação dos conselheiros, para alinhar alguns conceitos sobre família e terapia de família, realizamos quatro encontros com os conselheiros selecionados, com o objetivo de trabalhar a “família de origem dos conselheiros” (FOC).

Entendemos, sistemicamente, que a família é considerada como modelo, a base da construção da identidade; é na relação familiar, transgeracional, que se dá a transmissão de crenças, valores e repetição de padrões relacionais, de acordo com Bowen (1978).

Este autor, em sua “teoria intergeracional”, enfatizou a importância da família de origem do terapeuta. Em 1967, em congresso realizado na Filadélfia, provocou, na comunidade científica presente, um espanto ao apresentar um trabalho sobre sua própria família de origem. Observou que os terapeutas que haviam trabalhado as próprias famílias apresentavam mais preparo para o atendimento de outras famílias, provavelmente por estarem mais fortalecidos e diferenciados das histórias destas famílias.

Para conhecer suas famílias de origem (FOC), com o objetivo de resgatar os aspectos resilientes e as competências de seus sistemas

familiares, envolvidos no ciclo da drogadicção, que os auxiliaram no processo de recuperação e prevenção às recaídas, utilizamos os seguintes instrumentos: a) história de vida; b) genograma (Bowen, 1978); c) mapa estrutural (Minuchin e Fishman, 1990); e d) rede social (Sluzki, 1997).

Após o levantamento e a análise sobre o que aprenderam com o resgate das experiências compartilhadas com suas famílias de origem e com o compartilhar da FOC, elaboramos, por meio de quatro encontros, um por semana, tipo *workshop*, em conjunto, pesquisador e conselheiros participantes desta pesquisa, a primeira versão do Programa de prevenção e tratamento para dependentes químicos: Terapia de Rede para Adictos – foco no sistema familiar.

4.4.2. Segunda Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros e pacientes

Neste momento da pesquisa, realizamos a aplicação do Programa TRA, primeira versão, com duração de seis meses. Com quatro encontros, um encontro por semana, criamos em conjunto com os participantes os indicadores de avaliação e monitoramento do Programa. Tomando-se por base as necessidades que foram se apresentando durante a aplicação do Programa, ampliamos nosso foco de intervenção, criando uma segunda versão da TRA, com foco também no sistema comunitário (ver Fig. 20) e retomamos a aplicação, por mais seis meses, com outros pacientes, de onde selecionamos os vinte pacientes que foram nossos participantes para a terceira parte da pesquisa, de acordo com critério de inclusão acima.

4.4.3. Terceira Parte da Pesquisa: trabalhando com pacientes

Neste momento, encaminhamos carta-convite para os pacientes, que encontravam-se no terceiro mês de tratamento ou mais, com a TRA – segunda versão, que aceitaram voluntariamente participar desta fase da pesquisa.

Nesta fase, avaliamos a atuação dos conselheiros e do Programa TRA, com base nos DSCs dos pacientes participantes. Os DSCs, descritos na primeira parte da pesquisa, foram os dos conselheiros (que participaram na construção do Programa TRA); os DSCs, nesta fase, são dos pacientes que foram tratados por estes conselheiros. Utilizamos, também, três perguntas abertas (cf. abaixo), com gravação e transcrição das entrevistas e posterior análise; utilizamos a mesma técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003). As perguntas foram feitas para avaliar a atuação dos conselheiros e para a avaliação do Programa por parte destes pacientes.

As três perguntas foram:

- 1) De que forma sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?
- 2) O que você acha sobre o atendimento de terapeuta leigo?
- 3) A TRA ajudou a sua família nos problemas com as drogas? De que forma? Não, por quê?

Para a avaliação do Programa, além do DSC dos pacientes, utilizamos os indicadores quantitativos e qualitativos de avaliação e monitoramento do Programa, elaborados na segunda parte desta pesquisa, e avaliamos os primeiros seis meses do Programa TRA – segunda versão.

4.5. Instrumentos e outras técnicas de coleta de dados utilizados na pesquisa

Utilizamos em nossa pesquisa:

- *Questionários semiestruturados*: o primeiro contendo o perfil dos conselheiros e as três perguntas destinadas a eles e o segundo contendo o perfil dos pacientes e as três perguntas destinadas a eles.

- *Gravações das entrevistas com os participantes.*
- *Transcrições.*
- *Software Qualiquantisoft do discurso do sujeito coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre (2003).*
- Levantamento de prontuários e relatórios de pacientes que foram tratados pelo Programa TRA – segunda versão.
- *Curso de capacitação: noções básicas de terapia de família, utilizando técnicas adaptadas para os conselheiros.*

Este curso de capacitação, “Noções básicas de terapia de família”, utilizando técnicas adaptadas para os conselheiros, teve duração de dez encontros, sendo de dois a três por semana, com quatro horas de duração cada um, num total de 40 horas, realizado em setembro de 2009.

Quadro 4 – Curso de capacitação: noções básicas de terapia de família

<i>Encontro</i>	<i>Tema</i>
Primeiro	Família, um conceito em constantes transformações – histórico da família até o dia de hoje.
Segundo e terceiro	Trabalhando com famílias em situação de vulnerabilidade social – competência, participação, resiliência e empoderamento (Macedo, 2008).
Quarto e quinto	Estruturas e funcionamento da família (Haley, 1976; e Minuchin, 1992).
Sexto	Ciclo vital da família (Cerveny, 1997).
Sétimo	Dependência química e ciclo vital (Lourenço-Silva, 2001).
Oitavo	Apresentação e discussão de casos de dependência química atendidos em terapia de família, de acordo com o modelo estrutural e estratégico, com exemplo de dinâmica familiar (Lourenço-Silva e cols., 2006), evidenciando as possibilidades de intervenção de um cuidador.
Décimo	Revisão, avaliação e fechamento do Programa.
Décimo primeiro e segundo *	Projeto de "Planejamento estratégico - "fizemos três perguntas-chaves: Onde estamos? Situação do problema: Onde queremos chegar? O que desejamos para nós e, Como fazer para alcançar este objetivo? Estratégias a serem adotadas.

*Acrescentamos dois encontros para a discussão do planejamento estratégico, de acordo com Públio (2008), já conhecido pela maioria dos conselheiros, participantes desta pesquisa, que trabalharam com esta técnica em projetos na Comunidade Terapêutica AEP e por ser o planejamento uma intervenção familiar também recomendada por Minuchin e Fishman (1990).

5. RESULTADOS DA PESQUISA

Esta primeira parte da pesquisa foi descrita detalhadamente em nossa pesquisa de doutorado na PUC-SP (Lourenço-Silva, 2010) e sucintamente descrita na Apresentação, quando utilizamos as técnicas do DSC e da FOC com os conselheiros. Aqui, apresentaremos os DSCs dos conselheiros e apenas uma FOC de um conselheiro para nos auxiliar nas discussões dos resultados desta pesquisa, conforme a técnica da triangulação dos dados, proposta por Denzin e Lincoln (2000).

5.1. Primeira Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros em dependência química

O discurso do sujeito coletivo (DSC)

A construção do DSC dos conselheiros em dependência química, de acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), objetivou conhecer as diferentes representações sociais destes sobre suas famílias. Apresentaremos, a seguir, o perfil de cada conselheiro que participou da pesquisa e os resultados dos DSCs, com base nas três perguntas abaixo. As categorias representadas por letras, apresentadas nas tabelas abaixo, foram elaboradas tomando-se por base a semelhança das respostas (cf. detalhamento da técnica do DSC e Anexo). As perguntas foram:

- 1) *O que é família para você?* O objetivo desta pergunta foi investigar as representações sociais destes conselheiros sobre família.
- 2) *Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?* O objetivo desta pergunta foi investigar as representações sociais destes conselheiros sobre suas experiências com suas famílias diante do problema com as drogas.

- 3) *Como você acha que a família poderia colaborar para a recuperação de um familiar com dependência química?* O objetivo desta pergunta foi investigar as representações sociais destes conselheiros sobre a importância da participação da família no tratamento.

Abaixo, temos o perfil dos dez conselheiros em dependência química, participantes da pesquisa, para a realização do DSC.

Quadro 5 – Perfil dos conselheiros participantes da pesquisa

Nº	Nome	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado	Religião	Etnia	Procedência
1	Tiago	Masc	28	2º completo	Casado	Evangélico	Branco	São Paulo
2	Tomé	Masc	26	2º incompleto	Casado	Evangélico	Branco	São Paulo
3	Felipe	Masc	39	2º completo	Casado	Católico	Branco	São Paulo
4	Tadeu	Masc	21	2º incompleto	Solteiro	Católico	Branco	São Paulo
5	Mateus	Masc	26	3º incompleto	Solteiro	Evangélico	Branco	São Paulo
6	Simão	Masc	32	1º incompleto	Separado	Evangélico	Branco	Paraná
7	Pedro	Masc	32	1º completo	Separado	Evangélico	Negro	São Paulo
8	André	Masc	45	2º completo	Casado	Evangélico	Branco	São Paulo
9	Bartolomeu	Masc	49	2º completo	Separado	Católico	Branco	Pernambuco
10	João	Masc	28	2º incompleto	Separado	Evangélico	Branco	São Paulo

Tabela 1 – Pergunta 1 – O que é família para você?

		N	%
A	Não tem uma definição clara	2	11,11
B	Convivência cotidiana	3	16,67
C	A coisa mais importante	4	22,22
D	Base, apoio, proteção e cuidado	8	44,44
E	Aprendizado	1	5,56
TOTAL		18	100%

Optamos por deixar as duas apresentações em todas as questões dos DSCs, para facilitar a leitura dos resultados para os diferentes tipos de leitores, ou seja, aqueles que preferem tabela e aqueles que preferem figuras.

DSC A

Família? Eu não tenho uma definição muito clara disso aí, eu tenho uma dificuldade bastante grande com esse papo de família.

Notamos, por meio deste discurso, que o participante mostra-se distante do conceito de família, mesmo depois de muitos anos de abstinência continua sem contato com sua família; ao investigar como foi sua recuperação, aparece em sua rede social uma pessoa que lhe convida para fazer um tratamento em CT e ele aceita; em outros discursos aparece a importância deste indivíduo em sua recuperação.

DSC B

Família? Pergunta difícil... eu acho que a família é primeiro, a companhia, são aqueles que convivem comigo, na minha casa, que fazem parte do meu dia-a-dia, o meu lar, o meu pai, a minha mãe, meus irmãos, esposa, filho. Porque eu tive uma família que eu não convivia com ela, entendeu?,

que foi do primeiro relacionamento, nove anos, mas como trabalhei sempre por conta não era presente em casa. Então isso pra mim não é, bem dizer, ser um pai, não é ser uma família, entendeu? Eu tinha uma família, mas para mim não era uma família, entendeu? Porque se eu não tava presente. E das vezes que eu tava, eu estava alcoolizado, entendeu? Então família pra mim é assim, você estar sempre presente, com os seus filhos, sempre com os seus pais, né?

Neste discurso, os participantes mostram a importância do convívio com os familiares, a presença e a participação na vida uns dos outros, a família como companhia, participando no dia a dia.

DSC C

Família é a coisa mais importante pra mim, é o mais importante elo da sociedade. É muito importante ter um bom relacionamento, e entendimento entre a família, para mim resume nisso. De outra forma, é o princípio do relacionamento com outras pessoas. O bom relacionamento é preservar esses conceitos, porque a sociedade também é uma família, e com bom princípio dentro de casa, tem um alongamento pra fora. Família é tudo, e de verdade, porque uma coisa, eu acho que pro jovem, é mostrar erro, né, e outra coisa é punir... e minha família me puniu bastante... e eu sempre me sentia péssimo, só que eu nem sabia o que estava acontecendo, né, eu não conseguia falar sobre isso, hoje eu já consigo, é uma outra história... Hoje em dia eu acho que o homem que vai encarar um mercado de trabalho, ou a mulher mesmo, que hoje em dia muitas mães aí estão trabalhando, eles tem que dar o máximo de si. E pra onde é que volta esse estresse? ...Volta para casa. E pra onde isso vai. Acaba, muitas vezes, em um filho só, né?... e é verdade. No meu caso foi isso, o meu pai trabalhava muito, eu nunca tive muitas conversas profundas com o meu pai. Por um outro lado, eu acredito que a família tem um papel fundamental também no que eu sou, porque eu era alguma coisa tendo aquela família, entendeu?... Por mais que a minha família tenha sido prejudicial para mim... a minha família também tem, teve o lado bom, né?...

No discurso acima aparece a importância da família como o principal modelo de relacionamento entre as pessoas, o que se aprende em casa se leva para fora, para a sociedade. Observamos a importância do entendimento e compreensão dos problemas que aparecem no âmbito familiar e fora de casa. A importância do acolhimento da família ao dependente, para evitar a punição,

distanciamento e exclusão daquele que erra ou apresenta um problema. Outra questão importante aqui levantada é o limite entre o trabalho e a família, ter tempo para dedicar-se à família, ao convívio e ao diálogo. Neste discurso, o sujeito se mostra resiliente ao apontar que a família, apesar de erros e acertos, tem um papel fundamental na identidade do indivíduo, e conclui que aquilo que ele é hoje, seus aspectos negativos e positivos, é graças à sua família.

DSC D

Família para mim é a base, a força, o bem maior que Deus deu na minha vida... Um bem maior porque pra mim sair da dependência, eu busquei, primeiro a força em Deus, depois olhei pra dois filhos que eu tenho e busquei força neles, que eles dependiam de mim, e eu estava deixando de fazer o papel que eu sempre fiz, de pai e mãe na vida deles, porque eu sou separado, me envolvi com drogas... Só que no decorrer do tempo eu fui percebendo que eles tavam pagando o preço da situação que ocorreu entre mim e a mãe deles, e eu entrei nas drogas e eles que tavam pagando o preço, estavam sofrendo. Aí, quando eu percebi que eles estavam sofrendo, eu busquei forças, primeiro em Deus, e depois neles, né? Então, a família pra mim é o bem maior que Deus me deu na minha vida, e através de ter vindo pra este lugar, e reestruturado a minha família, eu resgatei, eu fiquei quatorze anos longe, ausente, achava que até eu tinha morrido, e tudo isso daí foi resgatado, né? Hoje eu convivo com a minha família, fui levar meus filhos pros meus pais conhecerem, daí achei dois irmãos, então é o bem maior que Deus me deu. Pra mim família é tudo... a base sólida de um relacionamento, proteção, cuidado, onde eu me apoio, são pessoas que me dão valor, pai, mãe, mulher, filho, o alicerce da pessoa, sem família o cara não é nada. Na hora de fundo de poço, da dificuldade, tudo o mais, teve um lado da minha família que estava presente, isso foi bastante legal, e a partir disso, né, eu pude fazer um tratamento, e estou aqui até hoje. São aqueles que verdadeiramente te amam. Para mim só onde eu vim me apoiar mesmo foi na minha mãe, em tudo isso, só a minha mãe esteve presente, entendeu? ... mas minha família hoje são relacionamentos de outro casamento, desse agora, entendeu?, que são filhas que quando eu casei ela já tinha, mas que me amam mais que meus próprios filhos... entendeu? Você sente, você vê o amor, assim, nos olhos da pessoa, no coração... entendeu?... é uma verdadeira família, entendeu? Não que eu esteja culpando os outros... a primeira família ... porque... eles também não tiveram culpa. Quem procurou o afastamento fui eu e não eles, entendeu? Então por isso eu não culpo eles também.

A família, neste discurso, aparece como o bem maior que se pode ter, sendo um presente de Deus. Portanto, Deus em primeiro lugar, por ter dado a família. O discurso apresenta uma conotação bastante religiosa, porém não alienada; aponta para a necessidade de termos consciência do que praticamos neste mundo; mostra a importância de nossas condutas em nossos relacionamentos interpessoais. A família é tudo porque é a base sólida de um relacionamento, ela é proteção, cuidado, apoio, alicerce, suporte para a valorização pessoal.

DSC E

Foi um aprendizado que eu tive aí no decorrer do meu problema com drogas.

Neste discurso, a família aparece como um espaço de trocas e aprendizado, e como possibilidade de crescimento e resolução de problemas.

Tabela 2 – Pergunta 2 – Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?

		N	%
A	Dando apoio religioso	2	18,18
B	Orientando e participando	4	36,36
C	Não participou, só teve ajuda profissional	4	36,36
D	Somente a mãe participou	1	9,09
TOTAL		11	100%

DSC A

Sim, na verdade quando eu estava com o processo de recuperação, não passei por instituição, nada, foi na igreja que os meus familiares iam, e eu comecei a participar, e eles me apoiaram nesse sentido. A salvação mesmo foi aqui, entendeu?... foi aqui que Deus tratou comigo mesmo, que eu tive um encontro verdadeiramente com Deus, porque eu pedi, então hoje, graças a Deus, eu tô liberto.

Notamos, neste discurso, que a participação da família se deu por meio da fé e da religião. A religião foi essencial e a única forma de tratamento que o paciente teve para superar sua dependência.

DSC B

Participou, dando uma força pra mim, ajudando, orientando e estando sempre ali participando do meu dia-a-dia, em cima de mim, pra mim não voltar de novo pra trás. Participou, sofrendo, participou de tudo quanto foi jeito, acreditando em mim. O mais difícil é enquanto muitos falavam que não tinha mais jeito, enfim, mesmo assim sempre tiveram muito presentes, muito mesmo. A família foi essencial, querendo ou não. E hoje partilha essa satisfação de eu ter conseguido, ter dado a volta, pôxa, mérito de todos, eu acredito nesse sentido, de que perdas e ganhos, como qualquer escolha. Meus dois filhos participaram assim, no momento que eu admiti que era um dependente e eu precisava de um tratamento, eu sentei e conversei com eles, coloquei que seria necessário que a gente ficasse um bom tempo separado e coloquei pra eles, a necessidade de eu tá levando eles pra algum lugar. Deus colocou algumas pessoas e me ofereceram

ajuda: primeiro, me ofereceram este lugar e depois, me falaram que havia um abrigo pra menores, de pais dependentes, pais separados e meus filhos concordaram. Eles viram a situação que eu me encontrava, então acharam também que seria por bem que eu buscasse um tratamento, né? Então eles tiveram uma participação, até mesmo no momento que eu fazia uso de drogas, que eles estavam sempre presente dentro de casa comigo, eles participaram, eles chegaram a ver, que eu já cheguei a usar na frente deles, então, eles me abraçaram, eles pediam pra mim parar, choravam, oravam por mim, pedia pra mim ajoelhar, orava, intercedia, então a participação deles, olha, foi total, foi total mesmo. Eles compreenderam a minha situação, nunca deixaram de me amar, sempre tiveram amor, carinho. Hoje esse carinho está muito maior, porque eles reconhecem a luta que eu tive com eles, eles compreenderam porque que eu entrei naquela situação, foi um momento de fraqueza, né? Então eles me deram muita força, sabe, jamais me negaram um abraço, então isso pra mim foi muito importante. A paz com os meus filhos. Bem, primeiro foi a minha esposa que viu que eu tava já ultrapassando o limite, correu até um amigo meu e os dois conseguiram me levar no médico, e o médico mostrou que eu tava errado, e tal, fui parar no psiquiatra e aí ele me conscientizou, que eu estava indo pro caminho errado mesmo. Isso na última vez, tirando também que é um eterno tratamento, não pára nunca, isso é fundamental – Só por hoje!

A família, aqui, foi essencial na recuperação, participando de forma intensa, orientando, acreditando, sofrendo junto. O mérito da recuperação é reconhecido por todos, família e paciente, demonstrando uma consciência coletiva para o problema, com demonstração de carinho, amor e fé.

DSC C

Não participou, e isso aí foi muito prejudicial, porque até hoje, memo depois de tá esse tempo todo abstinente, já trabalhando e tudo, ainda hoje a minha esposa tem aquelas atitudes de comportamento de codependente, ela não aceita que também tem que se tratar. Ela já veio conversar com o psicólogo, mas diz: “eu não tenho tempo!”. Então quer dizer, jogava a desculpa sempre no tempo e no trabalho, mas ela sente isso hoje, principalmente porque ela vê que tomou certas atitudes, certas explosões momentâneas de raiva, mas eu fico assim sossegado, olhando para a cara

dela – “Tá bom... tá”, e eu não faço nada. Aí ela pega, depois, no outro dia e vê que exagerou, aí vem, pede desculpas... “me perdoa”. Até quando? Vai ficar sempre assim? Ou seja, ela tem que mudar. Olha, se eu falar que participou vou estar sendo desonesto, não é verdade? Porque não participou não, eles compareciam às reuniões, que eram propostas pelos profissionais da clínica onde eu fiquei internado, não foi fácil, eu cheguei lá com muita dor, triste, abalado, despedaçado, falido, derrotado. A minha família, na verdade, participava por obrigação moral e não para mudar. Eu encontrei profissionais muito bons, que me deram um super auxílio, que por trás do profissional tinha um ser humano. Entre 2004, 2005, eu acordava às cinco horas da manhã, eu ia para a aula de manhã ainda, porque eu queria concluir os estudos, né... eu tinha os meus sonhos. Eles ficaram afastados de mim, mas eu fiz esse resgate quando eu estava internado. Isso foi importantíssimo. Ia pro Alcoólicos Anônimos, pros Neuróticos Anônimos. Não falo em nome deles, de jeito nenhum, mas foram duas coisas que me ajudaram bastante, só que a vivência na minha casa era um inferno, porque por mais que eu tivesse razão em algum assunto, eu não podia falar nada, porque tinha usado droga. Isso era como boicotado por eles, ou não ia dar certo, ou ia dar tudo errado. E quando eles tinham problemas, a culpa era minha – “só falta você usar droga mesmo”, “eu não te suporto”, “drogado”, “você não presta”, “você continua o mesmo”, e era uma mentira. Isso me deixava bastante revoltado, é verdade isso que eu estou falando, pelo amor de Deus. Em muitos momentos eu pensei em voltar ao uso por causa dessas coisas, obviamente eu tinha tido algum mérito durante o dia, fui lá, estudei, fui lá, trabalhei, fui lá, treinei, fui lá e trabalhei em prol da minha recuperação, e quando eu chegava em casa eu tinha que ouvir esse tipo de coisa. Pequenos erros que eu cometi eles eram levados, assim, ao extremo. O pior ainda era isto – “você nos deixou assim”. Ainda era responsabilizado. Não participaram porque elas vivem lá, no meu Estado de origem, entendeu? Aqui eu vivo só. E realmente eles só sabem que eu sou portador dessa doença, mas eles sabem realmente que eu estou fazendo tratamento. Isso eu tenho certeza absoluta.

Podemos perceber, aqui, que a família não participou e, quando participou, não foi consciente a necessidade de mudar, foi por obrigação, sem compromisso. A família não reconhece nenhuma responsabilidade pelo problema da dependência química de seu membro, o paciente é colocado como bode-expiatório dos problemas familiares, outras vezes permanece distante do problema física e emocionalmente.

DSC D

A minha família não participou, nenhum deles, só a minha mãe. A minha mãe participou sempre mandando eu pra hospitais, internação, mas eu nunca ia atrás, entendeu? No decorrer da vida, em vinte e dois anos de álcool, eu não sei nem quantas vezes tive convulsão, foram centenas e centenas, até a última, cheguei a ficar em coma em 2006. Então aí foi só a minha mãe que participou.

Neste caso, a participação se restringe apenas a mãe, que sempre esteve presente e orientando o paciente para tratamentos.

Tabela 3 – Pergunta 3 – Como você acha que a família poderia colaborar para a recuperação de um familiar com dependência química?

		N	%
A	Sendo exigente com o dependente e participando de programa de mútua ajuda	3	23,08
B	Ficando próximo do dependente, participando do tratamento e não discriminando o paciente	7	53,85
C	Cada família tem sua forma de ajudar	1	7,69
D	Participando da terapia familiar	1	7,69
E	Apoiando por meio da religião	1	7,69
TOTAL		13	100%

DSC A

Bom, eu acredito muito no programa de ajuda mútua, e tem um programa que chama Amor Exigente, né, e eles falam que, amar, sim, mas colocando limite em você. Eu tenho que te aceitar, mas não aceitar as coisas erradas que você faz, então eu acho que isso é uma forma de ajuda. Sendo exigente com ele. Tem família que é codependente, o paciente tá no erro e às vezes a família invés de pegar pesado com ele, não, acaba passando a mão na cabeça, escondendo, né, e eu acho que a família devia ser mais rígida com o dependente químico, pra ajudar ele. Então eu acho que a família tem que fazer o quê? Começar a buscar grupos de apoio, participar de palestra sobre adictos, se reinterar do que é a dependência, que as pessoas vê como safadeza, como pilantragem, e não é não.

Notamos, aqui, que a família pode ajudar dando limites, orientada por grupos de mútua ajuda, entender que a dependência química é uma doença que pode ser tratada de forma adequada e não apenas passando a mão na cabeça.

DSC B

Com certeza participando de grupos os familiares mais próximos da pessoa, tipo, pai, mãe, esposa, até o filho, junto até com o próprio familiar, dependente. Em grupos separados, grupos especificamente só pra família, para aprender como deve se comportar com o dependente químico

quando voltar da recuperação, acompanhar a recuperação, basicamente isso, ajudando a participar dela (da recuperação). "Ah! não, o doente aqui é você, não sou eu!". Muitas famílias pensam assim, e isso prejudica o dependente químico, que é aonde acontece várias recaídas. Olha, para ajudar ele na recuperação, em primeiro lugar, não discriminando ele, entendeu? Porque a dependência química é uma doença, comprovada. A compreensão, o amor, procurar se reinterar como a pessoa adquiriu essa doença, porque nada acontece por acaso; atrás de uma situação de dependência, há algo que a família muitas vezes necessita saber pra poder ajudar. Hoje eu vejo assim, por eu não ter tido a minha família no momento em que eu mais precisei, então eu vejo que a família é importante no tratamento do dependente e ela também deve se tratar. Isso é muito importante, perceber que realmente é uma doença, e infelizmente o familiar está acometido da doença também. Daí muda todos os princípios, de ver e tentar ajudar das formas mais objetivas e precisas. E o principal de tudo, muito paciência, além da dedicação, muita paciência, não perde a fé. A conscientização, traçar uma diretriz, assim, cê não sai, fica num círculo vicioso. Eu tenho meu filho, meus irmãos, minha filha, eu procuro estar conversando com eles, mostrando pra eles o que a droga fez comigo lá no passado, né? Então, isso que a família tem que fazer. Tem que reinterar, tem que ler, participar de palestras, mesmo, pra se reinterar pra poder ajudar, não apenas no lar, mas também quando se deparar com alguma pessoa passando por situação semelhante, poder fazer algo, porque a sociedade num todo tem uma responsabilidade.

A família, aqui, aparece como quem pode ajudar participando de grupos de apoio para familiares ou grupo específico só para a família, para entender que o problema é de toda a família e não só do dependente químico. Compreender a doença ajuda na recuperação do dependente tanto quanto do sistema familiar, empoderando-os para ajudar a comunidade, com responsabilidade social.

DSC C

Ah, é uma coisa muito singular, de família pra família. A minha família sempre esteve ali comigo, saber, ter uma percepção, de quem tá em volta, sofrer junto. Pelo sofrimento, né? Tem pessoas que usa esse sofrimento pra dar mais gás ainda, pra correr atrás.

Nota-se, aqui, que cada família tem uma forma de ajudar, o importante é estar junto, conviver com o problema e, a partir daí, adquirir forças para a mudança.

DSC D

De um familiar dependente? Essa pergunta é bastante difícil porque eu mentia, eu roubava, eu furtava, eu enrolava, eu passava um pano e uma hora eles ficaram sabendo, né? Vem tudo à tona, menti pra mim mesmo, me sentia mal por causa disso. Infelizmente eu precisava da droga pra viver, porque todos os votos de confiança que eles tinham me dado eu tinha provado totalmente o contrário. Então era bastante difícil ajudar. O que eu acredito que ajudaria seria a questão da terapia com a família. Eu acredito bastante nisso hoje, porque, da mesma forma que eu tava ressentido com a minha família. Foi uma porção de coisas que eu fiz no meio dessa trama familiar. Agora, da mesma forma que eu fiz, eles fizeram comigo. Isso virou um jogo de pingue-pongue na verdade. Então, assim muito do que moveu minha família, e me moveu nessa época, foi o ressentimento, foi a dúvida, foi a raiva. Eu acho que, assim, o que pode ajudar muito é o mediador do diálogo, porque não existia diálogo com a minha família. Existia coisa imposta, xingamento. Então eu acho que esse cara que tá no meio [mediador], que faz com que as pessoas se entendam, é fundamental. E isso é movido pelo quê? Pelo ressentimento, pelo preconceito, né, e se isso não for desarmado, acontecem banalidades, não é verdade? Então é isso que eu acho.

Neste discurso, a terapia de família é vista como um espaço para se compreender o problema, sair da manipulação do dependente químico e da homeostase familiar que mantém o problema, desconstruir preconceitos e, juntos, com diálogo, descobrir uma forma de resolução do problema.

DSC E

Fica muito difícil pra ele, se não tiver do lado dele pra levar pra uma igreja, entendeu? Nas horas difíceis você estar lado a lado ali, na hora de uma doença, de uma separação. No meu caso, onde eu chegava as pessoa já

ficavam cochichando pros lado, já iam se afastando, entendeu?, é o que acontece com muitos. Aí, o que é que acontece? Caí na depressão, aí fica mais difícil ainda de vir a recuperação. Muitos até tentam, mas não conseguem, porque sozinho, se não tiver um apoio, principalmente de Deus, fica muito difícil. Eu, graças a Deus, que ainda tinha a minha mãe do meu lado. Deus, em primeiro lugar, e em segundo, a minha mãe.

Este discurso é marcado pelo acolhimento das pessoas e da família, como sendo essencial, para não deixar o dependente isolado, sozinho com o problema, evitando outras complicações, como a depressão. Destaca-se, aqui, a necessidade de trazê-lo para o tratamento e para uma religião que o ajude a desenvolver a fé em Deus e a esperança na recuperação.

A escolha deste conselheiro se deu pelo fato de ele ser o único que não participou da aplicação do TRA, por ter ido para outra comunidade; sendo assim, trata-se de uma forma de contemplá-lo e, ao mesmo tempo, de facilitar a escolha entre os outros conselheiros.

A família de origem do conselheiro (FOC) de Pedro.

Identificação: conselheiro Pedro, 30 anos.

Encaminhamento: Rede Social do Município onde mora.

Problemática Identificada: uso de cocaína e *crack*.

Figura 11 – Genograma da família de Pedro

Figura 12 – Rede social atual de Pedro, 30 anos

Figura 13 – Mapa Estrutural da família de Pedro

História de vida de Pedro

PI (paciente identificado) sempre trabalhou, mas por não ter uma estrutura familiar, com vínculos afetivos, proteção, apoio, orientação, perdeu grandes chances.

Trabalhava numa empresa considerada boa; com a crise e boatos de falência, pediu a conta; não recebeu todo o seu direito, e como pagava aluguel, foi despejado e ficou como morador de rua. Passou um senhor, chamado Gilberto, que o levou para dentro de sua casa, junto com a sua família. Este senhor confiava muito em Pedro, que logo arrumou outro serviço, conheceu sua esposa, mudaram-se e tiveram dois filhos, uma menina, que está com 15 anos, e um menino, com 13 anos. A esposa começou, logo no início do casamento, a beber e a se juntar com má companhia, deixando as crianças sozinhas. Pedro tinha de sair do serviço para socorrer as crianças e, por ter de fazer isto várias vezes, perdeu o emprego novamente.

Conseguia emprego e saía; quando não era pela negligência da esposa, era para pagar dívidas. E por não ter ninguém para orientá-lo, “metia os pés pelas mãos”.

A situação foi piorando, um começou a agredir o outro, brigas violentas. Até leite quente ela jogou no bebê, “ferindo sua cabecinha”.

A sogra de Pedro, junto com ele, foi ao Conselho, procurou as autoridades da cidade e foi orientada que só em caso de flagrante seria possível obrigar a mãe, por lei, a se afastar das crianças. E, não demorou muito, Pedro conseguiu provar que a esposa não cuidava dos filhos e tinha relações sexuais fora do casamento.

As dificuldades foram aumentando e o lugar onde moravam era de fácil acesso às drogas.

PI não desgrudava dos filhos, começou a traficar e depois a usar drogas. E a situação foi piorando, a ponto de a casa dele ser frequentada por usuários, e as crianças junto, inalando fumaça.

Foi onde teve denúncia e a assistente social fez uma proposta, que iria tirar as crianças dele e por em um abrigo, e quando ele se recuperasse, traria elas de volta. Pelo amor que sente pelos filhos, aceitou, e hoje está trabalhando e morando com os filhos. Hoje, trabalha na clínica em que foi acolhido.

Análise Relacional

Ciclo vital: Fase de aquisição

O PI, na época em que se encontrava preso no ciclo da drogadicção, estava vivenciando a fase de aquisição do ciclo de vida familiar, com filhos pequenos. Sabemos que nesta fase – das demandas provenientes da formação do casal e da nova família (chegada dos filhos) – é imprescindível a união do casal para o planejamento de metas em comum, para a construção da nova família.

A dependência de álcool e drogas, nesta fase, é extremamente maléfica, principalmente de ambos os cônjuges, pois o casal não consegue desenvolver uma maturidade adequada para a construção e proteção da família, tornando o sistema familiar extremamente frágil e à mercê dos fatores destrutivos do ciclo da drogadicção, como: agressões, violências, irresponsabilidades, desrespeitos mútuos.

Muitas vezes, estes casais ficam tão fragilizados que perdem a autonomia e o direito sobre os filhos, pois o aumento da tensão e a sobrecarga familiar com o ciclo da drogadicção contribuem mais ainda para a vulnerabilidade ao abuso de drogas por todo o sistema familiar.

Estes sistemas imersos na drogadicção se tornam negligentes a ponto de ser necessária a interferência da comunidade, que acaba por acionar os direitos da criança e da família, para dar limite a este processo doentio e destrutivo. A mãe, com o abuso de álcool, não suportou a interferência de fora do sistema, não aceitou a ajuda, provavelmente por dificuldades relacionais com sua família de origem, pois o *start* da mudança desta situação doentia foi dado pela sogra, e rejeitado pela filha, que acabou se distanciando e se

separando do sistema familiar. O PI e os filhos (F1 e F2), que já tinham um relacionamento bom, intensificaram-no, com a ausência da mãe, e isto refletiu de forma positiva para o PI, que com os laços afetivos fortalecidos encontrou força para sair deste ciclo vicioso e se livrar da dependência de droga. O terreno relacional da família, construído pela aliança do pai com os filhos, parece ser claro; a comunicação apresenta uma clareza que facilita os membros a se orientarem e a se unirem por um propósito em comum, as relações são alicerçadas pelos valores e crenças compartilhados pela família. A aliança entre os filhos e o pai é pautada pelo afeto claramente expresso entre eles.

A hierarquia familiar se mantém mesmo com o PI usando drogas, pois a fronteira entre pai e filhos, como visto no mapa estrutural, é bem-delimitada, assim como a fronteira com o sistema externo é nítida, facilitando o contato da família com a rede de apoio comunitária que lhe é oferecida. Com este tipo de fronteira saudável, a função protetora da família não é ameaçada com a entrada de membros fora do sistema familiar (casa-abrigo, pessoas que oferecem tratamento para o PI, etc.). Mesmo a mãe, que se distancia da família no momento de crise, não parece ameaçar o sistema familiar ou ser rejeitada por ele.

5.2. Segunda Parte da Pesquisa: trabalhando com conselheiros e pacientes na Comunidade Terapêutica

A primeira versão da TRA, apresentada em Lourenço-Silva (2010) (ver Fig.14), foi aplicada pelos conselheiros nos encontros com as famílias dos pacientes internados na CT, durante os seis meses, como orienta o Programa, no período de janeiro a junho de 2010; porém, os conselheiros coordenavam outros grupos com estes pacientes, conforme mostra o “Quadro 1 – Atividades terapêuticas da AEP”. Desta maneira, ocorreram vários desdobramentos, com base nesta nova interação dos conselheiros e pacientes, que culminaram na necessidade de ampliar o foco da TRA para o sistema comunitário, que como já descremos anteriormente funciona como uma grande família.

Figura 14 – TRA – Primeira versão – Sistema familiar

A ampliação da TRA, conforme explicado anteriormente, estendeu-se para o foco no sistema comunitário (ver Fig. 15, abaixo), como resultado de uma reflexão sistêmica diante da complexidade e imprevisibilidade do fenômeno por nós estudado. Desta forma, podemos dizer que o sistema comunitário está inter-relacionado com o entorno ao qual a Comunidade pertence e que, por sua vez, se inter-relaciona com outros sistemas sociais, criando uma complexa rede de sistemas em constante troca. É princípio de uma comunidade terapêutica, dentro deste novo paradigma de saúde mental, ter a característica de um sistema aberto, que garanta estas relações de troca, enriquecedora para todos os componentes da rede.

Figura 15 – TRA – Sistema comunitário

Veremos em nosso Programa, abaixo apresentado, esta constante preocupação com as trocas entre os sistemas interconectados, durante todo o processo de tratamento e prevenção do paciente. O nome “terapia de rede para adictos” se mostra, mais uma vez, adequado ao Programa, pois sua base são as redes sociofamiliares que, ao serem reconstruídas, vão dando suporte ao paciente e à sua família, auxiliando na recuperação e na prevenção dos problemas com as drogas.

Apresentação da TRA

Apresentaremos o Programa TRA de forma sucinta, um detalhamento maior poderá ser feito em outra oportunidade. Nosso interesse, neste momento, é apresentar o método de trabalho desenvolvido no Programa TRA.

A “terapia de rede para adictos” é um programa para prevenção e tratamento de dependentes químicos em comunidades terapêuticas, com a participação de seu contexto sociofamiliar para a resolução do problema. Possui dois focos fundamentais: foco no sistema familiar (indivíduo e seu contexto familiar), e no sistema comunitário (indivíduo e suas inter-relações na comunidade terapêutica e contexto social externo) (ver Fig. 15).

A estratégia de trabalho visa ao estímulo à resiliência e ao empoderamento das pessoas e de suas famílias inseridas em seu contexto social. O plano terapêutico propõe o resgate da história de vida do indivíduo em seu contexto sociofamiliar, para uma reconstrução pessoal com base em suas próprias narrativas e ressignificações de suas experiências sociais e com suas famílias no ciclo da drogadicção, ao longo do processo de intervenção, com duração de seis meses na Comunidade Terapêutica. Após a alta desse tratamento, faz parte deste Programa o encaminhamento para outro serviço de atenção à dependência química.

O Programa é estruturado com base nos quatro eixos do processo educacional recomendado pela Unesco (1992): conhecer, fazer, conviver, ser. A duração do tratamento é de seis meses: os dois primeiros meses são destinados ao aprender a conhecer; o terceiro mês, ao aprender a fazer; o quarto mês, ao aprender a conviver; e os dois últimos meses, ao aprender a ser (ver Quadro 6 – Resumo do Programa TRA – Terapia de rede para adictos).

Figura 16 – TRA – Terapia de rede para adictos

Os pacientes, aproximadamente 45, são divididos em três grandes grupos, para facilitar a aplicação do Programa TRA pelos conselheiros e de acordo com a evolução dos pacientes na Comunidade Terapêutica, da seguinte forma: de um a dois meses de tratamento, são atendidos com técnicas de grupo de acolhimento; de três a quatro meses, atendidos com técnicas de grupo de reinserção social; de cinco a seis meses, com técnica de grupo de prevenção de recaída. Estes diferentes grupos acontecem diariamente, de acordo com as atividades terapêuticas da Comunidade AEP (ver Quadro 9 – Resumo do Programa TRA, abaixo).

Quadro 6 – Resumo do Programa TRA

Ações terapêuticas	Tempo no Programa	Intervenção		Eixo balizador
		SF	SC	
Prevenção de recaída	6º mês	Projeto sociofamiliar	PV2	Ser
	5º mês	Projeto família saudável	PV1	
Reinserção social	4º mês	Ressignificação de experiências	Construção de redes	Conviver
	3º mês	Padrões saudáveis	Práticas saudáveis	Fazer
Acolhimento	2º mês	Conhecer a família	Conscientização	Conhecer
	1º mês	Identificação do problema	Desintoxicação	

O conselheiro tem a função de atender a família uma vez por mês e acompanhar o tratamento do membro adicto durante os seis meses de tratamento na CT, junto com outro profissional, geralmente um técnico universitário ou não, formando a dupla de “gerenciador de caso”. Portanto, cada paciente tem dois profissionais de referência (para qualquer eventualidade, dúvidas, aconselhamento e acompanhamento); isto facilita o manejo de cada caso pela equipe multidisciplinar e ajuda a orientar os familiares e os pacientes durante o tratamento.

O sistema familiar é composto pelo paciente e sua família. Considera-se família todos os membros da família que voluntariamente aceitem participar dos encontros.

A família, assim que se disponibiliza ao tratamento, é agendada com o conselheiro responsável pelo paciente (gerenciador de caso); o encontro tem duração de, aproximadamente, uma hora e meia, uma vez por mês; o sistema familiar é representado pelos membros que vierem ao encontro. O sistema comunitário é representado pelos pacientes e todos os profissionais que trabalham na Comunidade.

No primeiro mês, trabalha-se com grupos de acolhimento, cujo tema é *aprender a conhecer*.

Ações desta etapa:

– *Conselheiro com o grupo de pacientes, diariamente* – o foco é no sistema comunitário; e o objetivo é a desintoxicação dos pacientes.

O dependente químico voluntário ao tratamento inicia seu tratamento na Comunidade, com ou sem seus familiares. Neste primeiro mês de tratamento, tem como objetivo a desintoxicação da droga, visto que o paciente, geralmente, chega após um uso inadequado e abusivo de drogas, física e psicologicamente fragilizado.

Nesta primeira etapa, o paciente necessita muito dos cuidados técnicos da enfermagem e do médico.

– *Conselheiro com a família* – o foco é no sistema familiar; e o objetivo é a identificação do problema da família.

O grupo inicia-se com a apresentação do conselheiro e seu papel como terapeuta leigo da família e gerenciador do caso, aquele que é responsável pelo paciente; na sequência é feita a *apresentação da família* e a pergunta “qual é o problema? Como cada membro da família entende o problema?”

A família, geralmente, neste primeiro encontro, apresenta-se como se estivesse também intoxicada pela droga, pois tudo o que ela consegue ver é a droga, tudo gira em torno do ciclo da drogadicção; é necessário, neste momento, retirar a droga, literal e metaforicamente. O dependente químico, conhecido como paciente identificado pelo problema, começa a sair desta posição e a família começa a entender que o problema está no sistema familiar e não apenas no membro adicto. Utilizamos como uma das técnicas de mudança de contexto, o reenquadramento, proposto por Minuchin e Fishman (1990).

No segundo mês, continua-se trabalhando com grupos de acolhimento, cujo tema é *aprender a conhecer*.

Ações desta etapa:

– *Conselheiro com o grupo de pacientes* – o foco é no sistema comunitário; o objetivo é a conscientização dos problemas.

O dependente químico, nesta fase, começa a melhorar sua cognição para a compreensão de seu problema e para a conscientização de que sua participação é fundamental para sua recuperação. É nesta fase do tratamento que o paciente pode assumir o papel de protagonista de seu projeto de vida ou manter-se à sombra do ciclo da drogadicção, colocando-se como vítima da família, das questões sociais ou da própria comunidade.

– *Conselheiro com a família* – o foco é no sistema familiar; o objetivo é conhecer a família.

A família começa a entrar em um terreno relacional mais estável, mais tranquila, menos confusa, metaforicamente menos intoxicada e, portanto, também cognitivamente mais adequada para a assimilação de questões de outra ordem, que não das drogas. Nesta fase, a adesão da família ao tratamento é fundamental para, junto com a equipe técnica, dar a continência necessária para que o paciente, que nesta fase (ver avaliação do índice de adesão, Gráfico 2) do tratamento torna-se mais vulnerável, não abandone o tratamento.

No terceiro mês, trabalha-se com grupos de reinserção social, cujo tema é *aprender a fazer*.

Ações desta etapa:

– *Conselheiro com o grupo de pacientes* – o foco é no sistema comunitário; o objetivo é preparar para práticas saudáveis.

Os dependentes químicos, ao continuarem seu tratamento, são orientados com técnicas de valorização de sua postura, de seu investimento em si, em sua família e nos novos relacionamentos dentro da CT. O grupo

experimenta várias situações de convivência que possibilitam exercitar práticas saudáveis, como arrumar o quarto e cuidar do espaço coletivo. São estimulados em vários tipos de oficinas e laborterapia para aprender ou reaprender a fazer “coisas” para a Comunidade. Os grupos de reinserção são teóricos e práticos, orientados ao fazer.

– Conselheiro com a família – o foco é no sistema familiar; o objetivo é, por meio de técnicas focadas nos padrões de relacionamentos interpessoais, coconstruir padrões de relacionamento saudáveis entre os membros da família.

A família é estimulada a valorizar o outro e a si mesma, aceitar as diferenças, reavaliar seus padrões de relacionamentos identificados como disfuncionais. As tarefas prescritas nesta fase são voltadas para a autoavaliação de suas condutas com o outro, na família e no contexto social.

No quarto mês, continua-se trabalhando com os grupos de reinserção social, cujo tema é *aprender a conviver*.

Ações desta etapa:

– Conselheiro com o grupo de pacientes – o foco é no sistema comunitário; o objetivo é construir redes saudáveis.

Os dependentes químicos, ao praticarem hábitos e condutas saudáveis de relacionamento, começam a perceber as mudanças em suas relações interpessoais com o grupo. No final desta fase, é importante desenhar sua rede social na Comunidade. Este instrumento, realizado em grupo, é muito interessante, ao mostrar como cada um se insere na rede social do outro. Os grupos, geralmente, conduzem a uma reflexão sobre o seu potencial de relacionamento dentro da Comunidade. Os encontros são voltados para os temas e atividades que estimulam a convivência para a construção de rede social mais saudável.

– Conselheiro com a família – o foco é no sistema familiar; o objetivo é ressignificar as experiências da família com o ciclo da dragadicção.

A família, ao identificar os padrões relacionais disfuncionais, remete a experiências negativas e de sofrimento; ao ressignificar estas experiências, de

forma positiva, resgata os aspectos resilientes adquiridos neste processo. Com as conotações positivas emergidas entre seus membros, sobre suas condutas, o terreno relacional se estabiliza, melhorando e estimulando a convivência entre eles.

No quinto mês, trabalha-se com os grupos de prevenção, cujo tema é *aprender a ser*.

Ações desta etapa:

– Conselheiro com o grupo de pacientes – o foco é no sistema comunitário; o objetivo é elaborar o Projeto de Vida 1 ou PV1.

O dependente químico, em seu processo de recuperação, nessa fase se organiza para a elaboração de seu projeto de vida, denominado PV1, que se refere a um projeto voltado para o coletivo, para o bem comum da Comunidade, tendo ele como protagonista; seu respaldo virá principalmente de sua nova rede social comunitária. Esta interação e compromisso com o coletivo o insere em uma ação político-pedagógica, ou seja, com base no aprendido, direciona seu aprendizado para o exercício da cidadania, resgatando sua relação com o outro e com o mundo. Os grupos, nesta fase, são voltados para a prevenção de recaída, pela construção de novos caminhos, diferentes dos esquemas apreendidos no ciclo da drogadicção.

– Conselheiro com a família – o foco é no sistema familiar; o objetivo é elaborar o projeto familiar.

A família será estimulada a elaborar um projeto familiar direcionado para uma vida mais saudável com seus membros, de preferência voltado para o sistema familiar como um todo. Este exercício também está voltado para a prevenção de recaídas na família, pois um projeto comum a todos os familiares colabora para a coesão de seus membros, fortalecendo seus vínculos e unindo-os para uma nova trajetória. Antes, a união de todos era, geralmente, para dar conta dos problemas das drogas, pois como já apontamos anteriormente é muito comum a recaída à droga ser um pretexto para juntar os pais separados, quando o filho é um dependente químico, ou em ameaça de separação conjugal, quando o dependente químico é um dos cônjuges. A

união, desta vez, será para uma nova causa, direcionada à qualidade de vida da família.

No sexto mês, continua-se trabalhando com os grupos de prevenção, cujo tema é *aprender a ser*.

Ações desta etapa:

– Conselheiro com o grupo de pacientes – o foco é no sistema comunitário; o objetivo é elaborar o Projeto de Vida 2 ou PV2.

O dependente químico que conseguiu desenvolver o PV1 começa um processo de deixar a socioproteção da CT; para isto, é importante o Projeto de Vida 2, que pode ser um novo ou a ampliação do PV1, que será voltado, agora, para seu contexto sociofamiliar mais amplo. Para avaliar a alta do paciente, com retorno ao seu meio sociofamiliar, é importante a observação criteriosa deste PV2, pois necessariamente nele devem estar previstos esquemas de prevenção de recaídas, seja com grupo de mútua-ajuda, acompanhamento em CAPS-ad ou outros serviços da rede de atenção e tratamento à dependência química, que possam garantir a continuidade de seu tratamento e o de sua família. Os grupos, nesta última etapa do Programa TRA na Comunidade Terapêutica, trabalham a prevenção da recaída de uma maneira ampla, trazendo para um constante debate a importância do ser no mundo, os vários papéis que desempenhamos para o desenvolvimento de nossa identidade e na relação com o outro e com o mundo.

– Conselheiro com a família – o foco é no sistema familiar; o objetivo é elaborar o projeto sociofamiliar.

A família é estimulada a elaborar um projeto de vida direcionado para uma vida mais saudável com o contexto social, desta vez para fora do sistema familiar, com o objetivo de ampliar a rede social de cada um de seus membros e do sistema familiar como um todo. Este projeto funciona como um exercício de diferenciação dos membros dos sistemas familiares, pois visa à autonomia

de seus membros e à inserção de novos elementos para a rede social da família, colaborando para uma maior sustentabilidade do sistema familiar.

Indicadores de avaliação e monitoramento do Programa TRA

Com o número de quatro encontros durante o processo de avaliação do Programa TRA – primeira versão, elaboramos os indicadores de avaliação e monitoramento que serviram para adequar o Programa e redimensioná-lo de acordo com os resultados obtidos. Dividimos em dois grupos os indicadores quantitativos e qualitativos.

Indicadores qualitativos	
1	Inserção na rede de serviços
2	Inserção familiar
3	Inserção comunitária
4	Intercorrências
5	Adesão ao tratamento
6	Tipos de inserção na comunidade

Indicadores quantitativos	
1	Faixa etária
2	Encaminhamentos
3	Pertences pessoais
4	Documentos pessoais
5	Hipóteses diagnósticas
6	Peso

5.3. Terceira Parte da Pesquisa: trabalhando com pacientes dependentes químicos

Apresentação do discurso do sujeito coletivo (DSC) dos pacientes

Inicialmente, enviamos as cartas-convites para os pacientes da Comunidade Terapêutica, que voluntariamente aceitaram participar desta pesquisa, de acordo com o critério de inclusão estabelecido no método. Utilizamos a mesma técnica do DSC, de Lefèvre e Lefèvre (2003), realizada anteriormente com os conselheiros, agora para a construção do discurso do sujeito coletivo (DSC) dos vinte pacientes selecionados. O Quadro 10, abaixo, mostra o perfil destes participantes. As perguntas feitas aos pacientes, foram:

- 1) *De que forma sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?* O objetivo desta pergunta foi investigar as representações sociais destes pacientes sobre suas experiências com suas famílias diante do problema com as drogas.
- 2) *O que você acha sobre o atendimento do terapeuta leigo?* O objetivo desta pergunta foi, por meio das representações sociais dos pacientes sobre suas experiências com os conselheiros (terapeutas leigos), que aplicaram a TRA, avaliar a atuação destes conselheiros.
- 3) *A TRA ajudou a sua família nos problemas com as drogas? De que forma? Não, por quê?* O objetivo desta pergunta foi, por meio das representações sociais dos pacientes, que participaram da TRA, com seus familiares, avaliar se o Programa atingiu seu objetivo principal, o de intervir junto às famílias para a recuperação e prevenção dos sistemas familiares.

Quadro 7 –Perfil dos participantes da pesquisa – DSC

Nº	Nome	Idade	Escolaridade - grau	Estado Civil	Religião	Procedência	Tempo de tratamento
1	EAG	47	2º Completo	Casado	Evangélico	Pernambuco	6 meses
2	FMO	55	2º Completo	Separado	Evangélico	São Paulo	6 meses
3	NCL	23	2º Incompleto	Solteiro	Católico	São Paulo	5 meses
4	GLB	39	1º Completo	Separado	Evangélico	Alagoas	5 meses
5	ABS	36	2º Completo	Separado	Católico	São Paulo	5 meses
6	ARS	38	2º Completo	Separado	Evangélico	Paraná	4 meses
7	APC	31	2º Completo	Separado	Evangélico	São Paulo	3 meses
8	JAP	46	2º Incompleto	Separado	Evangélico	São Paulo	3 meses
9	CCM	37	1º Incompleto	Casado	Católico	São Paulo	6 meses
10	SEM	43	1º Incompleto	Separado	Espírita	São Paulo	3 meses
11	VFO	48	2º Completo	Separado	Evangélico	São Paulo	6 meses
12	PFC	47	Superior	Separado	Ateu	São Paulo	2 meses
13	JAR	43	1º Incompleto	Separado	Evangélico	Rio de Janeiro	2 meses
14	REB	34	2º Incompleto	Casado	Evangélico	São Paulo	3 meses
15	JSS	31	2º Incompleto	Separado	Católico	São Paulo	3 meses
16	AAG	49	1º Incompleto	Separado	Católico	São Paulo	3 meses
17	EXC	45	1º Completo	Separado	Evangélico	Bahia	2 meses
18	IFI	44	2º Completo	Solteiro	Espírita	São Paulo	6 meses
19	BFS	25	2º Completo	Solteiro	Evangélico	São Paulo	6 meses
20	LNU	25	2º Incompleto	Solteiro	Católico	Maranhão	6 meses

Tabela 4 – Pergunta 1 – De que forma a sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?

		N	%
A	Não participou.	2	10,00
B	Participou, melhorou muito.	6	30,00
C	Participou indiretamente.	7	35,00
D	Participação de um subsistema com resgate de afeto.	3	15,00
E	Pouca participação, com pouca mudança.	1	5,00
F	Não participou, não tem família.	1	5,00
TOTAL		20	100,00

DSC A

Minha família ela não me visita, ela não telefona, eu não tive nenhum telefonema até hoje, não teve participação nenhuma. Só eu mesmo e minha cabeça. A família de alguns, que eu já vi reuniões, bastante reuniões de famílias que vem aqui, eu sempre vejo eles falar bem, mas a minha família não participou.

Alguns pacientes, quando resolvem, voluntariamente, fazer um tratamento, apresentam sua rede sociofamiliar empobrecida, os vínculos destruídos, pelos desgastes sofridos destes sistemas familiares presos no ciclo da drogadicção. Notamos, aqui, que é comum nesta situação ocorrer um distanciamento entre os membros das famílias; muitas vezes, esse funcionamento pode ser o único recurso encontrado por esses sistemas familiares como forma de autoproteção, este distanciamento funcionando como um limite.

DSC B

Minha família participou da melhor forma possível, visita, todas as vezes que tem, não faltou nenhuma, tá apoiando, falou para eu fazer o tratamento completo, e já senti diferença, né? Eu modifiquei muito, do início do que eu tava, né? A minha família, foi a principal coisa, o principal movimento que aconteceu disso tudo, né? Foi ela que me incentivou, me tirou do buraco. Disseram Você quer? Então não abri mão e disse, quero, sim! Aí, rapidamente, cada um começou a mover alguma coisa, aí foi que deu o início nisso tudo. Minha família tinha desistido de mim, e eu tinha

desistido de tentar buscar uma recuperação. Quando cheguei em São Paulo, surgiu uma esperança de ter um tratamento e um reencontro. Daqui entraram em contato com a minha mãe. A princípio ela estava relutante de falar comigo, mas conseguiu mostrar para ela como isso seria importante, tanto para mim quanto para ela. Pude pedir perdão, ela, me recebeu, foi receptiva, foi um reencontro lindo. Com a minha avó, que era uma pessoa que eu não falava já há sete anos, eu tinha um rancor, achava que minha avó era culpada, por ter me expulsado de casa. Eu consegui perceber que não foi ela. Ela apenas tentou fazer com que eu evoluísse. Aqui dentro, depois de algum tempo, eu já pensei que, pôxa, a minha avó não tem nada a ver com a minha recaída, então, entraram em contato com a minha avó também. E a minha avó me recebeu bem, pude pedir perdão, e assim ficou tudo bem. Foi muito grande a participação, me surpreendi, porque, lógico, no início é uma decepção, minha mãe ficou decepcionada, mas, assim, logo em seguida me deram o maior apoio, que eu não esperava, me surpreendi bastante, me deu muita força. A minha família participou de forma direta na minha recuperação com as drogas, no momento em que eu realmente assumi o meu problema perante a minha própria família, porque enquanto eu rejeitava a minha doença e achava que podia controlar o meu uso, controlar a minha vida, o meu dinheiro, eu sempre manipulava de todas as maneiras, no momento que eu tive a coragem, que eu acho que foi fundamental, foi muito difícil falar cara a cara pra eles assim: eu sou usuário de crack. Eu acho essencial por parte da família o acompanhamento, eles passaram a perceber, as recaídas, meu desmazelo com o meu próprio corpo, coisa de adictos, coisa de quem é dependente químico, eu tenho uma relação muito grande de dependência de pessoas. A princípio era com a minha mãe, depois com meus irmãos, quando ela morreu, mas é chegada a hora de viver a independência, na questão de moradia, sozinho. Quando eu vim pra cá, a gente conseguiu as coisas, e estou gostando muito do tratamento, porque eu não fiquei só como paciente, eu sou membro dos Narcóticos Anônimos, tô fazendo um trabalho que eu gosto, mas sempre faço um trabalho pensando na minha recuperação. A minha família foi fundamental e é fundamental lá fora. E sei que quando eu sair daqui eu terei algum apoio deles, mas a maior parte depende da gente mesmo.

Este discurso mostra a trajetória do adicto com sua família, o rompimento dos vínculos, a perda da perspectiva de melhora do adicto, restando apenas o abandono e distanciamento. Quanto surge uma oportunidade de tratamento, vinda do adicto, a família, apesar do desgaste, parece retomar as forças para um novo empreendimento em direção à recuperação do adicto. Neste discurso, fica claro também a teoria, apresentada no início deste trabalho, sobre a pseudodiferenciação do drogadicto, a relação

de interdependência com a família, com se fosse um sistema familiar vivendo o início da fase de ciclo vital adolescente (ver Kalina, 2001; Kaufman e Kaufman, 1979). Temos também, neste depoimento, a importância da teoria que embasa os grupos de mútua-ajuda, quando o paciente refere “não fiquei só como paciente, e sou membro dos Narcóticos Anônimos”, confirmando a importância desta teoria, do cuidar do outro como forma de se cuidar.

DSC C

Primeiro a minha família procurou uma instituição, ajudou a me trazer até aqui na clínica, minha mãe e minha cunhada, me deram a maior força pra mim aguentar ficar aqui, sempre dando força por telefonema, participado através de ligações, dando suporte, ligando pra mim, mandando algumas coisas pra mim, me visitando quando é possível. Só que nas reuniões eles não vêm, porque trabalham, e não tem tempo pra isso, eu tenho só dois irmãos aqui em São Paulo. Não sou daqui, estava vivendo com a minha mulher e por decorrência do álcool foi se desgastando e me separei. Quem me trouxe foi minha ex-esposa, então, a colaboração que eu tive, realmente, foi minha mulher ter me aturado, o tempo que realmente conseguiu me aturar por meu problema de alcoolismo. Foram seis meses do meu tratamento que eu não ligava para eles, não recebia ligações, não tinha contato nenhum com eles, vínculo nenhum. Depois do meu tratamento que eu comecei a ter um contato com eles de novo, esta foi a participação da minha família na minha recuperação

Vemos aqui, novamente, o desgaste dos vínculos familiares e a falta de tempo para participar, de forma presente, no tratamento, provavelmente pela dificuldade enfrentada em outras tentativas e as constantes recaídas do membro adicto. O distanciamento destas famílias deve ser respeitado, como etapa de evolução deste tratamento com a família. Alguns sistemas familiares aproximam-se mais rapidamente, outros demoram mais tempo. A distância física não representa abandono, mas uma participação indireta, e não menos importante do que se estivessem o tempo todo presente. O trabalho com estas famílias pode ser por telefone, cartas, fotos, etc., sempre conotando positivamente sua participação no tratamento.

DSC D

Minha família? Só se for em relação a minha mãe, me ajudou no começo, até compreendia a minha doença, agora ela já está descompreendida, me rebaixando, falando que eu não tenho mais jeito, que ela quer viver a vida dela, que eu estou incomodando, por causa que minha vó tem problema, tem 88 anos. Ela falou, "ah... tá difícil...", mas não é tão difícil assim. Ela não é muito boa das idéias, tem trauma também do meu pai, por causa do alcoolismo, e eu reflito nela também, não tiro a razão dela. Ela tem trauma, não só do meu pai como outros familiares também, enfim, ela me ajudou, não posso falar que ela não me ajudou, tive umas recaída, mas não foi daquela recaída que eu falei, que é pra estourar a boca do balão. Ela tem os bailinho dela, tem direito, ela tá me ajudando, certo? Ela sempre controlou meu dinheiro, nunca me abandonou. Minha mãe participou bastante, com amor, né? Ela se dedicou, com a idade que ela tem, ela não sabe absorver as coisas, então, ela participou uma vez, mas ela diz que não entendeu nada a reunião. A minha esposa não participou nada. Em uma clínica, ela veio, no outro dia foi embora, ela prometeu Deus e o fundo pra mim, e eu, no outro dia fui e quebrei a cara. Essa agora, a última aqui, está sendo as minhas filhas, né, que sofreram muito, depois da última internação. Fiquei sabendo pelos amigo meu que minha filha chorou, aí aquilo doeu no coração, que eu deixei tudo pra lá, fui lá pra Sé, fiquei uns tempo lá na Sé sozinho, pra não fazer ela sofrer mais, né, então fui procurar um colega meu do SUS, ele foi me levar lá pro hospital e ela me ajudou. E nessa internação, eu queria concluir o tratamento, mas só foi ela que é muito importante, quanto ao resto..., só Deus e os profissionais aqui, né?

Aparecem, neste depoimento, questões importantes do ciclo vital destes sistemas familiares: o cuidador, diante das suas demandas pessoais e de seu ciclo vital familiar, como a mãe idosa precisando de cuidados permanentes, o filho adulto, paralisado na fase adolescente, dependendo também de seus cuidados permanentes. Aparece a inversão de papéis quando a filha, provavelmente adolescente, tem de cuidar do pai, que assume uma postura filial dentro do sistema familiar. Vimos a coexistência de vários problemas relacionados às drogas na constelação familiar: esposo, filho e outros parentes. Estes sistemas familiares multiproblemáticos geralmente entram em colisão interna, não conseguindo reunir forças para um bem comum a todos os participantes da família; desta forma, é muito comum que apenas um subsistema assuma o papel de cuidador dos demais. Esta situação é muito prejudicial para todo o sistema familiar e, especialmente, para este membro,

que passa a correr grande risco de adoecer sem o suporte dos demais. No início do tratamento, é muito comum, com a intoxicação do uso abusivo de drogas e da “intoxicação” do sistema familiar, como já explanamos, os afetos positivos ficarem submersos pela situação de sofrimento e caos no sistema familiar; com o decorrer do processo de tratamento, os afetos começam a emergir de forma bastante benéfica para o sistema familiar, trazendo-o para um território relacional mais adequado, com maior possibilidade de melhora de todos os membros da família.

DSC E

Nenhuma, apesar de que dessa vez eu tive mais contato com a minha família, porque essa já é a minha terceira internação, né? Tive um contato, mas muito pouco, e da parte deles, não mudou quase nada.

Percebemos, neste relato, que o sistema familiar está esgotado, saturado; os vínculos estão tênues, porém presentes; desta forma, o tempo de tratamento poderá ser a ferramenta mais importante na recuperação deste sistema familiar, fortalecendo os laços familiares aos poucos, respeitando o ritmo de cada sistema familiar.

DSC F

Eu não tenho ninguém.

Como descrevemos anteriormente, é muito comum, na população de dependentes químicos em situação de rua, encontrarmos pacientes com rede familiar muito empobrecida, às vezes zerada. É o que vemos aqui. É necessário esperar, e ao mesmo tempo trabalhar, a motivação do paciente para a reconstrução de sua rede sociofamiliar.

Tabela 5 – Pergunta 2 – O que você acha sobre o atendimento do terapeuta leigo?

		N	%
A	Bom, auxiliam na recuperação.	10	45,45
B	Bom, porque tiveram a mesma experiência que nós.	5	22,73
C	Nada a reclamar.	2	9,09
D	Repetitivo, prefiro os psicólogos.	1	4,55
E	Bom, porém autoritários.	2	9,09
F	Péssimo, pode prejudicar pelo autoritarismo.	2	9,09
TOTAL		22	100,00

DSC A

Para mim são todos muito gente fina, são bacanas, eles cumprem o papel deles. Eu acho excelente, recuperei bem em vista do que eu tava. O atendimento das pessoas que trabalham aqui é necessário para a gente, são bastante prestativo, porque eles nos dão o direito de ser aquela pessoa que nós éramos lá trás. Me deram muita força, foi minha verdadeira família, quando eu entrei aqui, e eles foram fundamental no meu tratamento, sempre estando do lado, procurando me ajudar no tratamento. São vários os terapeutas leigos, e cada um tem o seu estilo de nos tratar. Por exemplo, um é a nossa voz firme, tem um tom de autoridade, que no princípio, não foi agradável para mim, claro, por ser um adicto, que quer tudo fácil, depois senti que isso era muito importante para a minha vida. Uma voz firme, alguém que me dissesse "não". Um outro, monitor ou terapeuta leigo, trata mais de coisas do corpo, ele nos conduz à ginástica, nos conduz à caminhada, nos conduz a pensar em como o corpo vai melhorar e a mente e o espírito se o corpo melhorar. Outra é a nossa voz mansa, branda, ela consegue acalmar o furacão dentro da gente apenas com o sorriso dela, enfim, um outro que é um recuperando como nós e é muito bom. Desde que eu cheguei, quem me atendeu, atendeu muito bem até hoje. Não deixo de participar das reuniões, isso é necessário e estou gostando. Os terapeutas leigos, apesar de tudo, passam para nós ensinamentos legais, têm nos ajudado em todas as reuniões, trazendo para análise, uma conscientização da nossa doença, eu acho bom, mas é complicado pra eles. Quando eu tava ansioso, tava preocupado, com fissura, eles me orientavam constantemente e isso foi útil pra mim, lógico, isso me ajudou muito. Lá fora, conheci as irmandades, como NA, Narcóticos Anônimos, AA, conheci, para as famílias, o Amor Exigente e aqui tem um terapeuta leigo que trabalha muito bem isso, e é fundamental para o tratamento do adicto.

A postura de acolhimento dos conselheiros – terapeutas leigos – é essencial para a adesão dos pacientes ao tratamento, pois é por meio dos vínculos afetivos construídos nesta nova rede sociofamiliar, representada por todos os integrantes da Comunidade Terapêutica, que se desenvolverá o tratamento do dependente químico dentro da metodologia proposta pela TRA. Os conselheiros assumem papéis de membros das famílias, com diferentes funções, destes dependentes químicos: quem dá limite, o mais afetivo, o preocupado com outros cuidados, como o corpo, higiene pessoal, etc. O fato de sentirem-se pertencentes a uma família, como antes das drogas – *“porque eles nos dão o direito de ser aquela pessoa que nós éramos lá trás. Me deram muita força, foi minha verdadeira família”* –, colabora para o resgate da identidade, livre dos problemas com as drogas. O discurso ratifica a experiência pessoal dos conselheiros como importante ferramenta para legitimá-los como autoridades para o tratamento de dependentes químicos.

DSC B

Eu acho muito bom, a gente absorve bastante o que eles passam para gente, porque eles já passaram pelo problema, mesma situação que a gente está passando. E não é aquelas pessoa que faz a faculdade, ali na teoria, porque na prática o negocio é outro, né? Passa para a gente segurança, a gente sente sinceridade no que ele fala. Que eles já tiveram contato com drogas, acho que é uma esperança, que a gente pode parar, se eles conseguiram, a gente também consegue. Eu queria ser monitor, porque eu achava legal, muito interessante lidar com as pessoas e saber entender as pessoas, estava disposto de fazer um curso de monitor-conselheiro, poder ajudar o próximo. O atendimento dos conselheiros é muito importante porque eu ficava acuado, num canto, sem falar com ninguém, aí a pessoa vinha do meu lado, perguntava o que eu tinha, aí eu me expressava do jeito que eu achava melhor, eles conversavam, me davam conselhos, eu procurava escutar, porque antes a gente não escuta, né? A gente gosta de fazer tudo a vontade, aí eu procurei escutar, entender, e eles fizeram eu entender o novo, que eu tenho uma doença, meu problema, meu defeito, e que isso eu posso curá-la com o tempo, com vontade, com determinação, e muito apoio da família. O conselheiro é um recuperando como nós, faz uma reunião de sentimentos que fica muito gravada na minha mente, porque ele é como eu, ele pode esticar o braço e recair, e já está há muitos anos limpo. Então, o feedback que a gente tem é muito bom.

Notamos, aqui, que o tratamento do terapeuta leigo é legitimado pelos pacientes, por suas experiências com as drogas – *“porque eles já passaram pelo problema, mesma situação que a gente está passando”*; esta vivência é mais valorizada, por alguns pacientes, do que a teoria dos terapeutas técnicos. Aproveitamos esta visão para reforçar a importância do conselheiro nas comunidades terapêuticas. Seu modelo de conduta, de uma pessoa recuperada, serve de exemplo e esperança para o recuperando.

DSC C

Os monitores e conselheiros, o pessoal reclama. Eu, sinceramente, não tenho nada que reclamar de ninguém, me dou bem com todos. Alguns inventa alguma coisa, quer sair, não sei o que, o que vem na cabeça. Eu vim na proposta de ficar e tá dando certo, já tive algumas desavenças, foi besteira, por nenhum motivo, talvez abstinência, eu não tive cabeça pra analisar o que estava falando, que na realidade estava certo, digamos assim, já está tudo acertado, eles são muito educados, então eu não tenho do que reclamar, pretendo continuar.

Tivemos dificuldade de nomear uma categoria para este DSC, pois parece que não há uma posição clara sobre a conduta dos conselheiros; existem as reclamações sobre eles, mais ao mesmo tempo eles são educados e acabam por resolver o conflito, que sabemos ser muito frequentes nos grupos e nas relações cotidianas em uma CT. Novamente, aqui, notamos a importância da abordagem acolhedora que o conselheiro necessita adotar, principalmente na resolução dos conflitos. A categoria talvez pudesse ser “os pacientes reclamam dos conselheiros, mas estes resolvem os conflitos”.

DSC D

Olha, vou ser sincero, vou falar por mim, eu não aproveito muita coisa, porque geralmente as reuniões fogem do tratamento, se debate muito, isso pode, aquilo não pode, nunca busca o que a gente sente, o que a gente pretende. É sempre assuntos que tô cansado de saber: é sobre cigarro é sobre o dia a dia, quem brigou com o outro, não pode isso, não pode aquilo, eu já sei de cor e salteado, porque todas as reunião eu sento e escuto a mesma coisa, para mim não muda nada, tendo ou não tendo.

Quanto às reuniões dos psicólogos, é excelente, os enfermeiros, é excelente, melhor ainda, a enfermagem, né? Isso aí eu tenho que admitir.

Neste relato, o paciente se coloca completamente contra o tratamento realizado pelos conselheiros, sente que não são preparados para esta atividade, deixa claro sua preferência pelos técnicos da CT.

DSC E

Ah, é bom, E? Porque eu obedeço o que eles falam, e acho que está certo. O terapeuta leigo, os conselheiros e monitores, eu acho um tratamento normal. Existem alguns que, infelizmente excede um pouco da autoridade que lhe é dada, então cria um pouco de certo tipo de problema, mas, todos são bons.

Encontramos, neste relato, que se considera o resultado do trabalho dos conselheiros bom, porém contribui para apontar o excesso de autoridade que alguns manifestam em suas condutas.

DSC F

O tratamento dos terapeutas leigos desta instituição, acho péssimo, porque eles não tem didática, metodologia, acolhimento que o adicto, ou a pessoa que está atrapalhada, confusa, precisa ter. A casa, aproveitando-se de alguns membros, que passaram pelo tratamento aqui, que se destacaram, acabaram permanecendo. Eles não têm um acompanhamento psicológico adequado, uma preparação, seja em estudos, seja em curso, seja em uma cobrança por parte dos gestores, para que eles também frequentem as salas de NA, esses programas que, como eu te disse pode ser mais um, pode engrandecer, dar uma qualidade melhor para a comunidade. Quando a gente estabelecer esse trabalho, que não é só igreja, porque muitas vezes o trabalho é orientado só no sentido da religião. Presenciei casos aqui mesmo de atrocidades terríveis, de uma pessoa que chega com confusão psicológica, alterado pelas questões das drogas, do álcool, e acaba se confundindo muito mais, quando elas são envolvidas por um excesso de religiosidade, etc. E no momento de inserir o que é serenidade, o que é religião, elas se complicam, e quando elas estão em crise, em surto e confundem com religião, com Doze Passos, com serenidade, com poder de Deus. Às vezes

confrontos de corpos, e às vezes, esses monitores usam de uma palavra muito mesquinha, muito baixa, muito suja. Porque quando e se pega uma pessoa que já vem da rua e que está em um lugar como esse que é afastado, não tem condições, que não tem dinheiro, e fala, no momento que elas precisam, "se você não se comportar, se você não fizer o que a gente manda, as regras funcionam assim, você está no olho da rua, procura a sua rua, meu, porque aqui tem assim de gente querendo ocupar o seu lugar". As pessoas, aqui, como já presenciei, pegam canivete que elas fazem, pegam barra de ferro, blocos, para atacar nos monitores. Então eu comecei a fazer um trabalho no sentido de estudar os Doze Passos, porque eu acredito muito em Narcóticos Anônimos. Não desconsidero a questão psiquiátrica e psicológica, como ensinamentos fundamentais, porque são os profissionais que melhores foram preparados para lidar com esse tipo de coisa. Existe uma falta de qualificação grave, em relação à qualificação dos monitores, para trabalhar com o material humano, quer dizer, não por ter sido adicto, e ter conseguido chegar à abstinência, você tem qualificações, que teria ou não se nunca houvesse usado nenhum tóxico. Tem um provérbio chinês que diz "se você quer conhecer o valor de uma pessoa, dá poder para ela", então, eu vejo pouca qualificação para colaborar com o teu tratamento, tem que ter um respeito, uma sensibilidade, não pode fazer que ele se sinta mais derrubado do que ele já está. Está no lugar errado, daria um bom PM, mas não um monitor, às vezes a gente sente falta de atenção, relacionamento pode às vezes ser agressivo, pode ser displicente. E às vezes você se sente mais sozinho do que teria que ser com monitores. Um monitor colabora para o desenvolvimento do tratamento, não é um funcionário penitenciário

Este discurso é um desabafo, um alerta aos malefícios que um conselheiro pode cometer dentro de uma comunidade terapêutica. O paciente, ao descrever sua experiência na Comunidade e com os conselheiros, parece estar vivendo em um contexto penitenciário – *“As pessoas, aqui, como eu já presenciei, elas pegam canivete que elas fazem, pegam barra de ferro, blocos, para atacar nos monitores”*; a agressão dos pacientes ao conselheiro parece ser uma defesa contra a conduta autoritária e desprovida de qualificação para lidar com esta problemática por parte deste – *“Eles não têm um acompanhamento psicológico adequado, uma preparação, seja em estudos, seja em curso, seja em uma cobrança por parte dos gestores, para que eles também frequentem as salas de NA...”* As salas de NA (realizadas por conselheiros em dependência química) são reconhecidas no discurso como um programa que pode melhorar a Comunidade – *“... para que eles (conselheiros) também frequentem as salas de NA, esses programas que, como eu te disse,*

pode ser mais um, pode engrandecer, dar uma qualidade melhor para a comunidade...”. Desta forma, mostra-se a favor da atuação dos conselheiros – “Um monitor colabora para o desenvolvimento do tratamento, não é um funcionário penitenciário”; porém, não desta Comunidade em questão – “O tratamento dos terapeutas leigos desta Instituição, acho péssimo...”

Tabela 6 – Pergunta 3 – A TRA ajudou sua família nos problemas com a droga? De que forma? Não, por quê?

		N	%
A	Não participou, as famílias que participaram melhoraram.	8	40,00
B	Muito bom, resgate de afetividade e participação da família.	7	35,00
C	Sim, se tivesse mais seria melhor.	1	5,00
D	Ajudou à distância.	2	10,00
E	Não ajudou, e não participou.	1	5,00
F	Não tenho família, mas me ajudou.	1	5,00
TOTAL		20	100,00

DSC A

A minha família não participa, me liga, vai vir na visita, procura saber como eu tô, se eu tô bem, pra mim ficar calmo, que eles também estão calmos do outro lado, estão com a mente mais tranquila, a minha esposa está cada vez mais tranquila, está trabalhando bem, por saber que eu estou em um lugar, num ambiente que é bom e o que é bom pra mim é bom pra eles também. As famílias de alguns vem aqui e sempre vejo eles falar bem.

A categoria *não participaram* não faz jus ao que pensamos sobre a participação indireta da família, como já descrevemos anteriormente. A família participa como pode, distante, mas com afeto; aparece, ainda, com certa reserva, necessita de um tempo para se tranquilizar, e retornar ao ritmo e à vida normal, colaborando assim para um terreno relacional mais saudável.

DSC B

Olha, ajudou muito, porque eu ficava mais na rua do que em casa, era alcoólatra, mas agora parei, procurei a religião, ia pra igreja, e volto normal. A TRA daqui foi um sucesso pleno. A minha família liga para mim, se preocupa, a gente se corresponde com cartas, eu faço colagens, arte, poesias e envio para minha família, eu sempre fui apaixonado pela minha família, e me doía muito ter que ter uma distância deles, por causa da minha doença, porque próximo deles eu os prejudicaria. Dependência química é uma doença terrível. Imagina você amar a família, e saber que a sua família te ama, mas a gente não pode ficar junto, parece até absurdo, mas a dependência química consegue até isso. Então eu sou muito grato a todos os que participaram desse reencontro familiar, que tem me ajudado a manter a minha recuperação, eles vem e a gente conversa, apóia, no geral. As pessoas aqui apóia a gente, a família, vê o jeito que se tá sendo tratado, dá total apoio. Minha mãe, esta lutando por mim, ela tem que vir com alguém, porque ela se distrai, e quando não tem, não vem ninguém, inclusive a minha esposa nunca veio, se ela tivesse vindo, eu creio que ela teria mudado a cabeça dela, não dá mais tempo, né? Se não conversaria, ela convidaria pra vir meu irmão, até ele veio uma vez aqui me buscar, tudo bem que eu aprontei com ele também, voltamos a conversar, tocou no assunto do prejuízo que eu dei pra ele, estava esperançoso na minha melhora. A minha mãe veio, ela, tem 88 anos, mas sentou lá e saiu com a cabeça vazia, ela falou "Ah... eu não lembro o que falou..." mas parece que é muito bom para a família. Na verdade, essa Terapia de Rede para Adictos, na minha compreensão, é uma rede que pode ser interligada, uma clínica mais aberta ou mais fechada, dependendo do estágio que as pessoas podem estar nesse processo até que elas consigam restabelecer a sua vida social, lá fora, restabelecer sua família, sua questão financeira, etc. Eu acho que é fundamental. Quanto à questão da rede terapêutica pra adictos, sem dúvida que eu acho que todo o trabalho, enquanto dependente químico que eu sou, é fundamental. A minha filha, quando eu bebia, ela usava pedra de crack, graças a Deus não fuma mais crack, parou, toma uma cerveja. Pelo menos é uma pessoa que já passou pelo que eu passei, então dá pra entender mais, a mãe dela, já separei, até me aturou demais. Essas três filhas é a coisa que eu mais gosto, por isso que tem vez que eu fico nervoso aqui, mas era para ir para o HD, que era mais perto, e lá pode sair de sexta-feira, já dá pra mim ir. E meus documentos tá lá, tem que pegar o cartão do SUS, o RG, fazer exame de sangue, e no laboratório tem exame que só pega se tiver o cartãozinho e o RG. A mais velha também, toda vez que liga pra cá, ela pergunta: "O senhor não vai vir pra cá? O senhor não vem pra cá? Estou com saudade". Aí é que dá mais aperto no coração, por isso é que eu tô lutando, que é pra sexta-feira até conseguir ir para o HD. A minha mãe passa em consulta, todo domingo ela vem me visitar, não só ela, os meus sobrinhos, eu aprendi a dar mais valor à família, principalmente com a minha mãe, com os meus sobrinhos, então é uma coisa gostosa, assim, que eu estou me aproximando cada dia mais da família, essa força que eles me deram, e agora eu estou procurando mostrar para eles que eu sou capaz de superar qualquer coisa, então ajuda bastante.

A TRA aparece, neste discurso, como um Programa de sucesso na reestruturação familiar, no resgate dos vínculos afetivos e como possibilidade de mudança no inter-relacionamento familiar, na aproximação de seus membros afastados pelo ciclo da drogadicção, e de conscientização dos problemas enfrentados pela família. Descreve a TRA como um Programa que vai preparando, gradativamente, o paciente para a reinserção social e retomada de seu papel de cidadão, retirada de documentos, reinserção em outros serviços de saúde, etc.

DSC C

Ajudou até certo ponto, porque nós não temos reunião, eu acharia que teria reunião para família pelo menos duas vezes no mês, só que a gente, a minha família só teve reunião umas duas ou três vezes nesses cinco meses que eu estou aqui dentro, porque é uma reunião por mês. Teve umas duas reunião, ou não sei, que minha família não veio, então, devido a algumas entrevistas ajudou muito, se tivesse mais reunião, ia ajudar mais ainda.

Aqui, faz-se uma crítica ao Programa TRA, que propõe seis encontros, um por mês, durante o projeto terapêutico, que é de seis meses, mostrando a necessidade que algumas famílias apresentam de terem maior número de encontros com os conselheiros.

DSC D

Sim, a terapia de rede para adictos, minha família não veio em visitas, a minha família não é daqui, é do Paraná, então eu não tenho visitas, só por telefone eles comentavam, quero agradecer muito a casa, todos os funcionários, por estar aqui esses cinco mês, muito agradecido por estar longe do mundo e de drogas e álcool. Só por hoje. Obrigado.

Podemos notar, aqui, que a participação da família à distância, a presença da família como ela pode, pelas mais diferentes razões, deixa claro que um programa que contemple este tipo de participação no tratamento se faz necessário para o atendimento familiar da população de rua, dependente de

drogas. São eles emigrantes de lugares distantes, famílias saturadas e esgotadas pelo ciclo da drogadicção, muitas vezes perderam contato com a família, já há muito tempo, por mudança e andanças sem rumo, etc.

DSC E

A minha família não frequenta essas coisas, eles não frequentam esse tipo de grupo, então no momento eles não tem nenhum tipo de conhecimento, conscientização, que possam estar me dando suporte.

Aqui, aparece uma saturação e total esgotamento deste sistema familiar pelo ciclo da drogadicção; é necessário intervenções familiares muito sutis e indiretas para a participação destas famílias no tratamento

DSC F

Não tenho família, mas me ajudou. Nunca procuraram, porque eu fui criado na rua, e isso já faz dez anos que eu tive família, filho, esposa de lá pra cá não tive mais contato com ninguém, sempre vivi sozinho.

Este discurso foi separado do DSC D apenas pelo fato de o paciente referir não ter família, mas suas observações remetem ao DSC D, cuja análise também se aplica aqui.

Avaliação do Programa TRA com base nos indicadores de avaliação e monitoramento

A seguir, apresentaremos a discussão dos dados retirados dos prontuários, relatórios semanais/mensais e livro de ocorrência relativos aos 53 pacientes internados no período de 1 de julho a 31 de dezembro de 2010, segundo os indicadores, por nós elaborados, para avaliação e monitoramento do Programa TRA (ver Fig. evolução da pesquisa). Apresentaremos os resultados na forma de gráficos, para melhor visualização para a discussão destes dados.

Gráfico 1 – Distribuição por faixa etária dos internados no segundo semestre de 2010.

É importante esclarecermos que os pacientes são distribuídos em três unidades distintas da AEP, de acordo com os critérios estabelecidos pelo CMDCA (Conselho Municipal da Criança e do Adolescente) e Vigilância Sanitária do Município onde a CT está localizada. Percebemos que a maior procura é de adultos, pela facilidade de acessibilidade à CT, representada pela procura livre e espontânea. Os menores de 18 anos, principalmente os menores de 16 anos, foram encaminhados geralmente com processos judiciais ou orientação do conselho tutelar da região de origem destes adolescentes,

para sua socioproteção e orientação familiar. Alguns deles chegaram espontaneamente, porém, às vezes, com nomes trocados, nome do irmão, por exemplo, como forma de fuga de infrações cometidas ou por outras razões. Ao esclarecer estes fatos, o trabalho junto ao judiciário e à promotoria foi muito rico, pois todos os casos foram orientados por estas autoridades para que o adolescente recebesse o tratamento neste local de sua escolha, revertendo como benefício para suas infrações. Esta estratégia ajudou o fortalecimento dos vínculos com estes adolescentes e suas famílias, possibilitando uma melhor ressocialização deste pacientes.

No grupo de adolescentes existem sete casos que apresentam problemas com a Justiça. Destes, três estão na AEP por determinação judicial; dois estão destituídos de pátrio poder. Há dois casos de jovens egressos da Fundação Casa.

Gráfico 2 – Adesão ao Programa TRA, segundo faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Dos 53 pacientes que nos chegaram, 36 continuam em tratamento, o que representa 71% do total da demanda. Dos 17 pacientes, 29%, interromperam o tratamento. Os motivos das desistências variaram entre alta, alta administrativa, evasão, abandono e alta pedida, sendo que a predominância são as altas pedidas ou por abandono.

Gráfico 3 – Alta por desistência do tratamento no segundo semestre de 2010.

O Gráfico 3 demonstra a desistência do tratamento, que corresponde a 29%. As incidências foram preponderantes no primeiro mês da implantação do Programa. Por meio dos prontuários destes pacientes, percebemos que os critérios de elegibilidade (paciente voluntário ao tratamento em CT) não estavam sendo respeitados; os pacientes estavam chegando à Comunidade e, já no primeiro contato e grupos de acolhimento, notava-se sua não voluntariedade. Um trabalho com a equipe de triagem teve de ser feito para esclarecer melhor a importância de ser voluntário ao tratamento, levando, assim, à diminuição das interrupções.

Gráfico 4 – Fonte de encaminhamento de pacientes para a AEP no segundo semestre de 2010.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição das unidades encaminhadoras. 65% dos encaminhamentos atuais feitos para as comunidades terapêuticas, parceiras do projeto Viva Luz da PMSP, demandam dos AMAs Sé e Boracéia, unidades de referência para a triagem dos pacientes em situação de rua, da região central da cidade de São Paulo, conhecida como Cracolândia. Em dados colhidos em anamnese e depoimentos nos grupos, 95% desta demanda apresentou histórico de viver em situação de rua, com tempo médio de 4,2 anos, sendo 92% originária desta região da Cracolândia.

Os encaminhamentos das outras unidades da PMSP, como Hospital de Pirituba, CAISM Pinel, Pronto Socorro de Santo Amaro, Pronto Socorro de Campo Limpo, CAPS de Pirituba, têm aumentado gradativamente, pela divulgação, junto a estas unidades, desta parceria com as comunidades terapêuticas, como um dos recursos da rede de atenção à dependência química neste Município.

Os 8% Prefeitura Municipal de Cajamar referem-se aos pacientes provenientes do município de Cajamar, onde a AEP se localiza, encaminhados via CREAS, pela parceira da AEP e CRAS deste Município.

Gráfico 5 – Tipo de internação na AEP, no segundo semestre de 2010.

O Gráfico 5 apresenta o tipo de internação na AEP: voluntária ou involuntária. O tipo de internação influenciou na qualidade da inserção no Programa Terapêutico TRA; a vontade de se tratar está relacionada à melhora de adesão ao Programa. Nesse sentido, os grupos de acolhimento e motivação, na etapa inicial do tratamento, primeiros dois meses, têm tido resultados importantes, pois destes pacientes involuntários muito permaneceram na CT, tornando-se voluntários para continuar seu tratamento.

Gráfico 6 – Admissão dos pacientes na AEP, segundo faixa etária, no segundo semestre de 2010, quanto aos pertences pessoais – apresentou pertences pessoais?

Este Gráfico nos mostra o perfil desta população proveniente de situação de rua. São pessoas que passam a viver no anonimato, sem identidade, chegando, muitas vezes, na Comunidade, com um nome qualquer que lhe é atribuído no dia da triagem (serviços diversos que encaminham os pacientes).

Gráfico 7 – Admissão dos pacientes na AEP, segundo faixa etária, no segundo semestre de 2010, quanto aos documentos pessoais – apresentou documentos pessoais?

Gráfico 7 – Admissão – apresentou documentos?

O Gráfico 7 apresenta as condições em que os pacientes chegam para a inserção na AEP, portando documentos pessoais; a grande maioria apresenta como documento principal o Cartão do SUS – Sistema Único Saúde. Observamos que estes indivíduos se apresentam e se identificam pelo seu papel de usuários do SUS, mostrando um grande comprometimento de seu papel de ser no mundo. Nos grupos de adolescentes e jovens foram registrados seis casos de informações incorretas, em seus encaminhamentos, por exemplo: o próprio nome, nome da mãe, data de nascimento e problemas com a Justiça.

Gráfico 8 – Distribuição dos diagnósticos dos pacientes de acordo com a CID10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão).

O Gráfico 8 mostra a predominância do Grupo F19 da CID10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão), que se refere à dependência de múltiplas drogas: *crack*, cocaína, maconha, álcool, solventes e outras drogas. Ao consideramos que os critérios de elegibilidade para tratamento em uma CT são dependentes de drogas voluntários, esta população portadora do CID F19 está dentro do perfil esperado.

Os dois casos encaminhados com diagnóstico F19 e F20 (dependência de múltiplas drogas e comorbidade com transtorno esquizofreniforme) tiveram diferentes evoluções; um caso foi beneficiado pela CT, com boa evolução e inserção sociofamiliar adequada, com previsão de alta; o outro, durante a admissão, foi observado quadro de esquizofrenia crônica com sintomas agudizados de difícil manejo em CT, sendo reencaminhado para o AMA de origem. Concluimos, assim, que os pacientes portadores de diagnóstico do grupo F20 devem ser avaliados para a admissão na CT, com possibilidade de internação, reencaminhamento para a unidade de origem ou outro serviço de tratamento especializado. Daí a importância da comunidade terapêutica estar

inserida numa rede de serviços de dupla via (retorno à unidade encaminhadora) e de outras possibilidades de encaminhamento, como hospital geral e pronto-socorros de retaguarda da CT.

Gráfico 9 – Diagnóstico de acordo com a CID 10 e faixa etária.

O Gráfico 9 mostra que o alcoolismo e suas doenças secundárias, como a epilepsia, aparecem na faixa etária acima de 18 anos. Os menores de 16 anos tendem às comorbidades relacionadas aos transtornos mentais orgânicos (F06 e F71).

Os gráficos 10a, 10b e 10c se referem à avaliação do Programa TRA quanto à “Inserção na rede de serviços”, distribuídas por faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 10a – Inserção na rede de serviços – grupo etário de 12 a 15 anos, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 10b – Utilização da rede de serviços – grupo etário de 16 a 17 anos, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 10c – Utilização da rede de serviços – grupo etário acima de 18 anos, no segundo semestre de 2010.

Os dados apresentados, nos três gráficos acima, referem-se às diversas inserções na rede de serviços, principalmente do município onde se localiza a AEP. Serviços de lazer e cultura; em média, duas vezes por mês, os adolescentes e alguns adultos participaram de jogos amistosos no entorno da Comunidade, em campo de futebol. Os adolescentes participaram de um projeto, desenvolvido junto com o professor de educação física, para conhecer e jogar *hugby*, mostrando-se bastante empenhados, favorecendo sua integração e respeito à coletividade.

As idas ao Hospital Regional Municipal (retaguarda para atendimento clínico aos pacientes da AEP), comumente, foram destinadas às consultas com ortopedista e oftalmologista. Houve três inserções de adolescentes e três de adultos em consulta e acompanhamento odontológico em UBS de referência da AEP. Um adulto está em acompanhamento com neurologista em UBS especializada. Três casos são acompanhados conjuntamente com o CAPS-ad de origem. Um caso, no grupo de jovem adolescente, está sendo reavaliado constantemente junto ao Fórum e Conselho Tutelar, com possibilidade de reencaminhamento para unidade fechada para medida socioprotetiva.

Observa-se que, no grupo de adultos, as inserções mais frequentes visam à manutenção da saúde, com frequentes pedidos de exames específicos e de rotina. Tirar documentos aparece com uma porcentagem significativa (22%); e emissão de laudos para o INSS e retorno à escola (EJA), podem ser interpretados como viabilizando a garantia e o restabelecimento da cidadania e seus direitos.

Os gráficos a seguir foram apresentados para a avaliação do Programa TRA quanto à inserção familiar.

Gráfico 11 – Contato com a família, distribuído de acordo com a faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Consideramos como “estabelecem contato” o contato sistemático com a família; quando o contato ocorre de forma sazonal, consideramos como “estabelecem contato parcial”.

Gráfico 12a – Tipo de contato com a família, distribuído de acordo com a faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 12b – Frequência do contato presencial da família, distribuído segundo a faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 12c – Frequência dos contatos telefônicos com a família, distribuído de acordo com a faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 12d – Participação das famílias nas atividades propostas pelo Programa TRA, distribuída de acordo com a faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Gráfico 13 – Intervenções para as famílias ausentes, distribuição de acordo com a faixa etária, no segundo semestre de 2010.

Os indicadores da inserção e participação familiar no Programa Terapêutico TRA são um importante parâmetro, no Programa TRA, para a avaliação do prognóstico dos pacientes. Em média, mensalmente, foram realizadas 230 ligações para intervenções junto às famílias e aproximação familiar. Ao menos bimensalmente são programados eventos no final de semana, que objetivam a inserção das famílias nos eventos sociais e grupos terapêuticos. Neste semestre, foram realizados: ceia e almoço de Natal, passagem de ano, churrasco para confraternização dos aniversariantes do mês, festas “julhinhas” e Dia dos Pais, entre outros; além das reuniões sistemáticas, que ocorrem com as famílias nos finais de semana. O desafio da equipe técnica neste período foi reunir esforços com a rede parceira, para a busca ativa das famílias ausentes.

Os dados do Gráfico 11 demonstram que, ao somarmos as colunas de contato parcial (listas horizontais) e sem contato (listas verticais), é significativa a pouca participação das famílias. Um dos fatores apontados pelo paciente e sua família é a dificuldade de acesso, em virtude da distância, para a participação das famílias no tratamento. Muitas famílias são do interior de São Paulo ou outros estados do Brasil. Em virtude disto a importância de valorizarmos os contatos telefônicos com as famílias.

Outros dados importantes avaliados pela equipe técnica da AEP são: o histórico de situação de rua apresentado pelos pacientes, em suas narrativas e na anamnese, e o uso de drogas por período prolongado, colaborando com a ruptura dos vínculos familiares.

O Gráfico 13 apresenta as intervenções de abordagem que ocorreram, sobretudo, com as famílias que ainda não manifestaram contato com o paciente. Os dados desencadeantes da busca ativa demonstram que seis pacientes inseridos no Projeto Terapêutico, dos diferentes grupos etários (coluna listas horizontais), apresentam “acompanhamento com restrições judiciais”, inclusive processo recente de destituição de pátrio poder. Muitas “aproximações sem sucesso” ocorreram sem êxito (coluna listas verticais), sobretudo nos grupos etários de jovens e adultos. A visita domiciliar do assistente social, entre outras intervenções de busca ativa, tem sido uma necessidade constante. Para estas condutas, várias ações conjuntas com os CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) ou CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) foram realizadas, como estratégias de aproximação familiar.

Gráfico 14 – Participação em eventos comunitários, distribuídos por faixa etária, no segundo semestre de 2010.

A relação entre os membros da Comunidade Terapêutica AEP e a comunidade circunvizinha tem apresentado bons resultados, ainda que discretos. As estratégias de estimular o sentimento de pertença da AEP a esta comunidade do entorno foram realizadas por meio de algumas ações, como: eventos comemorativos organizados pela AEP, abertos para a comunidade, além dos contatos rotineiros apresentados durante as caminhadas, que ocorrem diariamente pela manhã na Comunidade.

A comunidade local é composta por sitiantes e proprietários de chácaras; por se tratar de uma área rural, os recursos comunitários são poucos. A grande maioria dos moradores é de caseiros/zeladores das chácaras e sítios da região. A dinâmica predominante da comunidade é a de “comunidade dormitório”, ou seja, os chefes ou responsáveis pelas famílias saem pela manhã para trabalhar nos bairros dispersos pelo município de Cajamar, sobretudo Jordanésia, Centro de Cajamar e Polvilho, e retornam para suas casas no final da tarde e noite. Os recursos do comércio são dois armazéns, um pequeno mercado, um depósito de material de construção e um comércio paisagístico para venda de mudas e ornamentos. O único recurso da rede de serviços é uma Unidade Básica de Saúde, que funciona com agendamento e referência do Programa Saúde da Família (PSF); o transporte escolar é gratuito, com horários previstos de origem e destino das crianças e jovens que frequentam a escola. Há várias igrejas evangélicas e uma capela católica. Há outra comunidade terapêutica atendendo ao mesmo tipo de demanda – dependência química. Existem diversos equipamentos privados que funcionam como SPA, pesqueiros e prática de *bicicross* e *MotoCross*. Os praticantes desta modalidade de esporte frequentam um clube com infraestrutura para receber seus associados e visitantes, que oferece um restaurante, tipo fazenda, para os turistas na região, com grande movimentação de pessoas nos finais de semana. As famílias, ao visitarem seus pacientes, de acordo com a evolução destes, saem para passear na redondeza.

Gráfico 15 – Ganho de peso do grupo etário de 12 a 15 anos, no segundo semestre de 2010.

O Gráfico 15 apresenta a evolução de ganho de peso do grupo etário de 12 a 15 anos, que em média teve um ganho de 2,25 kg. durante o período avaliado, o segundo semestre de 2010. (No Gráfico, a categoria peso é medida por kg; e as iniciais se referem aos nomes dados aos adolescentes.)

O Programa TRA conta com uma nutricionista, na equipe técnica, que orienta a dieta e as refeições na Comunidade AEP. A alimentação diária contempla seis refeições, com dieta balanceada, reeducando o paciente sobre a ingestão de calorias necessárias para cada grupo etário. Geralmente, a demanda de pacientes que chegaram à AEP, neste período avaliado, apresentou significativo prejuízo de peso e comprometimento no desenvolvimento físico e global, em virtude do histórico de uso de droga e seus danos. A reeducação alimentar resultou na melhora destes indicadores de peso no grupo de 12 a 18 anos, em plena fase de desenvolvimento físico.

Gráfico 16 – Tipos de intercorrências, distribuídas por faixa etária, no segundo semestre de 2010.

O Gráfico 16 apresenta algumas intercorrências na rotina das unidades da CT, neste segundo semestre de 2010. Merecem destaque as dificuldades de convívio comunitário, o cumprimento de regras e deveres, a falta de comprometimento nas atividades planejadas, a reprodução da violência aprendida na rua (heteroagressividade física e verbal), a ausência da família no tratamento ou a promessa de visita sem procedência; foram os fatores de risco identificados como os principais desencadeadores de atitudes classificadas como “desvio de conduta”, registrados no livro de ocorrência neste período.

Gráfico 17 – Avaliação dos Projetos de Vida apresentados pelos pacientes, no segundo semestre de 2010.

Os Projetos de Vida 1 e 2, como descrito anteriormente, na apresentação do Programa TRA, são importantes critérios para alta terapêutica. Os resultados obtidos nos instrumentais específicos do protocolo PV1 e PV2 avaliam o conteúdo, forma e recursos internos do paciente para sua operacionalização. No período avaliado foram apresentados sete projetos de vida dos pacientes do grupo etário acima de 18 anos. Observamos que a forma escrita dos PV1 e PV2 foi praticamente ininteligível, comprometendo a compreensão e apresentação dos projetos (que foram melhor apresentados oralmente), demonstrando os poucos recursos escolares dos participantes. As propostas contidas no conteúdo foram, basicamente, de retornar ou reiniciar uma profissão, aproximar-se de suas famílias, retornar à escola, procurar uma religião. A execução do projeto foi avaliada segundo a sua possibilidade de realização efetiva por parte dos pacientes; os que se encontram a partir do quinto mês de tratamento foram os que mostraram mais condições de realizá-los; os outros mostraram pouca coerência entre suas atitudes e condutas e operacionalização real de seu projeto de vida.

Apresentaremos, sucintamente, os resultados dos sete projetos acima descritos.

PV 1 e PV 2 dos sete casos avaliados acima, no segundo semestre de 2010, e acompanhamento pós-alta.

Luis – paciente com 36 anos, proveniente da região da “Cracolândia”, onde estava vivendo na rua há mais de dois anos; seu contato familiar é quase nulo. Seu projeto de vida é retornar ao trabalho de marceneiro; por um tempo, foi ajudante em uma marcenaria, onde aprendeu várias técnicas de construção de móveis. Seu PV 1 foi resgatar esta competência, formando, junto com outros pacientes, uma oficina de reciclagem de móveis quebrados e em desuso na AEP; iniciou o projeto entre o quarto e quinto mês de internação e o resultado de seu trabalho foi avaliado como de grande importância para a Comunidade, porém foi apontado sua dificuldade de se relacionar com outros pacientes, com várias intercorrências referentes a sua conduta com os demais pacientes na oficina de reciclagem, com risco de ser desligado da CT por seu caráter explosivo. Seu PV 2 foi retornar aos estudos no sexto mês de tratamento, quando matriculou-se no curso supletivo, com o objetivo de completar o colegial e fazer curso técnico de marcenaria, para melhorar sua capacidade profissional. Recebeu alta com dificuldades relacionais, com boa aproximação dos familiares, arrumou um emprego de segurança (também já tinha sido segurança por um tempo) em empresa, foi morar com um irmão em São Paulo após sua saída da Comunidade. Não compareceu mais aos acompanhamentos; segundo informação dos familiares, em junho de 2011, havia conseguido terminar o supletivo colegial, porém apresentou recaída, perdeu o emprego e estava em estado péssimo, novamente em situação de rua.

Roberto – paciente com 22 anos, proveniente da região da “Cracolândia”, onde morava há 5 anos; contato familiar presente (com visitas esporádicas ao lar). Seu projeto de vida foi resgatar suas habilidades como artesão (costura e tapeçaria). Seu PV 1, aproveitando a oficina de móveis, foi capacitar outros pacientes para tapeçaria; reformou, junto com outros pacientes, vários sofás da Comunidade e de funcionários que lhe solicitavam seus serviços. Por ter um bom relacionamento com o grupo, seu projeto

desenvolveu-se bem, com boa participação de outros pacientes, que se sentiram acolhidos nesta tarefa. Seu PV 2 teve como objetivo abrir uma oficina no entorno da Comunidade ou em seu estado de origem. Ao receber alta, foi para um hotel social; em seu acompanhamento pós-alta, último contato em junho de 2011, referiu recaída, mas já estava bem e trabalhando, mas não gostava do serviço, com muitas reclamações; havia saído do hotel social e estava morando em um quarto com uma família de “consideração”, conhecidos de seus pais.

Ari – paciente de 18 anos de idade, com uso de drogas desde os 12 anos, veio encaminhado de outra instituição fechada, por ter 18 anos incompleto e transtornos de comportamento; completou 18 anos na Comunidade. Seu projeto de vida foi retornar ao um convívio familiar mais saudável. Seu PV 1 foi matricular-se em cursos técnicos profissionalizantes de curta duração; participou do curso de padaria comunitária (oferecido pelo Fundo de Solidariedade do Município de Cajamar) e de iniciação à administração (oferecido por uma ONG que capacita adolescentes no município de Cajamar), foi colaborador no setor administrativo da AEP, com grande eficiência. Seu PV 2 foi voltar ao ensino fundamental. Recebeu alta com acolhimento familiar satisfatório, com boa participação da família em seu tratamento. Em seu acompanhamento pós-alta, junho de 2011, os familiares compareceram; o paciente estava bem, sem recaídas, trabalhando e com bom contato com a família.

Alexandre – paciente de 25 anos, proveniente da região da “Cracolândia”, morando na rua há 3 anos, com nenhum contato com os familiares. Seu projeto de vida foi retornar à atividade profissional (segurança) e ter condições de morar sozinho. Seu PV 1 foi retirar documentos pessoais e escolares e iniciar curso de reciclagem profissional para segurança e colaborar com as monitorias da Comunidade (em oficinas, saídas e diversas atividades comunitárias); desenvolveu esta atividade com eficiência, às vezes de modo explosivo, mas equilibrando com um bom acolhimento e afetividade. O PV 2 foi participar de curso de reciclagem para segurança. Recebeu alta após ser aprovado em uma empresa para segurança e ter condições de morar sozinho. Em junho de 2011, veio à Comunidade com a esposa, bastante animado; o

contato com família, após o casamento, melhorou e estava mais próximo das irmãs; seu pai é alcoolista grave, com intenso conflito com os filhos; a mãe é falecida. Apresentou-se bastante satisfeito com sua situação atual, sem recaídas.

Orlando – paciente de 22 anos, proveniente da região da “Cracolândia”, morando na rua há 1 ano, com pouco contato com os familiares. Seu projeto de vida foi desenvolver atividade profissional (área de beleza) e ter condições de morar sozinho. Seu PV 1 foi retirar documentos pessoais e iniciar curso profissionalizante de cabeleireiro e ser colaborador no setor administrativo da AEP, atividade desempenhada com grande eficiência, principalmente junto ao setor de serviço social. Seu PV foi 2 trabalhar e fazer faculdade de Serviço Social. Recebeu alta, com emprego de técnico de administração e com retorno à família. Em seu acompanhamento, em junho de 2011, veio com os tios, com quem mora (os pais moram em outro estado, os quais visitas regularmente), estava bem e sem recaídas, havia passado no exame vestibular para o curso de Serviço Social.

Marcelo – paciente de 29 anos, proveniente da região da “Cracolândia”, morando na rua há 2 anos, com contato familiar conflituoso. Seu projeto de vida foi desenvolver uma atividade profissional e retornar a morar com os familiares. Seu PV 1 foi retirar documentos pessoais e iniciar curso profissionalizante para segurança; participou do curso de bombeiro e segurança oferecido pelo Executivo Público do município de Cajamar, retirou documentos e iniciou contatos familiares menos conflituosos (saídas com a família e visitas domiciliares com êxito), desenvolveu importante papel junto aos conselheiros como colaborador nos grupos, caminhadas e saídas terapêuticas dos pacientes, em virtude desta atividade, apresentou desejo de ser conselheiro em dependência química. Seu PV 2 foi desenvolver o papel de conselheiro em dependência química. No acompanhamento pós-alta, maio de 2011, o paciente vem apresentando recaídas constantes, em acompanhamento no CAPS-ad de origem; a família continua participando do tratamento, dando mais limite e referindo ter mais condições de dizer não, sentindo-se menos manipulados pelo paciente em suas recaídas.

Erivaldo – paciente de 45 anos, encaminhado pelo serviço social do município adjacente à AEP, com conflito familiar importante. Seu projeto de vida foi desenvolver um convívio familiar adequado e retornar à atividade profissional de mestre de obra. Seu PV 1 foi resgatar os vínculos familiares, fragilizados pela violência e alcoolismo, e colaborar na manutenção da Comunidade Terapêutica; apresentou uma evolução satisfatória com a reconstrução dos vínculos familiares, com acompanhamento do serviço social do município até o final do tratamento. Seu PV 2 foi retornar ao contato familiar e profissional. No acompanhamento pós-alta, junho de 2011, apresentou-se bem, trabalhando e com bom contato com os familiares; a família mostrou-se bastante satisfeita com a situação atual, sem recaídas.

A avaliação dos resultados obtidos (alguns já contemplados satisfatoriamente até o término desta pesquisa) por meio dos indicadores, apresentados no gráfico acima, orientou-nos para a tomada das seguintes providências, junto aos setores responsáveis, para a ampliação de rede:

- *Transporte para a remoção dos coletivos (próprio e em parceria com o Executivo Público Municipal e Judiciário).* Recentemente, em agosto de 2011, a Comunidade recebeu um carro doado pelo Fórum da comarca para facilitar o transporte dos pacientes.
- *Fluxo preparatório para as diversas altas e, principalmente, para as altas programadas com avaliação inter e multidisciplinar.* Recentemente, iniciamos um projeto de capacitação e qualificação profissional junto ao município de Cajamar (setor de obras), com um total de, aproximadamente, 20 vagas, destinadas aos pacientes, em final de tratamento para que, ao receberem alta médica da AEP, tenham maiores condições de inserção no mercado de trabalho.
- *Hotel social.* O CRAS, da região Sé de São Paulo, cedeu vagas aos pacientes que estão vinculados a uma atividade de trabalho remunerada, até ter condições próprias para sua sobrevivência.
- *Vagas de abrigo para os adolescentes e jovens.* Ainda encontramos muita dificuldade de acessar estes recursos.
- *Residência terapêutica para os casos sem retaguarda familiar.* Temos percebido grande dificuldade de acessar este recurso.

- *Articulação dos CRAS e CREAS para o retorno familiar do paciente em alta.* Temos realizado ações conjuntas bastante alentadoras.
- *Recursos para a implantação de padaria comunitária.* Recebemos doação do Fundo de Assistência Social do Estado de São Paulo para a implantação da padaria comunitária.
- *Recursos para a construção da oficina e showroom do antiquário e bazar* (em andamento).
- *Recursos para a implantação de sala seriada com pedagogo e professores.* Temos desenvolvido projetos junto a empresas privadas da região e CMDCA (em andamento).
- *Mutirão para a realização dos exames laboratoriais, tratamento dentário e consulta com especialistas, sobretudo oftalmologista.* Temos encontrado bons resultados dentro da rede dos municípios envolvidos.
- *Recursos para a implantação do Programa Antitabagismo.* Dificuldades de realização em virtude, principalmente, da não adesão da equipe técnica tabagista.

6. Discussão dos resultados da pesquisa

O caminho por nós construído e os resultados obtidos com nossa pesquisa nos confirma que, fazer ciência, dentro de um paradigma sistêmico e da complexidade, só é possível quando abrimos mão dos elementos essenciais a uma pesquisa cartesiana, de causa e efeito, na qual os resultados esperados são confirmados ou não de acordo com a hipótese inicial, assim como o método para se alcançar os objetivos é devidamente pré-estabelecido, e rigidamente seguido, pois quanto mais rigor e menos imprevistos houver maior confiabilidade haverá no estudo desenvolvido neste tipo de pesquisa.

Em nosso trabalho, a confiabilidade dos dados é provada pelo rigor da ética, de se garantir um conhecimento construído conjuntamente, na troca entre pesquisador e participantes (nos constantes diálogos), ambos produtores de conhecimento, porém, de acordo com Hoshmand e Polkinghorne (1992), cabe ao pesquisador a organização deste novo saber, para que seja apresentado e legitimado pela comunidade científica, que compartilha do mesmo referencial epistemológico.

O diálogo mantido entre a díade, pesquisador e participantes, foi a base de sustentação do método para se alcançar os nossos objetivos. Fundamentados na teoria da representação social e, principalmente, na teoria do pensamento sistêmico novo-paradigmático, utilizando-as de forma complementar, pudemos ampliar nosso conhecimento sobre as famílias envolvidas no ciclo da drogadicção. A articulação entre estas teorias serviu para nos auxiliar na construção de um roteiro que oriente novos pesquisadores para elaboração da terapia de rede em outras comunidades terapêuticas.

As técnicas utilizadas em nossa pesquisa foram de coleta e, ao mesmo tempo, de análise de dados, de acordo com Pakman (1995) e Patton (1990), tais como: famílias de origem do conselheiro (FOC); *workshop* e grupos de discussão; entrevistas individuais, como história de vida e para responder às perguntas para a composição dos DSC. E outros dados secundários coletados

por revisão bibliográfica; levantamento de dados quantitativos para a apresentação do conhecimento que se tem sobre o tema estudado, consulta a prontuários de pacientes, registros de plantão e intercorrências na AEP, referentes ao segundo semestre de 2010. O resultado disto foi um rico material com várias informações, o qual foi avaliado e analisado em profundidade sob vários aspectos.

De acordo com Morin (1986), a integração destes múltiplos fatores (diferentes informações), sob a ótica dos vários olhares, multi e interdisciplinar e de todos os participantes do processo, cria uma nova visão de mundo, mais globalizadora e integradora, propiciando um maior entendimento dos problemas complexos e a construção de um novo saber.

Para aproveitarmos todos estes dados, utilizamos a técnica qualitativa da “triangulação de dados”, proposta por Denzin e Lincoln (2000). Trata-se de uma estratégia metodológica que favorece a compreensão dos fenômenos complexos, pois possibilita uma melhor leitura dos múltiplos fatores envolvidos nesses fenômenos (Souza e Zioni, 2003). Como refere Alvarenga e Martins (2010), esta abordagem é a mais adequada em pesquisas participativas, quando os sujeitos necessitam ser analisados em suas atitudes, comportamentos, facilitando a exteriorização do que fazem, como fazem e por que fazem, quais os valores, crenças e opiniões que têm sobre determinado assunto. Desta forma, aproveitamos o máximo que se pode dos participantes, as diferentes formas de se envolverem e entenderem o problema da drogadicção.

No *workshop* feito com os CDQs, como os realizados para a devolutiva do DSC, ao compartilharem suas experiências, as trocas foram muito ricas, algumas vezes calorosas, pelas opiniões diferentes, outras vezes marcadas pelo acolhimento, compreensão e concordância, pela semelhança das situações vividas. Neles se manifestou toda a complexidade da convivência familiar, uma vez que buscamos apreender ao máximo todo o tipo de material trazido nas diferentes narrativas e diálogos entre os participantes, nos quais cada um traz consigo suas representações sociais sobre o tema, assim como suas vivências, ora semelhantes, ora muito diferentes; tal postura permitiu

olharmos o fenômeno da forma o mais abrangente possível e considerar toda a imprevisibilidade possível no desenrolar de um fenômeno, ou seja, a impossibilidade do controle absoluto dos acontecimentos da vida.

Outro aspecto importante dessa inter-relação das fontes, obtida pela técnica da triangulação de dados, foi o fato de, após apresentarmos o curso de noções básicas de terapia familiar e o *workshop* com os conselheiros, com as definições dos padrões de relacionamento familiar, eles se sentiram capazes de apontar características relacionais de suas famílias, as quais foram observadas por nós no FOC e no DSC, indicando uma boa apropriação dos conceitos vivenciados.

Ao triangularmos estes dados, encontramos, além das informações repetidas nas três fontes de material, reforçando os dados encontrados, outras informações complementares, específicas de cada caso, colaborando para uma visão mais ampla e mais rica para o entendimento e compreensão destas famílias presas no ciclo da drogadicção.

Embora o cruzamento destes dados tenha ampliado o nosso olhar sobre o tema, é importante considerar que não é possível apreendermos a realidade em sua totalidade (Morin, 1986), mas devemos nos direcionar a uma pesquisa qualitativa sistêmica construtivista, pautada no novo paradigma da ciência, para um conhecimento o mais totalizador possível.

O indivíduo, a família, a comunidade terapêutica e o contexto social mais abrangente, que configuram o universo de nossa pesquisa, foram por nós compreendidos, de acordo com Bertalanffy (1993), como um sistema aberto interconectado e, portanto, em constante relação com outros sistemas. Desta forma, buscamos entender, sistemicamente, o problema da drogadicção na inter-relação destes sistemas envolvidos, como cada um influencia e é influenciado pelo outro.

A teoria do pensamento sistêmico novo-paradigmático, proposta por Esteves de Vasconcellos (2007), foi orientadora para o entendimento e a intervenção do problema com as drogas apresentados por nossos pacientes e familiares. A complexidade, de acordo com Morin (1986), nasce do tipo de

olhar que lançamos sobre os fenômenos observados, os quais, por sua vez, numa visão de mundo complexo, são entendidos dentro de um amplo contexto, construído por diferentes fatores que entram em ação para a constituição de um problema.

Dentro desta mesma visão, Hines (1995), ao trabalhar com famílias pobres e negras, pela sobreposição de problemas, apontou a necessidade de um trabalho com suportes externos aos sistemas familiares, para dar conta da complexidade dos problemas por eles apresentados.

As famílias por nós atendidas apresentaram realidades semelhantes a estas apontadas por Hines (ibid.), representadas por indivíduos que estão em situação de rua, com uso abusivo de droga, com vários fatores imbrincados na construção do problema. As famílias, geralmente, apresentaram-se saturadas pelo ciclo da droga, num ciclo vicioso, com falência em seus recursos de proteção de seu sistema familiar, tornando seus membros vulneráveis a vários outros problemas, como: violência; criminalidade; abusos e promiscuidade sexuais; abuso de outras drogas, como álcool, benzodiazepínicos e anorexígenos; negligência com estudos e saúde em geral de seus membros; dificuldade para desempenhar atividades econômicas; problemas financeiros graves, levando, muitas vezes, a viverem em condições de miséria, com moradias e alimentação inadequadas.

Assim, o Programa TRA, ao se propor a trabalhar com os sistemas familiares e o contexto social, só pode ser viável quando levamos em conta as relações de força dos múltiplos fatores levantados junto com a família, paciente e outros atores envolvidos no problema, buscando uma visão global do problema, evitando que sejam vistos isoladamente. Ao ampliar a visão sobre o fenômeno investigado, pudemos promover uma articulação com os vários serviços, que em uma ação conjunta de intervenção e de suporte mais amplo facilitou a resolução de vários problemas apresentados.

No final do capítulo anterior, destacamos algumas providências que foram tomadas, com base nos indicadores apresentados, que colaboraram para a ampliação da nossa rede, buscando ampliar o suporte e somar as diferentes forças para o atendimento das demandas que foram se apresentando. Com a

orientação da TRA neste um ano de trabalho, de janeiro a junho de 2010, a primeira versão, e de julho a dezembro de 2010, a segunda versão, alguns recursos foram resgatados, assim como outros foram construídos.

Os resultados dos sete PV 1 e PV 2 apresentados, no capítulo anterior, pareceu-nos bastante alentadores, e confirma nossos pressupostos de que, ao trabalhar com dependentes químicos, devemos desenvolver um olhar globalizador para o paciente, no sentido de não ficarmos presos ao seu ciclo de drogadicção, ou seja, preocupar-nos apenas com a desintoxicação da droga e sua abstinência, mas adotarmos posturas e condutas que viabilize o resgate das competências destes pacientes, colocando-os novamente como protagonistas de sua histórias.

Compartilhamos com De Leon (2003) que, ao descrever o papel de uma comunidade terapêutica, enfatiza a necessidade de ver o indivíduo em sua totalidade e não a droga. Avaliamos que, com os projetos de vida 1 e 2, a TRA tem buscado este autoconhecimento decisivo para a mudança global.

No desenvolver do Programa TRA, percebemos, na construção de rede, que, muitas vezes, recursos identificados como de grande importância para o atendimento das demandas ligadas ao ciclo da drogadicção não existiam e outros não eram facilmente acessados. Com os trabalhos de grupos para a comunidade e para as famílias, ao estimular a participação e o empoderamento destes pacientes, familiares e profissionais imbricados nesta problemática ajudaram a construir conjuntamente a rede da AEP e das famílias em seus contextos sociais. Por exemplo, um grupo de pacientes e profissionais se articulou para desenvolver um projeto de cooperativa de artesões, com reciclagem de móveis, confecção de bolsas e objetos de arte com material reciclado. Com a articulação das famílias e da comunidade no entorno da AEP, este grupo conseguiu um espaço de exposição de seus trabalhos, isto mostra a importância da interconectividade entre os sistemas para a ampliação da rede que se constrói com base nesta rica troca.

Podemos dizer, sistemicamente, que ao reconhecer que a comunidade terapêutica é um sistema aberto, articulado com os outros sistemas, de acordo com Capra (1982), um influencia o outro, recursivamente, propiciando a

transformação de ambos. Com esta rica troca, observamos que a comunidade se fortaleceu, assim como a comunidade do entorno também se beneficiou com os trabalhos desenvolvidos pelos pacientes. Um exemplo disso, é a recente articulação entre a prefeitura local e AEP, para uma Frente de Trabalho, destinada aos pacientes em pós-alta, com o objetivo de cuidar dos lugares públicos, praças, escolas, etc.

Percebemos que quanto mais conhecemos o problema e suas contingências, mais teremos condições para ampliar as possibilidades de recursos e intervenções, incrementando a rede terapêutica para uma maior consciência e responsabilidade para este problema. Com esta estratégia de integrar o sistema da comunidade para o meio externo, pudemos desenvolver um trabalho de reinserção social mais efetivo.

A comunidade vizinha onde a AEP se localiza, no início, teve muita resistência em aceitar parcerias com a CT, com as constantes trocas que vem sendo realizadas, ainda que lentamente nestes últimos seis meses de 2010, notamos uma mudança do olhar da população, com menos preconceito e maior aceitação da dependência química, entendendo-a como uma doença, que precisa ser tratada de diversas formas, com um olhar humanizado para o dependente químico, voltado para a pessoa e não para a droga.

Durante o desenvolvimento de nosso trabalho, várias vezes nos deparamos com situações imprevisíveis, como durante o FOC: alguns conselheiros, ao falarem de suas famílias, tiveram problemas em aceitar, inicialmente, as conotações positivas (estratégia frequentemente utilizada em técnicas de terapia familiar sistêmica) sobre algumas atitudes de seus familiares em seu processo de recuperação, discutindo calorosamente com o pesquisador e com os outros participantes. Provavelmente, baseados em sua visão de mundo e representação social sobre as famílias no geral. Esta mesma situação também surgiu, várias vezes, durante o trabalho dos conselheiros com as famílias, principalmente diante da dificuldade dos membros da família em aceitarem deslocar o problema do paciente identificado (PI, o membro da família, drogadicto, que está internado na Comunidade Terapêutica) para todo o sistema familiar. Com esta estratégia, a família pode mudar sua visão sobre o

membro dependente químico, de forma semelhante com o que aconteceu com a comunidade no entorno da AEP, descrito acima.

Para situações imprevisíveis, como ocorrem com frequência num trabalho como o Programa TRA, não existe uma receita pronta, um manual a ser seguido. Orientado pela técnica estratégica de Minuchin (1992), trabalhamos junto com os conselheiros que atendem as famílias o desenvolvimento de uma postura de espontaneidade e de acolhimento, facilitadora de mudanças de condutas, de visão de mundo, quando os membros de uma família passam a enxergar um ao outro de forma diferente, mais agregadora, com mais respeito, podendo experimentar outras realidades, diferentes daquelas que, durante muito tempo, aprisionou-os num processo de culpa e de fracasso. As intercorrências, um dos índices de avaliação qualitativo apresentado nos gráficos (ver capítulo anterior), foram trabalhadas da mesma forma, pois foram compreendidas dentro deste aspecto da imprevisibilidade das relações interpessoais, seja na família, seja na comunidade ou em outros contextos sociais.

Compreendemos que a imprevisibilidade dos acontecimentos, nos diferentes tipos de sistemas sociais, é fortemente influenciada pelo contexto em que está inserida. Como já dissemos, para nós ficou claro que não existe uma receita para a resolução dos problemas que surgem no ciclo da drogadicção. De acordo com Minuchin (1995) e Giddens (2010), as resoluções dos problemas devem ser vistas em contexto, nas articulações entre os sistemas. Na teoria dos sistemas abertos, de acordo com Capra (1982), estas trocas são ricas e, ao mesmo tempo, imprevisíveis, os resultados encontrados não podem ser previstos, daí a necessidade de estarmos prontos para a imprevisibilidade dos acontecimentos ao nos propormos a trabalhar dentro deste paradigma de ciência.

A discussão com os participantes da pesquisa, sobre o quanto os encontros familiares não são controláveis, levou-nos a refletir que são tão imprevisíveis quanto os diferentes sistemas familiares, pois apesar de apresentarem semelhanças, são sistemas únicos e complexos, com diferentes fatores que devem ser vistos com diferentes lentes, considerando todos os aspectos para a

compreensão mais ampla possível dos problemas apresentados por cada familiar.

No decorrer das supervisões dos atendimentos dos conselheiros, foi muito importante a postura de coparticipação com a família. O sistema familiar, ao apresentar o problema, em “Identificação do problema”, de acordo com a TRA, traz para o conselheiro um enquadre de sua realidade, que de acordo com Minuchin e Fishman (1990), é como ele vê, relaciona-se e tenta resolver o problema. A participação acolhedora do conselheiro neste primeiro contato foi de extrema importância, pois quando o sistema familiar passa a aceitá-lo como parte deste novo sistema, família e conselheiro, cria-se um terreno relacional mais seguro para as discussões. Vimos que, neste momento, as famílias tornam-se mais tranquilas, coparticipativas, facilitando o reenquadramento do problema pelo conselheiro. Este novo elemento (conselheiro) no sistema familiar, com sua visão diferente daquela já conhecida da família, possibilita uma mudança abrindo a possibilidade de uma nova realidade para estas famílias.

Da mesma forma, percebemos que a TRA, ao identificar os problemas do sistema comunitário e ao procurar conhecê-los mais intimamente, como já foi descrito, necessitou de uma articulação e integração com elementos de fora da comunidade para a resolução de problemas encontrados nesta fase do tratamento. As práticas saudáveis são experimentadas como novas possibilidades e em relação com o outro ou outros serviços. Ao identificarmos que estes pacientes chegam, geralmente, sem pertences e documentos pessoais, algumas vezes com nomes trocados, com comorbidades clínicas, doenças crônicas, como HIV, hepatite C, perda importante de visão, sem acompanhamento clínico e especializado adequado. Estes múltiplos fatores clínicos e sociais vão se somando e impossibilitando que uma comunidade terapêutica fechada em seus poucos recursos consiga dar conta sozinha destas demandas. A TRA serviu de catalisador para a resolução destas questões, ao coconstruir redes saudáveis no entorno da comunidade, na integração com os serviços de saúde do município, onde se localiza, com outras esferas do poder público e judiciário; assim como com outras ONGs, para recaptação de

recursos, como roupas, livros, cursos de reciclagem (ver gráfico Inserção comunitária).

A intersubjetividade nos ajudou a entender os múltiplos significados, conceitos e preconceitos influenciados por diferentes representações sociais dos nossos pacientes, famílias e equipe, sobre as questões que iam surgindo no decorrer de nosso trabalho. Temas importantes, como os vários tipos de famílias, situações inusitadas, questões sexuais, violência doméstica, abusos, situações criminais, foram abordados de forma sistêmica, reflexiva, com o objetivo de ressignificar as narrativas e desconstruir os conceitos cristalizados que se apresentavam, dificultando o trabalho com esta população. Por exemplo, como a comunidade AEP, que presta atendimento ao sexo masculino, teve de lidar com diferenças sexuais, como o travestismo, apresentadas por alguns pacientes encaminhados à Instituição. Vimos que, num primeiro momento, houve um impacto imobilizador e uma não aceitação, que se tornaram, num segundo momento, fatores positivos e muito interessantes, com as reflexões que a situação exigiu.

Fundamentamo-nos nos diferentes tipos de famílias, que coexistem atualmente (Calderón e Guimarães, 1994; e Carvalho, 1994; Slepj, 2000; Macedo, 2008), e outros sistemas familiares que podem surgir da imprevisibilidade da relações interpessoais, construídas com o objetivo de realizar os projetos afetivos individuais. Ao ampliar a visão para um nova compreensão do diferente, tornou-se possível a construção de um nova realidade relacional com estas questões, com mais respeito às diferenças e à inclusão.

De acordo com Grandesso (2005) e Withe (1988), ao dar espaço para se conhecer as narrativas das experiências de vida de cada um, com a troca, diálogo, entre as pessoas de um grupo ou família, estas narrativas podem adquirir outras configurações, à luz de diferentes interpretações, transformando-se em novas histórias libertadoras. Muitas vezes, as pessoas aprisionadas a uma experiência de vida negativa contam e recontam repetidas vezes a mesma história, fechando-se para um outro olhar sobre a mesma experiência. O compartilhar nos vários níveis, nas entrevistas de equipe, nos

grupos dos conselheiros com as famílias, com a Comunidade, esta rica troca de experiências de vida, ajudou na desconstrução de significados arraigados, aprisionadores, possibilitando o resgate de competências e de aspectos resilientes de todos os envolvidos neste processo, empoderando-as diante do ciclo da drogadicção.

Confirmamos, com esta pesquisa, o que já havíamos observado em nosso trabalho anterior (2001), que estas famílias apresentam, de acordo com a técnica estrutural de Minuchin (1992), padrões de interação identificados como sequência de condutas repetitivas, padrões de comunicação disfuncional, falta de regras claras, padrões intergeracionais, triangulação, hierarquia, estrutura familiar disfuncional, problemas graves de patologia de fronteira. Interessante notar que, ao trabalharmos em nosso estudo atual com foco também no sistema comunitário, como já descrevemos anteriormente, estas questões tendem a se repetir nas inter-relações pessoais dentro deste “grande sistema familiar” que é a comunidade terapêutica.

Estes padrões de interação e funcionamento familiar foram observados tanto no sistema familiar como no sistema comunitário, sendo trabalhados da mesma forma pelos conselheiros. Ou seja, padrões de comunicação disfuncional, a forma como os membros da família se comunicavam, assim como dos pacientes entre eles e a equipe. Foram realizadas várias assembleias e encontros para melhorar a comunicação na comunidade, as regras norteadoras de boa convivência passaram a ser explicitadas em murais, e somente rediscutidas num espaço para esta finalidade. As sequências de condutas repetitivas, à medida que eram identificadas na comunidade e ou na família, eram explicitadas, buscando-se entender qual sua função no sistema.

Muitos padrões inter e transgeracionais de adicção, como alcoolismo, uso de calmantes, gastos excessivos, etc., foram identificados nos sistemas familiares dos conselheiros e dos pacientes; de acordo com Bowen (1991) e Boszormenyi-Nagi e Spark (1983), a repetição destes padrões pode estar relacionada com lealdades e alianças entre os membros de uma mesma geração (intergeracional) ou com membros de gerações anteriores (transgeracional). Outras vezes, identificamos polarizações entre os membros

da família, com padrões opostos e rigidamente estabelecidos aos do dependente químico, funcionamento, este, denominado de “contramodelo”, de acordo com Cervený (1994). A nosso ver, este padrão relacional pode ser entendido como a única forma encontrada para a proteção do sistema familiar.

As triangulações também foram muito observadas nestes sistemas familiares e na Comunidade; como já apontamos em outro estudo por nós realizado (Lourenço-Silva, 2001), a introdução de um quarto elemento, o terapeuta (ou, no contexto desta pesquisa, o conselheiro), por si só, já é capaz de dissolver a triangulação. As alianças e coalizões presentes nestes relacionamentos tendem a se diluir, à medida que uma mediação esclarecedora e imparcial possa conduzir para um relacionamento mais saudável e menos conflituoso.

A hierarquia foi o padrão relacional mais importante, mais trabalhado na comunidade e nas famílias participantes, principalmente de adolescentes. Vimos que tanto na técnica estratégica, de Haley (1979), como na estrutural, de Minuchin (1992), este tema está presente. Para De Leon (2003), a democracia na condução da comunidade é a base para o convívio e o respeito, assim como para os outros dois autores apontados, porém é consenso entre eles o importante papel da hierarquia para o trabalho com o dependente químico e com o adolescente. É com o respeito às funções e aos papéis de cada um na comunidade e no sistema familiar que as relações interpessoais e as regras de convívio se tornam adequadas. A aceitação do não, o limite, o espaço e a função de cada um no sistema sociofamiliar foi imprescindível para uma reorganização das relações interpessoais, diante das crises e conflitos relacionais.

A estrutura familiar disfuncional, apontada por Minuchin e Fishman (1990), apareceu em muitas famílias e foi compartilhada tanto nos encontros com estas como nos grupos familiares, onde se pode ver o papel de cada subsistema na família. Com o mapa estrutural, pudemos perceber a semelhança dos conflitos causados por falha na hierarquia familiar, como: filhos parentalizados, pais infantilizados, avós superprotetores substituindo pais ausentes, mães sobrecarregadas em sistemas sem divisão das tarefas

familiares; estes aspectos foram trabalhados à medida que iam surgindo nas famílias.

Outro aspecto importante, encontrado nestas famílias, foi a patologia de fronteira. Observamos que estas famílias apresentam fronteiras internas rígidas e desligadas, que se alternam: ou são rígidas internamente (dificuldade de contato entre os subsistemas familiares), com fluidez em relação ao meio externo, dificultando as relações afetivas e comunicacionais dentro da família, ao mesmo tempo em que facilita a busca de família substituta (vizinhos, igreja, serviços sociais, entre outros), como apoio para as dificuldades de contato entre seus membros; ou, outras vezes, acontece o inverso, apresentando muita permissividade interna e total fechamento para o de fora, dificultando, por exemplo, namoros, ajuda médica, busca de tratamento. Por outro lado, observamos que cada elemento se comporta de um modo diante da resolução de um problema, o que significa, de acordo com Cervený (1994), que, enquanto um elemento se comporta como o modelo adolescente, outro é aparentemente adulto, com um contramodelo rígido e sem flexibilidade suficiente para trocas e negociações, colaborando para a rigidez do sistema e para a exclusão dos membros diferentes e ameaçadores do sistema familiar.

Baseados nesta técnica de terapia familiar estrutural, buscamos trabalhar estas patologias de fronteira dos sistemas familiares, que segundo Minuchin funciona como um filtro entre o sistema familiar e os sistemas externos.

Observamos que estas fronteiras ora desligadas ora rígidas levam a um desrespeito à individualidade e, geralmente, a uma desorientação em função de tantos palpites a respeito de como agir, fazendo com que a família apresente dificuldade de organizar e de se direcionar para um apoio, cuidado e proteção adequados, aumentando a vulnerabilidade desses sistemas familiares.

As famílias dos pacientes atendidos neste Programa TRA, ao chegarem na Comunidade, apresentaram-se, principalmente, de três maneiras distintas, percebidas nos encontros familiares e nos DSCs dos praticantes ao falarem de suas famílias.

As famílias com laços afetivos fragilizados, com pouco recurso e força para lidarem com o problema, saturadas pelas várias tentativas sem êxito na recuperação dos seus membros adictos, desnutridas de esperança, semelhantemente aos dependentes que chegam em situação de rua, vulneráveis, desnutridos, literalmente, e também com pouca esperança de mudança de suas histórias de vida. Estas famílias, pela fragilidade que lhe são impostas e pela carência de recursos, ao se conectarem com um serviço que as acolhem e lhe oferecem um espaço de escuta, vão rapidamente saciarem suas carências, fortalecendo-se, nutrindo-se e fortificando novamente seus laços afetivos. São geralmente famílias multiproblemáticas, mas com muitos aspectos resilientes e competências latentes, que rapidamente se reestabelecem, assim como alguns pacientes, cuja recuperação é satisfatória, dentro dos limites de cada caso.

As famílias saturadas, com poucos aspectos resilientes, sem autoconfiança em suas competências, extremamente carentes, mas, ao mesmo tempo, imbuídas de autocomiseração, que se colocam como vítimas da situação e têm grande dificuldade para a aceitação de algo novo, que lhes possa transformar, parecendo estar acostumadas ao fracasso, portanto, que se fracassem junto com ela ao tentar-se uma ajuda. São representadas por aquelas que têm inúmeras tentativas de tratamento, sempre do mesmo tipo; no nosso caso, internação as mais diversas: em hospital psiquiátrico, comunidades religiosas e outros tipos, casas de custódia, abrigos. A atual internação é apenas mais uma para engrossar seu currículo de tentativas; têm dificuldade de aceitar outras formas de tratamento, de acessar seu capital social (outros recursos de seu contexto social) e, dificilmente, saem satisfeitas com o tratamento; às vezes, cumprem todos os protocolos que lhes são apresentados, porém sem participação, sem vínculos afetivos. Outras vezes, na primeira dificuldade apresentada no tratamento, como uma falha de comunicação da equipe ou desentendimento de ambos, abandonam o tratamento como mais um fracasso acumulado em suas histórias de vida.

As famílias sem tratamento familiar anterior, geralmente, mostram-se participativas desde o início, com efetiva colaboração com a Comunidade, logo entendem o processo da dependência química como uma doença crônica e

multifatorial, absorvendo facilmente as informações, assim como se interessando em ampliar seus conhecimentos sobre o problema. Estas estabelecem rapidamente metas e limites e apresentam em seu tratamento melhora satisfatória, que pode ser concomitante com a melhora ou não do paciente. Mas saíram com repertório ampliado para lidar com o problema, principalmente recaídas do paciente.

Essas maneiras distintas observadas nas famílias por nós avaliadas nesta pesquisa apresentaram aspectos de funcionamento semelhantes com outros autores (Stanton e Todd, 1990; Kalina, 2000), que estudaram outros sistemas familiares; não nos interessa sistematizar ou categorizar os problemas vividos por estas famílias, com funcionamentos disfuncionais, envolvidas no ciclo da drogadicção. Estes resultados nos parecem interessantes como auxiliares no trabalho com a família, ajudando a compreendê-la, e no direcionamento de um diálogo com estas famílias.

Observamos, ainda, a repetição das mesmas realidades apreendidas em outros trabalhos realizados com famílias e comunidades em vulnerabilidade social (White, 1988; Stanton, 1990; Hines, 1995; Regadas, 2001; Kalina, 2001; Barreto, 2005; Martins, 2005; Serrat, 2009). Estas famílias, em situações de vulnerabilidade social, muitas vezes, não conseguem valorizar o capital humano de que dispõem, acessar seu capital social, sua rede local, tanto de recursos de serviços de saúde, como de recursos legais para a sua proteção e sobrevivência econômica.

A rede social de Sluski (1997) foi um importante instrumento para o Programa TRA para avaliar e orientar a construção de rede do paciente e/ou família antes e depois dos seis meses de tratamento. Em nosso Programa, como descrevemos anteriormente, damos ênfase ao trabalho com redes a partir do terceiro mês, principalmente após o início dos grupos “Construção de redes” e “Resignificação de experiências”, apresentados no “Quadro – Resumo do Programa TRA”. A rede social tem funcionado como parâmetro de prognóstico os sistemas familiares que conseguem mudar o padrão relacional, abrindo os sistemas familiares para novos elementos de rede.

Pelos depoimentos coletados, por meio dos grupos realizados com os participantes e suas famílias, podemos dizer que as famílias envolvidas no ciclo da drogadicção apresentam características da fase adolescente do ciclo vital, de acordo com Carter e McGoldrick (1995) e Cerveny (1994), pois o membro adicto adquire condutas esperadas comumente nesta fase do ciclo vital, como: pseudodiferenciação, dificuldades de se submeter a regras e disciplinas, procura por um modelo ou contramodelo para desenvolver sua identidade, condutas e comportamentos paradoxais e desafiadores dos padrões estabelecidos pela família e pelo contexto social, busca de soluções mágicas para a resolução dos problemas e, por sua vez, o sistema familiar reage na mesma sintonia, sem se dar conta de suas condutas e do papel de cada um dentro do sistema familiar. Estas condutas repetitivas entram num ciclo vicioso, engessando estes sistemas familiares.

A *adesão* ao tratamento foi relacionada com a participação da família; os pacientes que, inicialmente, estavam com dificuldade de vincular-se ao tratamento, conforme puderam contar com a participação familiar nas diferentes etapas do tratamento, tiveram melhores resultados de recuperação. A inserção da família no Projeto Terapêutico tem superado nossas expectativas, quando levamos em conta a chegada deste paciente na CT. A participação familiar nos grupos terapêuticos específicos para as famílias, a participação nos eventos sociais e visitas tem impactado diretamente na adesão do paciente ao tratamento.

A *coparticipação* comunitária, ou seja, a vinculação do paciente com outros pacientes para uma participação ativa em tratamento (colaboração em monitorias de oficinas, participação em assembleias, em projetos comunitários, etc.), foi um forte aliado que motivou o paciente ao restabelecimento de seu quadro geral, fazendo-o perceber, logo após a “fase de desintoxicação” do Programa, sua capacidade de construir uma nova história, com a ajuda e retaguarda do grupo e equipe de técnicos mediadores. À medida que o paciente vai restabelecendo o seu quadro biopsicossocial, ele passa a ser protagonista de seu tratamento, sendo incessantemente motivado e estimulado a refletir sobre sua relação com as drogas e os impactos negativos. Essa imersão é construída de forma colaborativa, com a ajuda do grupo e de seu

técnico mediador de referência. O convívio comunitário funciona como mediador corresponsável pela construção de novas redes sociais. Ao assumir seu problema e adquirir aproveitamento satisfatório no projeto terapêutico, o paciente pode, durante a evolução do seu tratamento, adquirir funções importantes para a sua emancipação, autoestima e para a coletividade, como monitorias, frente de trabalhos e outras atividades laborativas, sendo que alguns poderão se qualificar como conselheiros em dependência química.

A TRA iniciou com foco no sistema familiar, porém, como já sabemos, na Comunidade Terapêutica os pacientes se tratam por “família”: “minha verdadeira família”, “meus irmãos”, “é como se fosse meu pai”, etc. Esta forma de relacionamento configura um sistema familiar substituto, que facilita o processo de acolhimento e resgate dos afetos entre seus membros, aquecendo-os para o resgate dos vínculos com seus familiares. Este sistema familiar substituto cria demandas semelhantes às famílias de origem. Desta forma, verificamos que muito do aprendizado com as famílias passou a ser aproveitado nestes grupos coordenados pelos conselheiros.

Durante o processo de avaliação do Programa, que aconteceu paralelamente à aplicação deste, apareceu material dos atendimentos destes grupos coordenados pelos conselheiros (ver “Quadro - Atividades terapêuticas da AEP”). Este fato foi de extrema importância para nossa pesquisa, pois ao refletirmos sobre esta situação, orientados por uma visão sistêmica nova-paradigmática, compreendemos que, para dar conta desta complexidade (sistemas interconectados) e da imprevisibilidade dos acontecimentos numa pesquisa qualitativa, sob este paradigma da ciência, necessitávamos ampliar nosso Programa com foco na família para o foco no sistema comunitário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunidade vizinha à AEP, no início, teve muita resistência em aceitar parcerias com a CT. Com as constantes trocas que vêm sendo realizadas, ainda que lentamente, nestes últimos seis meses de 2010, notamos uma mudança de postura da população, que se mostra com menos preconceito e maior aceitação da dependência química, entendendo-a como uma doença, que precisa ser tratada de diversas formas, com um olhar humanizado para o dependente químico, voltado para a pessoa e não para a droga.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido na AEP, por meio do Programa TRA, tem apresentado um alcance extramuro da Comunidade, mostrando-se um importante instrumento de transformação social, coerente com o paradigma pós-moderno, orientador deste trabalho, uma vez que uma pesquisa dentro deste referencial tem como objetivo principal o empoderamento da comunidade participativa deste processo.

O esquema por nós proposto, de um programa de tratamento e prevenção para pacientes dependentes químicos e suas famílias, em comunidade terapêutica, colocado nesta ordem, porque, pela demanda que trabalhamos, o primeiro passo foi, principalmente, o tratamento dos pacientes e sua famílias, e a prevenção foi, geralmente, secundária ou de redução de danos destes pacientes e familiares. O trabalho preventivo primário foi realizado, fundamentalmente, com os familiares destes pacientes que não tiveram contato com a droga, sobretudo filhos, irmãos de adolescentes usuários. Apresenta-se de modo bastante simples, com o objetivo de facilitar o manejo, com as famílias e grupos de pacientes, pelos CDQs, que, como já foi dito, não têm uma formação em terapia familiar; as ferramentas utilizadas, de forma adaptada, servem para que os CDQs possam identificar os padrões de funcionamento familiar, de maneira facilitada, por meio de suas vivências. O fato de recuperarmos esta vivência que os conselheiros tiveram com suas famílias em seu envolvimento com a droga, de forma resiliente, constitui o maior valor deste Programa.

Os grupos de mútua ajuda, NA, AA, Al-Anon, Amor Exigente, Terapia Comunitária, e outros grupos ligados ao resgate da cultura e cidadania, a nosso ver, quando levam tecnologia em saúde, cultura, lazer, etc. para estas comunidades estão colaborando para o empoderamento destes cidadãos. Entendemos como tecnologia toda informação necessária para a produção e criação de algo novo, que atenda às demandas de um determinado grupo, devendo estar presente o procedimento de manutenção deste novo recurso, para que haja sustentabilidade das ações.

Nosso trabalho teve como objetivo seguir esta direção, uma vez que a técnica por nós coconstruída em parceria com os CDQs, com o resgate de suas histórias de vida, ressignificando os aspectos negativos e fortalecendo os positivos, herdados de suas famílias, ajuda a legitimar seus atributos de resiliência, suas competências e força para lidar com situações difíceis, muitas vezes de penúria, podendo sair transformados, fortalecidos, em condições de redimensionar suas vidas e, por meio desta experiência, colaborar com outras vidas. Os CDQs revelaram se sentir muito valorizados na construção do modelo por nós elaborado; perceberam que, tomando-se por base suas falas, depoimentos (FOC e DSC) e participação no curso de noções básicas sobre terapia familiar, o modelo foi sendo construído de forma que pudessem compreender esta metodologia e apropriar-se dela, capacitando-os para a utilização deste modelo de intervenção com as famílias e comunidade.

Deixamos como proposta a metodologia deste trabalho passo a passo, para a coconstrução de outros modelos de intervenção com familiares com dependentes de drogas, que possam dar conta da realidade da comunidade em questão. Ratificando que cada contexto terá a sua TRA.

Portanto, este procedimento de intervenção por nós apresentado não tem como objetivo fornecer uma receita ou modelo pronto para a intervenção em qualquer comunidade. É importante, antes de mais nada, avaliar os problemas existentes na comunidade, fazer um diagnóstico conjunto com os seus participantes e, então, verificar se este modelo faz sentido para esta CT. Dessa forma, ao apresentarmos a “TRA – versão final”, estamos apresentado

um instrumento de intervenção com famílias e com o coletivo eficaz para esta Comunidade AEP, campo de nossa pesquisa.

Percebemos o quanto este trabalho mostrou a importância da construção do conhecimento pela vivência de situações pessoais de relacionamentos com a família e o meio social.

Mais uma vez, este trabalho apontou que a simples informação não permite uma postura prática de intervenção, pela natureza intelectual do aprendizado. Em se tratando de problemas pessoais, que envolvem mais do que informações sobre os mesmos, aspectos emocionais, relacionais, espirituais, a interatividade é essencial, bem como a vivência na prática de situações relacionadas aos problemas; assim, a narrativa sobre as histórias de vida, as heranças familiares, as lembranças e reflexões sobre atitudes dos familiares, o quanto eram incluídos ou marginalizados na família, o quanto tiveram ou não seu apoio, ou se sentiram sós e desamparados, possibilitaram aos participantes desta pesquisa perceber, na própria pele, o quanto tais emoções e relações são importantes. Por esta razão, acreditamos que, com base nessa experiência, estes conselheiros, de fato, se apropriaram dos conceitos que vivenciaram, tornando-se aptos a trabalhar com os outros tais experiência.

O roteiro para a TRA configurou-se de fácil manuseio, podendo ser descrito, esquematicamente, da seguinte forma:

Primeiro passo – utilizar a técnica do DSC, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2010), com o objetivo de conhecer as RS dos conselheiros: sobre família, sobre suas experiências com suas famílias diante do problema com as drogas, sobre a importância da participação da família no tratamento. Recomendamos, para isto, as três perguntas apresentadas em “Método” e discussão conjunta com os conselheiros de seus DSCs para devolutiva e troca de experiências vividas no ciclo da drogadicção.

Segundo passo – um curso de capacitação de noções básicas de terapia de família, com o objetivo de alinhar conceitos sobre sistemas familiares e terapia de família (utilizar a técnica que o pesquisador melhor se adequar); o

conteúdo do curso deve ser direcionado conforme os dados colhidos no primeiro passo.

Terceiro passo – realizar a FOC (a família de origem do conselheiro), com o objetivo de empoderar os conselheiros para um trabalho com famílias.

Quarto passo – utilizar como roteiro o “Quadro resumo do Programa TRA”, que apresenta as intervenções nos sistemas familiares (para quem vai trabalhar apenas com os sistemas familiares) e as intervenções no sistema comunitário, para um trabalho em comunidade terapêutica para dependentes químicos.

Quinto passo – avaliação e monitoramento do Programa; utilizar a técnica do DSC, proposta por Lefèvre e Lefèvre (2010), dos pacientes para avaliar o Programa e a atuação dos conselheiros – recomendamos as três perguntas apresentadas em “Método” e os indicadores quali e quantitativos apresentados.

Consideramos importante, de acordo com Lincoln e Guba (1991), que a pesquisa qualitativa, dentro do referencial pós-moderno, oriente-se por alguns critérios científicos coerentes com este paradigma científico, para que seja legitimada pela comunidade científica que compartilha com este modelo epistemológico; para tanto, os autores descrevem alguns critérios, como: a *credibilidade ou confiabilidade*, que é a capacidade dos participantes confirmarem os resultados obtidos com a pesquisa; a *transferibilidade*, que é a capacidade dos resultados serem aplicados em outros contextos; a *consistência*, que é a capacidade de outros pesquisadores seguirem o mesmo método apresentado na pesquisa; e a *aplicabilidade ou confirmabilidade*, que é a capacidade de outros pesquisadores confirmarem as construções do investigador.

A *credibilidade* de nosso trabalho é confirmada pelo reconhecimento dos pacientes de suas falas nos discursos do sujeito coletivo, com a expressão da intersubjetividade presente em todos os encontros para discussão dos múltiplos resultados e o constante diálogo entre os participantes e o pesquisador na construção conjunta do Programa TRA.

O Programa TRA, como já dissemos anteriormente, não é uma receita pronta, mas o passo a passo apresentado acima contribui para que outros

pesquisadores possam aplicá-lo em outros contextos, possibilitando assim a *transferibilidade* de nosso resultado. Para isto, é necessário seguirem os mesmos métodos (*consistência* da pesquisa) por nós utilizados, que garantem que seja possível a elaboração de uma TRA viável para cada contexto. A *aplicabilidade ou confirmabilidade* pode ser comprovada na análise dos anexos; todo o material transcrito e apresentado pelo *software qualiquantsof* do DSC, como as expressões-chaves, ideias centrais, categorias podem ser revisitadas por outro pesquisador para confirmar como cada resultado foi construído.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. M. C. A; MARTINS, C.L. (2010). De que território os médicos do programa de saúde da família estão falando? *Rev. Bras. Med. Fam. e Com.*, v. 5, n. 17, p. 16-23.

ANVISA (2001). Resolução RDC ANVISA 101-01. *Diário Oficial da União*, 31.5.2001.

ANVISA (2011). Resolução RDC ANVISA 29-11. *Diário Oficial da União*, 30.6.2011.

BARBIERI,V. (2008). *Por uma ciência-profissão: o psicodiagnóstico interventivo como método de investigação científica. Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 575-584.

BARRETO, A. (2005). *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.

BAUMAN, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.

BERGAMI, N. B. B.; BERTHOUD, C. M. E. (1997). A família em fase de aquisição. In: CERVENY, C. M. de O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. New York: Doubleday.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. (1991). *Toxicomanias – uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BERTALANFFY, von L. (1993). *Teoría general de los sistemas*. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

BOSZORMENYI-NAGI, I.; SPARK, G. M. (1983). *Lealdades invisible*. Buenos Aires: Amarrortu.

BOWEN, M. (1991). *De la familia al individuo*. La diferenciación de si mismo en el sistema familiar. Barcelona-Espanha: Paidós.

BUCHER, R. P. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CALDERÓN, A. I.; GUIMARÃES, R. F. (1994). Família: a crise de um modelo hegemônico. *Revista de Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez.

CANGELLI-FILHO, R.; LUISI, L. V. V. (1997). A família em fase adolescente. In: CERVENY, C. M. de O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). Op. cit.

CAPRA, F. (1982). *O ponto de mutação*. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix.

CARBONI, A.; COELHO, M. R. M. (1997). A família em fase madura. In: CERVENY, C. M. de O.; BERTHOUD, C. M. E. (1997). (Orgs.). Op. cit.

CARLINI, E. A. et al. (2001). *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil: 2001*. São Paulo: Cebrid/Senad.

CARVALHO, M. C. B. (1994). *Cadernos de Ação: serviços de proteção familiar*, São Paulo, IEE-PUC-SP, v. 5.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. et cols. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CENTRO Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid (2005). *II Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras*. São Paulo.

CERVENY, C. M. de O. (1994). *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. São Paulo: Psy.

CERVENY, C. M. de O.; BERTHOUD, C. M. E. (Orgs.). (1997). Op. cit.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. (1997). A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DALGALARRONDO, P. et al. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, n. 2, p. 82-90.

De LEON, G. (2003). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Edições Loyola.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. New Delhi: Thousand Oaks, Sage Publications London.

ESTEVES DE VASCONCELLOS, M. J. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus; Belo Horizonte: PUC-Minas.

FEIJÓ, M. (2004). Família e rede social. In: CERVENY, C. M. de O. (Org.). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERREIRA, A. B. H. (2000). *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FUNDAÇÃO Instituto de Pesquisas Econômicas (2009). Disponível em: <<http://www.fipe.org.br>>. Acesso em: 7 junho 2011.

FREIRE, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

GIDDENS, A. (1991). *As consequências da modernidade*. São Paulo: Editora da Unesp.

_____ (2009). A política da mudança climática. Rio de Janeiro: Zahar.

_____; BECK, U.; LESH, S. (1997). *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora da Unesp.

GOTI, E. (1990). *La comunidad terapéutica*. Espanha: Nueva Visión.

GRANDESSO, M. A. (2005). Terapia comunitária: um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes. *Família e Comunidade*, São Paulo, v. 2, n. 1, p 103-114.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (1994). (Orgs). *Textos em representações sociais*. Petropolis: Vozes.

HALEY, J. (1979). *Psicoterapia familiar: um enfoque centrado no problema*. Belo Horizonte: Interlivro.

- HINES, P. M. (1995). Famílias negras e pobres em contexto de vulnerabilidade. In: CARTER, B.; McGOLDRICK, M. et cols. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.
- HODGE, D. R.; CARDENAS, P.; MONTOYA, H. (2001). Substances use: spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Soc. Work Res.*, v. 25, n. 3, p. 153-60.
- HOSHMAND, L. T.; POLKINGHORNE, D. E. (1992). Redefining the science-practice relationship and professional training. *American Psychologist*, v. 1, n. 47, p. 55-66.
- JONES, M. (1968). *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes.
- KALINA, E. (1988). *Drogadicção II*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____ (2001). *Clínica terapêutica de adicções*. Porto Alegre: Artmed.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KAUFMAN, E.; KAUFMAN, P. (Editors). (1979). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New york: Garder Press.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. (2003). *O discurso do sujeito coletivo*. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs.
- _____ (2010). *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo, a metodologia do discurso do sujeito coletivo*. Brasília: Liber Livro Editora.
- LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. et al. (1999). *Cocaína e crack*. Dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. (1991). *Naturalistic inquiry*. New York: Sage.

LOURENÇO-SILVA, J. (2001). *O farmacodependente como elo para a coconstrução familiar: um estudo das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

_____; MACEDO, R. M. S.; DERNTL, A. M.; BERGAMI, N. B. B. (2006). Um estudo das relações interpessoais em famílias com farmacodependentes. *Rev. Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 1, p. 61-70.

_____ (2007). Diretrizes clínicas para a abordagem dos transtornos relacionados ao álcool e outras substâncias nas emergências psiquiátricas. In: *Manual de emergência psiquiátricas do Município de São Paulo*. São Paulo: PMSP.

_____ et al. (2009). A terapia comunitária na fala de seus atores: solidão, perdas e depressão. *Revista da Anvisa*, São Paulo, PMSP.

_____ (2010). *Trabalhando com famílias no ciclo da drogadicção: uma proposta de intervenção nos sistemas familiares com membro dependente de drogas*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LUISI, L. V. V. (2006). *Terapia comunitária: bases teóricas e resultados práticos de sua aplicação*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MACEDO, R. M. S. (Org.). (1984). *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento*. São Paulo: Cortez.

_____ (1994). Terapia familiar no Brasil: o estado da arte. *Anais do I Congresso Brasileiro de Terapia Familiar*. São Paulo: APTF.

_____ (1998). Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Cogeae). (Comunicação pessoal.)

_____ et al. (2008). Família em contexto de vulnerabilidade. *Caderno da Secretaria Estadual da Assistência Social*.

MALBERGIER, A. (2001). O modelo de redução de danos no tratamento das dependências. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. *Dependência química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Rocca.

McNAMEE, S. (2005). Modelos de terapia familiar como recursos conversacionais. *Família e Comunidade*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-36.

MARTINS, S. R. C. (2005). *Proposta de intervenção com famílias de crianças e Adolescentes institucionalizados*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). Edital 001/2010/GSIPR/SENAD/MS – Comunidades terapêuticas.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, C. S. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MINUCHIN, S. (1992). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____ (1995). *A cura da família – histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MORIN, E. (1986). *Para sair do século XX*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

MOSCOVICI, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

_____ (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

OMS – Organização das Nações Unidas (2004). *Glossário de álcool e drogas*. Trad. J. M. Bertolote. Ed. Gab. Seg. Institucional/SENAD.

PAKMAN, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. In: DELGADO, J. M.; GUTIÉRREZ, J. (Orgs.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

PATTON, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage.

PISZEZMAN, M. L. R. M. (1996). *Terapia familiar breve: uma nova abordagem terapêutica em instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PÚBLIO, M. A. (2008). *Como planejar e executar uma campanha de propaganda*. São Paulo: Atlas.

REGADAS, E. M. G. (2001). Crisis, drogas y comunidade terapéutica. *Rev. Tópica*. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura, mar. 2001.

RICHARD, A. J.; BELL, D. C.; CARLSON, J. W. (2000). Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *J. Sci. Study Relig.*, v. 39, n. 2, p. 240-6.

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Rev. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 43-55.

SANTOS, M. (2004). *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 11^a ed. Rio de Janeiro: Record.

SECRETARIA Municipal de Saúde (2006). *Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo.

SENNET, R. (2001). *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 5^a ed. Rio de Janeiro: Record.

SERRAT, S. M. (2009). *O conceito de comunidade terapêutica*. São Paulo: FEBRACT.

SILVA, L. V. E. R. et al.(2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev. Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 280-8.

SLEPOJ, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Editorial Presença.

SLUZKI, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SOUZA, D. V.; ZIONI, F. (2003). Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a

técnica qualitativa da triangulação de dados. *Rev. Saúde e Sociedade*, v. 12, n. 2, p. 76-85.

STANTON, M. D.; TODD, T. et al. (1990). *Terapia familiar del abuso y adiccion a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

UNESCO (1992). *Relatório da comissão internacional sobre o desenvolvimento da educação*. Paris: Fayard.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2007). *Global Illicit drug Trends United Nations*.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *Global Illicit drug Trends United Nations*.

WHITE, M. (1988). *The process of questioning: a therapy of literary merit?* Dulwich Centre Newsletter, Winter.

ANEXOS

Anexo 1

Questionário semiestruturado para elaboração do discurso do sujeito coletivo – DSC dos conselheiros.

Primeira pergunta: O que é família para você?

Segunda pergunta: Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?

Terceira pergunta: De que forma sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com drogas?

Anexo 2

Expressões-chaves da primeira pergunta para os DSCs dos conselheiros.

Pergunta 1: O que é de família para você?

Depoimento	Expressões Chaves	Ideia Central	Grupo
DROG01	Família?... eu não tenho uma definição muito clara disso aí...	não tem uma definição clara	A
DROG05	... eu tenho uma dificuldade bastante grande com esse papo de família.	dificuldade de falar sobre	A
DROG02	Família para mim?... aqueles que convivem comigo, né?... na minha casa, que faz parte do meu dia-a-dia, o meu lar, o meu pai, a minha mãe, meus irmãos, esposa, filho.	com quem se convive cotidianamente	B
DROG05	Família?... pergunta difícil... eu acho que a família é, primeiro, a companhia... né?...	companhia	B
DROG06	Família pra mim... hoje, porque eu tive uma família que eu... não convivía com ela, entendeu, que foi do primeiro relacionamento, nove anos... mas... que eu como trabalhei sempre por conta... não era presente em casa. Então isso pra mim não é bem dizer	família é quando se está presente cotidianamente	B
DROG03	Família é a coisa mais importante	o mais importante	C
DROG09	A família pra mim... é o mais importante elo da sociedade... É muito importante ter um bom relacionamento, conceito e entendimento entre a família... Família pra mim é resumido nisso... De outra forma, é o princípio do relacionamento com outras pessoas.	mais importante elo da sociedade, bom relacionamento entre as pessoas	C
DROG04	... Família é tudo... e de verdade.	é tudo	C
DROG05	... porque uma coisa, eu acho que pro jovem, é mostrar erro, né? e outra coisa é punir...e minha família me puniu bastante,... e eu sempre me sentia péssimo, só que eu nem sabia o que estava acontecendo, né? eu não conseguia falar sobre isso, hoje eu já co	papel fundamental na identidade do sujeito	C
DROG04	Base... base, força...	base e força	D
DROG07	Família para mim é o bem maior que Deus deu na minha vida... um bem maior porque... eu pra mim sair da dependência, eu busquei, primeiro a força em Deus, depois olhei pra dois filhos que eu tenho, né?... aí eu busquei força neles, que eles dependiam de mim	família é tudo é a base	D
DROG08	Família pra mim é a base sólida de um relacionamento. Isso é família pra mim	base sólida de um relacionamento	D
DROG10	Família?... Ah... família é pai, mãe, mulher, filho, e é a base de tudo, né? O alicerce da pessoa... sem família o cara não é nada.	base de tudo	D
DROG01	... mas... seria proteção, né?... cuidado...	proteção e cuidado	D
DROG03	... é onde eu me apoio ... são as pessoas que me dão valor... a dar valor pra elas - apoio, valorização, mais importante	apoio e valorização	D
DROG05	porque também na hora que... de fundo de poço, da dificuldade, tudo o mais, teve um lado da minha família que estava presente, isso foi bastante legal, né. E a partir disso, né, eu pude fazer um tratamento, e estou aqui até hoje.	apoio	D
DROG06	... aqueles que verdadeiramente te amam... porque na família tem aqueles que te amam se você tiver dinheiro... e aqueles que amam de verdade,... no meu alcoolismo, que foram vinte e dois anos de alcoolismo, entendeu... entre pai, mãe, irmãos, tios e	é estar com os que te amam e apoiam	D
DROG04	foi um aprendizado que eu tive aí no decorrer...	aprendizado	E

Anexo 3

Expressões-chaves da segunda pergunta para os DSCs dos conselheiros.

Pergunta 2: Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?

Depoimento	Expressões Chaves	Ideia Central	Grupo
DROG01	Sim. Na verdade quando eu me... quando eu estava com o processo de recuperação, eu não passei por instituição, nada, foi na igreja que os meus familiares iam, e eu comecei participar, e eles me apoiaram nesse sentido.	sim família e a religião	A
DROG06	porque a salvação mesmo foi aqui, entendeu?... foi aqui que Deus tratou comigo mesmo... que eu tive um encontro verdadeiramente com Deus, porque eu pedi... Então hoje, graças a Deus, eu tô liberto.	crença em Deus	A
DROG02	Participou. Dando uma força pra mim, ajudando, né, orientando e... tando sempre ali, participando do meu dia-a-dia, em cima de mim, pra mim não voltar de novo pra trás, né?	sim participando, orientando e dando força	B
DROG04	Participou, sofrendo... participou de tudo quanto foi jeito, né... acreditando em mim, isso que é o mais difícil, enquanto muitos... falavam... que não tinha mais jeito, enfim... sempre tiveram muito ali em cima, pôxa... eles estavam, sempre presentes.	participou sofrendo junto e acreditando na recuperação	B
DROG07	Meus dois filhos. Participaram assim, no momento que eu admiti que era um dependente e eu precisava de um tratamento, eu sentei e conversei com eles... Coloquei que seria necessário que a gente ficasse um bom tempo separado... e coloquei pra eles	sim o filhos muita força, abraço e carinho	B
DROG10	Participou. Bom, primeiro foi a minha esposa que viu que eu tava já ultrapassando o limite... e correu até um amigo meu... e os dois conseguiram me levar no médico, e o médico mostrou que eu tava errado, e tal, fui parar no psiquiatra...	esposa e amigos	B
DROG03	Não... não participou, e isso aí foi muito prejudicial, porque até hoje, mesmo depois de tá esse tempo todo abstinente, já trabalhando e tudo, ainda hoje a minha esposa ainda tem aquelas atitudes de comportamento de codependente... ela não aceita que e	não, porque não participou do tratamento	C
DROG05	Olha, se eu falar que participou... eu vou estar sendo desonesto, não é verdade?... porque não participou não... eles compareciam às reuniões, que eram propostas pelos profissionais da clínica onde eu fiquei internado, não foi fácil	não, participaram por obrigação, sem acreditar em mudanças, a recuperação foi graças aos profissionais	C
DROG08	... Não.	não	C
DROG09	Não, porque elas vivem lá no meu Estado de origem, entendeu? Aqui eu vivo só... e realmente eles só sabem, entendeu?... Só sabem que eu sou portador dessa doença e... estava acometido nela, tudo... voltei... a ativá-la, entendeu?	não pela distância	C
DROG06	Então... a minha família não participou. Nenhum deles... Só a minha mãe. A minha mãe participou sempre mandando eu pra hospitais... Internação... Mas eu nunca... ia atrás, entendeu?... que... no decorrer da vida, em 22 anos de álcool	somente minha mãe	D

Anexo 4

Expressões-chaves da terceira pergunta para os DSCs dos conselheiros.

Pergunta 3 – De que forma sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com drogas?

Depoimento	Expressões Chaves	Ideia Central	Grupo
DROG01	Bom, eu acredito muito no programa de ajuda mútua, e tem um programa que chama Amor Exigente, né, e eles falam que, amar, sim, mas ... colocando limite em você. Eu tenho que te aceitar, mas não aceitar as coisas erradas que você faz, né.	Através do programa de mútua ajuda - amor exigente - colocando limite	A
DROG02	Ah... sendo exigente com ele, né? Exigente... que tem família que é codependente, né? O paciente tá no erro e às vezes a família invés de pegar pesado com ele, não, acaba passando a mão na cabeça, escondendo, né, e eu acho que a família devia ser mais	sendo exigente com o dependente	A
DROG07	Então eu acho que a família tem que fazer o quê? Começar a buscar grupos de apoio, né?... participar de palestra sobre adictos... se reinterar do que é a dependência, que as pessoa vê como safadeza, como pilantragem... e não é não. A	participar de grupos de apoio para saber lidar com a doença	A
DROG03	Com certeza os familiares mais próximos da pessoa, tipo, pai, mãe, esposa, até o filho, participar de grupos... junto até com o próprio familiar... e grupos separados, grupos especificamente só pra família, como deve se comportar com o dependente químico	os familiares mais próximos participando de tratamento para aprender a se comportar com o DQ	B
DROG06	Olha, para ajudar ele na recuperação, em primeiro lugar, não discriminando ele... entendeu... porque o álcool, ele é uma doença, comprovada. Às vezes a pessoa até tem vontade de parar, entendeu, mas não tem o apoio.	não discriminar - dependência é uma doença comprovada, apoio de uma família saudável sem dependências	B
DROG07	Olha, compreensão, amor, procurar se reinterar como a pessoa adquiriu essa doença, porque nada acontece por acaso. Atrás de uma situação de dependência, há algo que a família muitas vezes necessita saber pra poder ajudar...	amor e compreensão, a família e a sociedade têm que estar atenta para esta situação	B
DROG08	... Hoje eu vejo assim... por eu não ter tido a minha família no momento em que eu mais precisei, então eu vejo que a família hoje ela é importante no tratamento do dependente... quanto também ela também deve se tratar também... entendeu? Isso é muito...	participar do tratamento e se tratar	B
DROG09	Olha, o mais importante, a própria família... como o... causador de todo o ... problema, é perceber que realmente é uma doença, e infelizmente o familiar está acometido da doença... Isso é muito importante... porque daí muda todos os princípios... de ver	a própria família ter consciência que ela está acometida da doença, tratar-se	B
DROG10	Primeiro ela tem que entender que é uma doença, e muitas não entendem, né? E segundo, dando bastante apoio... ao doente... caso contrário, não tem como recuperar... É muito difícil. Primeiro que já é difícil você sair dessa vida...	Primeiro entender que é uma doença	B
DROG04	a real de tudo é a conscientização... traçar uma diretriz, assim, cê não sai, fica num círculo vicioso, né?... Como?... Não, perder a fé...	pela conscientização, traçar uma diretriz e ter fé na recuperação	B
DROG04	Ah... é uma coisa muito... singular... é muito de família pra família... porque a minha família sempre... sempre esteve ali comigo, mas... sabe, ter uma percepção, assim, de quem tá em volta... sofre junto mesmo, mas... até pelo sofrimento, né?	de diversas formas, cada família é de uma forma	C
DROG05	De um familiar? ... essa pergunta é bastante difícil... porque eu mentia, eu roubava, eu furtava, eu enrolava, eu passava um pano... uma hora eles ficaram sabendo, né?... Vem à tona... menti pra mim mesmo?... me sentia mal por causa disso.	por causa das mentiras e preconceito não se tinha condições de diálogo - a terapia familiar pode mediar esta situação	D
DROG06	fica muito difícil pra ele... se não tiver do lado dele pra levar... pra uma igreja... entendeu... nas horas difíceis você estar lado a lado ali ... na hora... de uma doença, de uma separação, ... comigo, no meu caso, onde eu chegava as pessoas ficavam	apoio de Deus em primeiro lugar	E

Anexo 5

Ideias centrais e categorias da primeira pergunta para os DSCs dos conselheiros.

1 – O que é família para você?

DROG01	1ª ideia – Não tem uma definição clara
DROG02	Com quem se convive cotidianamente
DROG03	1ª ideia – O mais importante
DROG04	1ª ideia – Base e força
DROG05	1ª ideia – Companhia
DROG06	1ª ideia – Família é quando se está presente cotidianamente
DROG07	Família é tudo
DROG08	Base sólida de um relacionamento
DROG09	Mais importante elo da sociedade, bom relacionamento entre as pessoas
DROG10	Base de tudo
DROG01	Proteção e cuidado
DROG03 –	Apoio e valorização
DROG04	2ª ideia – Aprendizado
DROG04	3ª ideia – É tudo
DROG05	2ª ideia – Dificuldade de falar sobre
DROG05	4ª ideia – Papel fundamental na identidade do sujeito
DROG05	5ª ideia – Apoio
DROG06	2ª ideia – É estar com os que te amam e apoiam

Categorias da primeira questão

A	Não tem uma definição clara
B	Convivência cotidiana
C	A coisa mais importante
D	Base, apoio, proteção e cuidado
E	Aprendizado

Anexo 6

Ideias centrais e categorias da segunda pergunta para os DSCs dos conselheiros.

2 – Sua família participou da recuperação de sua dependência química? Se sim, de que forma?

DROG01	1ª ideia – Sim, família e a religião	
DROG02	1ª ideia – Sim, participando, orientando e dando força	
DROG03	1ª ideia – Não, porque não participou do tratamento	
DROG04	1ª ideia – Participou sofrendo junto e acreditando na recuperação	.
DROG05	1ª ideia – Não, participaram por obrigação, sem acreditar em mudanças	.
DROG06	1ª ideia – Somente minha mãe	.
DROG07	1ª ideia – Sim, os filhos, muita força, abraço e carinho	.
DROG08	1ª ideia – Não	.
DROG09	1ª ideia – Não, pela distância	.
DROG10	1ª ideia – Esposa e amigos	.
DROG05	2ª ideia – A recuperação foi graças aos profissionais, AA e NA que ajudaram muito	.
DROG06	2ª ideia – Crença em Deus	.

Categorias da segunda questão

A	Dando apoio religioso.	.
B	Orientando e participando.	.
C	Não participou, só teve ajuda profissional.	.
D	Somente a mãe participou.	.

Anexo 7

Ideias centrais e categorias da terceira pergunta para os DSCs dos conselheiros.

3 – Como você acha que a família poderia colaborar para a recuperação de um familiar com dependência química?

DROG01	1ª ideia – Através do programa de mútua ajuda – amor exigente – amar colocando limite
DROG02	1ª ideia – Sendo exigente com o dependente
DROG03	1ª ideia – Os familiares mais próximos participando de tratamento para aprender a se comportar com DQ
DROG04	1ª ideia – De diversas formas, cada família é de uma forma
DROG05	1ª ideia – Por causa das mentiras e preconceitos não se tinha condições de diálogo – a terapia familiar pode mediar esta situação
DROG06	1ª ideia – Não discriminar – dependência é uma doença comprovada
DROG07	1ª ideia – Amor e compreensão
DROG08	1ª ideia – Participar do tratamento e se tratar
DROG09	1ª ideia – A própria família ter consciência que ela está acometida da doença e tratar-se
DROG10	1ª ideia – Primeiro entender que é uma doença
DROG01	2ª ideia – Amar colocando limites
DROG04	2ª ideia – Pela conscientização, traçar uma diretriz e ter fé na recuperação
DROG06	1ª ideia – Apoio de uma família saudável sem dependências
DROG06	2ª ideia – Apoio de Deus em primeiro lugar
DROG07	2ª ideia – Participar de grupos de apoio para saber lidar com a doença
DROG07	3ª ideia – A família e a sociedade têm de estar atentas para esta situação
DROG10	2ª ideia – Dando apoio, entendendo o que está acontecendo

Categorias da terceira questão

-
A	Sendo exigente com o dependente e participando de programa de mútua ajuda.
B	Ficando próximo do dependente, participando do tratamento e não discriminando o paciente.
C	Cada família tem sua forma de ajudar.
D	Participando da terapia familiar.
E	Apoiando por meio da religião.

Anexo 8

Questionário semiestruturado para a elaboração do discurso do sujeito coletivo
– DSC, dos participantes.

Primeira pergunta: De que forma sua família participou em sua recuperação, ou seja do problema com drogas?

Segunda pergunta: O que você acha sobre o atendimento de terapeuta leigo?

Terceira pergunta: A TRA ajudou a sua família nos problemas com as drogas?
De que forma. Não, por quê?

Anexo 9

Expressões-chaves da primeira pergunta para os DSCs dos pacientes.

TERAPIA DE REDE PARA ADICTOS

Pergunta 1: De que forma a sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP01	...minha família ela não me visita, ela não telefona, eu não tive nenhum telefonema até hoje, ... não teve participação nenhuma. Só eu mesmo e minha cabeça....A família de alguns, que eu já vi reuniões, bastante reuniões de famílias que vem aqui, eu sempre vejo eles falar bem.	Não teve participação.	A
DP04	A minha família não participou.	não participou	A
DP02	Ah... participou ... e achou eu diferente, né?... eu modifiquei muito, do início do que eu tava, né?...	participou, modificou (melhorou) muito	B
DP03	A minha família, ela foi a principal coisa, o principal movimento de aconteceu isso tudo, né?... foi a minha família que me incentivou..., tirou do buraco. mundo e foram lá e disseram "Você quer?", aí eu também não abri mão, disse, "quero, sim!". Aí, rapidamente, um... cada um começou a mover alguma coisa... aí foi que deu o início nisso tudo....	participou, principal motivo de mudança	B
DP06	Bem, a minha família, ela tinha desistido de mim, e eu tinha já desistido de tentar buscar uma recuperação. Quando cheguei em São Paulo, surgiu uma esperança de ter um tratamento e um reencontro		
	O assistente social daqui entrou em contato com a minha mãe. A minha mãe, a princípio, estava relutante de falar comigo, ... conseguiu mostrar para ela como isso seria importante, tanto para mim quanto para ela,..., e pude pedir perdão, ela, me recebeu, foi receptiva,... foi um reencontro lindo...	participo, resignificou o papel da família em seu tratamento de forma positiva	B
	Com a minha avó, que era uma pessoa que eu não falava já há sete anos, eu tinha um rancor, que a minha avó era culpada por eu ter me expulsado de casa, . Eu consegui perceber que não foi ela. Ela apenas tentou fazer com que eu evoluísse. . Aqui dentro, depois de algum tempo, eu já pensei que, "pôxa, a minha avó não tem nada a ver com a minha recaída", então, entraram em contato com a minha avó também. E a minha avó me recebeu bem, pude pedir perdão, e assim ficou tudo bem.		
	e sei que quando eu sair daqui eu terei algum apoio deles.		
DP08	Ah... tá participando da melhor forma possível, né... visita, todas as vezes que tem, vem normal, não faltou nenhuma... tá apoiando, né... falou para eu fazer o tratamento completo... e já senti diferença, né?	participou, modificou (melhorou)	B
DP20	Foi muito grande a participação... me surpreendi, porque, lógico, no início é uma decepção, minha mãe ficou decepcionada... mas, assim, logo em seguida me deram o maior apoio, que eu não esperava... me surpreendi bastante... me deu muitas forças.	boa participação, dando força	B

Pergunta 1: De que forma a sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?
(continuação)

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP12	A minha família participou de forma direta na minha recuperação com as drogas, no momento em que eu realmente assumi o meu problema perante a minha própria família, porque enquanto eu rejeitava a minha doença e achava que podia controlar o meu uso, controlar a minha vida, o meu dinheiro,... eu sempre manipulava de todas as maneiras, ... no momento que eu tive a coragem, que eu acho que foi fundamental quando eu ... me rendi e tive coragem, que foi muito difícil falar cara a cara pra eles assim, "eu sou usuário de crack", com as recaídas, e o acompanhamento que eu acho essencial por parte da família ... é... eles passaram a perceber ..meu desmazelo com o meu próprio corpo, coisa de adictos, coisa de quem é dependente químico... foram as minhas irmãs, que a gente mora junto, uma relação de dependência, ..eu tenho uma relação muito grande de dependência de pessoas, que a princípio era com a minha mãe, depois com... com meus irmãos, quando ela morreu, e tal, mas é chegada a hora de viver a independência ... de vida, na questão de moradia, sozinho, ..eu vim pra cá, a gente conseguiu as coisas, e ... estou gostando muito do tratamento, porque eu não fiquei só como paciente. Eu sou membro dos Narcóticos Anônimos, .. e eu tô fazendo um trabalho que eu gosto, mas sempre faço um trabalho pensando na minha recuperação. A minha família foi fundamental, ... que é fundamental lá fora. Mas, a maior parte depende da gente mesmo.	participou e ajudou muito, de forma fundamental	B
DP05	Primeiro ela me ajudou, né... a me trazer até aqui na clínica, minha mãe e minha cunhada me deu a maior força, ... pra mim aguentar, ficava aqui, sempre dando força por telefonema.	participou, ajudou incentivando por telefone	C
DP07	Tem participado através de ligações, né...	participou por telefone	C
DP13	A minha família, ela tem dado suporte, ligando pra mim.... mandando algumas coisas pra mim... né... e... no mais, é só isso mesmo que ela tem feito.	participa, por telefone	C
DP14	é... me trazendo até a clínica. Trazendo até a clínica, e me deixando aqui... foi a participação da minha família na minha recuperação.	participou, apenas ao trazer para o tratamento	C
DP15	: é.... participa, assim... me visitando, ligando, né... quando é possível, só que nas reuniões eles não vão, porque trabalham, e não tem tempo pra isso, eu tenho só dois irmãos aqui em São Paulo.	participou por telefone	C
DP17	Bom, eu sou... , estrangeiro, eu estava vivendo com a minha mulher... e... por decorrência do álcool... foi se desgastando alguma coisa, eu me separei . Quem me trouxe foi minha ex-esposa,... Então, a colaboração que eu tive, realmente, foi... minha mulher ter me aturado o tempo que realmente conseguiu me aturar por meu problema de alcoolismo...	participou, trazendo para o tratamento	C

Pergunta 1: De que forma a sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?
(continuação)

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP18	É.. minha família procurou uma instituição, no caso a Estância Primavera, né... e.... assim... levou eu para fazer esse... esse ... esse tratamento. A partir daí eu não tive mais contato com eles. Foram seis meses do meu tratamento que eu não ligava para eles, não recebia ligações, não tinha contato nenhum com eles... vínculo nenhum. Depois do meu tratamento que eu comecei a ter um contato com eles de novo.	participou apenas, trazendo para o tratamento, não participou dos encontros de família, porém melhorou o contato depois do tratamento	C
DP09	... me ajudou... minha família? ... só se for em relação a minha mãe. Me ajudou... no começo até ... compreendia a minha doença... agora ela tá já.... descompreendida.... me rebaixando, falando que eu não tenho mais jeito...que ela quer viver a vida dela...que eu estou incomodando, por causa que minha vó tem problema, tem 88 anos, ... Ela falou, "ah... tá difícil... "..... mas não é tao difícil assim... .... pela idade dela, e pelo... temperamento dela, ela não é muito boa das ideias, tem trauma também do meu pai, eu por causa do alcoolismo, .. e eu reflito nela também.. não tiro a razão dela. Ela tem trauma, não só do meu pai como outros familiares também,.. enfim.. ela me ajudou, não posso falar que ela não me ajudou,... tive umas recaídas, mas não foi daquela recaída que eu falei, que é pra estourar a boca do balão... to com o saco cheio.. eu preciso me tratar... eu sei, ela tem a idade dela... tem os bairros dela, tem direito..... ela tá me ajudando... certo? Ela sempre controlou meu dinheiro, nunca me abandonou, mas...	participou, só a mãe, encontros e desencontros, relacionados à recaída	D
DP11	De que forma?... olha, minha mãe participou bastante, com amor, né?... ela se dedicou, com a idade que ela tem.... ela .... não sabe absorver as coisas, né... então.... ela participou uma vez aí, mas... pra ela, ela diz que não entendeu nada a reunião da... Cris, da psicóloga Cris... e a minha esposa, não participou nada,.. em uma clínica, ela veio, no outro dia foi embora, porque ela prometeu Deus e o fundo pra mim...e eu, no outro dia fui e quebrei a cara... e nessa, eu queria concluir o tratamento, que vou concluir, indiferente disso... mas só foi a minha mãe... que é muito importante... quanto ao resto... eu... só Deus e os profissionais aqui, né?	participou, com afeto, amor apenas a mãe	D
DP16	Essa agora, a última aqui, está sendo as minhas filhas, né, que sofreram muito, depois da última internação... fiquei sabendo pelos amigos meu que ela chorou, tudo, né.... aí aquilo doeu no coração, que eu deixei tudo pra lá, fui lá pra Sé, fiquei um tempo lá na Sé sozinho, pra não fazer ela sofrer mais, né... aí eu fui procurar um colega meu do SUS, ... aí ele foi me levar lá pro hospital...	as filhas participam, resgatando a afetividade entre eles	D
DP19	De que forma? Ah... nenhuma.. apesar de que dessa vez eu tive mais contato com a minha família, porque essa já é a minha terceira internação, né? Tive um contato, mas muito pouco, e da parte deles, não mudou quase nada.	pouca participação com pouca mudança da família em relação ao problema	E
DP10	Eu não tenho família. Não tem família? Ninguém?... Ninguém.	não participou não tem família	F

Anexo 10

Expressões-chaves da segunda pergunta para os DSCs dos pacientes.

TERAPIA DE REDE PARA ADICTOS

Pergunta 2:

O que você acha sobre o atendimento do terapeuta leigo?

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP01	No caso são os monitores, né? ... para mim são todos eles muito gente fina, são bacanas, são... eles cumprem o papel deles... não tenho nada de mal de falar deles não. São muito bacanas comigo.	boa, bom acolhimento	A
DP02	Eu acho que para mim foi excelente, bem tratado, graças a Deus... recuperei bem em vista do que eu tava... e... é isso aí	bom, ajudou na recuperação	A
DP03	ah... o atendimento das pessoas que trabalham aqui são... é necessário para a gente, são bastante prestativo, porque eles que nos dão o direito de ser aquela pessoa que nós éramos lá trás.	importante, resgate de cidadania, o que eramos lá atrás	A
DP05	Bom, para mim foi ótimo, né, porque, assim, me deram muita força, que foi minha verdadeira família quando eu entrei aqui foi eles, né? e eles foram muito fundamental no meu tratamento, sempre estar do lado, procurando me ajudar muito no tratamento.	bom, fundamental no tratamento, foram minha verdadeira família	A
DP06	São vários terapeutas leigos, e cada um tem o seu estilo de nos tratar. por exemplo, é a nossa voz firme.... ele tem um tom de autoridade, que, no princípio, não foi agradável para mim, claro, por ser um adicto, que quer tudo.... fácil, depois senti que isso era muito importante para a minha vida. Uma voz firme, alguém que me dissesse "não". O. é.. um monitor que trata mais de coisas do corpo. Ele nos conduz à ginástica, nos conduz à caminhada, nos conduz a pensar em como o corpo vai melhorar e a mente e o espírito se o corpo melhorar. A é a nossa voz mansa... branda... , ela... ela consegue acalmar o furacão dentro da gente apenas com o sorriso dela e as palavras dela.... ou seja, é necessário também. O ..., ele é um recuperando como nós, ele é muito bom...	cada um tem um estilo, que se completam e são todos necessários	A
DP09	aqui? todos?... aceitável ... ninguém é perfeito, né?... eles tem sentimentos, tem problemas também... como são na maioria adicto também... eu, relevo... depois conversa com eles, chega a uma conclusão, "desculpa"..... nunca briguei com ninguém aqui... que era costume meu em todas as clínica entendeu?... que até é uma vitória minha... todo mundo discute, mas.. geralmente abaixando, controlando os sentimentos e as emoções pra mim que eu percebi isso, a psicóloga percebeu... Esta é a décima terceira clínica, eu dei uma melhora, né, porque tem muita ainda... e aqui se aprende, né... lá fora tem que praticar, o que eu aprendi...nas outras era... assim, básico psiquiatria e medicação. Não era... nem bom, nem ruim... e aqui também não é o paraíso, não... mas, pra mim foi bem construtivo pra mim melhorar o meu conceito também de saber o que é a adicção mesmo,...	bom, aquisição de conhecimento e mudança de comportamento	A
DP10	ah... eu acho legal...desde que eu cheguei, quem me atendeu foi o ...atendeu muito bem... até hoje me atende muito bem... , não deixo de participar das reuniões, isso é necessário, E... estou gostando.	necessário, teve bom acolhimento até hoje	A
DP13	Sim, os terapeutas leigos ... é... os conselheiros e monitores..eles tem, apesar de tudo, passado para nós ensinamentos legais... tem nos ajudado em todas as reuniões, trazendo para análise ter uma conscientização da nossa doença, né...	bom, aquisição de conhecimento sobre a doença	A
DP18	é... eu acho bom, né... mas... assim... é complicador pra eles, né... mas, pra mim, ajudou muito, porque... eles tentavam quando eu tava ansioso, tava ... sabe... preocupado, fissura, eles me orientavam constantemente, .. e isso foi útil pra mim,.... lógico... isso me ajudou muito, né.	bom, pelo acolhimento e suporte	A
DP12	mas, lá fora, conheci as irmandades, como NA, Narcóticos Anônimos, AA, ...conheci, para as famílias, o Amor Exigente, como tem um funcionário aqui que trabalha muito bem isso, que é a e o Aurélio, é fundamental.	2 idéias: bom fundamental	A

Pergunta 2:
continuação

O que você acha sobre o atendimento do terapeuta leigo?

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP11	: olha, vou ser sincero... eu não aproveito muita coisa, porque, geralmente, as reuniões fogem do tratamento... se debate muito... isso pode, aquilo não pode, e isso nunca busca o que a gente sente,... o que a gente pretende. É sempre assuntos que... tô cansado de saber.. é sobre cigarro... é sobre o dia a dia...eu já sei de cor e salteado, porque ... todas reuniões eu sento e escuto a mesma coisa.... Quanto as reuniões dos psicólogos, é excelente. E sobre os enfermeiros, é excelente, melhor ainda, a enfermagem, né? Isso aí eu tenho que admitir, agora, por exemplo, em reuniões que tem de monitores assim, não só eu, vou falar por mim, não aproveita muita coisa não... sinceramente... são debates que são quase iguais, todas as reuniões são iguais... é que um brigou com o outro, que não pode isso, não pode aquilo, e pra mim, na realidade, pra mim... não muda nada... se não tivesse... tendo ou não tendo... Ah... é bom, né?...	repetitivo sempre a mesma coisa, prefere os psicólogos	D
DP04	Bom? Por que é que é bom? G. D. B. : ... é... é bom porque eu obedeço o que eles falam, e acho que está certo.	bom, acata os terapeutas pq acha que estão certos	E
DP14	Terapeuta leigo, os conselheiros e monitores.. eu acho um tratamento normal, existem alguns que, infelizmente,... , excede um pouco da autoridade que lhe é dada... então cria um pouco de certo tipo de problema, mas, quanto a isso... todos são bons.	são bons, alguns autoritários	E
DP12	Dos terapeutas leigos desta instituição, eu acho péssimo... Eu acho péssimo...porque eles não tem a didática, a metodologia, o acolhimento que o adicto, ou a pessoa que está atrapalhada, ou que está, de certa forma confusa, precisa ter.... a casa, aproveitando-se de alguns membros que foram, que passaram pelo tratamento aqui, que se destacaram de uma forma ou de outra, acabaram permanecendo, eles não tem um acompanhamento psicológico adequado e uma preparação,..., seja em estudos, seja em curso, seja em uma cobrança por parte dos gestores, que eles também frequentem as salas de NA, para poder acompanhar, esses outros programas que, como eu te disse... pode ser mais um, pode engrandecer, pode dar uma qualidade muito melhor para a EP, quando a gente estabelecer esse trabalho de dizer assim, que não é só igreja, ... porque muitas vezes o trabalho é orientado só no sentido da religião..., e aí eu tive ... presenciei casos aqui mesmo de atrocidades terríveis, de uma pessoa que chega com confusão psicológica, alterado pelas questões das drogas, do álcool, e acabar se confundindo muito mais, quando elas são... é... envolvidas por um excesso de religiosidade, e etc., etc., e aí um momento de inserir o que é serenidade, o que é religião, elas se complicam, e quando elas estão em crise, elas entram muitas vezes em surto e confundem com religião, com Doze Passos, com serenidade, com poder de Deus, que eu escolhi, que eu envolvi, e às vezes confrontos de corpos, e essas pessoas às vezes, esses monitores, eles usam de uma palavra que é...uma palavra muito ... mesquinha, muito baixa, muito suja, porque quando ela pega uma pessoa que já vem da rua e que está em um lugar como esse, que é afastado, que não tem condições, que não tem dinheiro, e fala, no momento que elas precisam, "se você não se comportar, se você não fizer o que a gente manda, as regras funcionam assim, você está no olho da rua... procura a sua rua, meu, porque aqui tem assim de gente querendo ocupar o seu lugar". As pessoas, aqui, como eu já presenciei, elas pegam canivete que elas fazem, elas pegam barra de ferro, elas pegam blocos, para atacar nos monitores, e aí, eu... eu comecei a fazer um trabalho no sentido de estudar os Doze Passos, porque eu acredito muito em Narcóticos Anônimos. Não desconsidero a questão psiquiátrica e psicológica, como ensinamentos fundamentais, porque são os profissionais que mais, que melhores foram	péssimo, pode prejudicar	F
DP17	... existe uma falta de qualificação grave...em relação à qualificação dos monitores em relação de trabalhar com o material humano, quer dizer, não por se ter sido adicto, e ter conseguido chegar a abstinência, você tem qualificações que teria ou não teria se nunca houvesse usado nenhum tóxico...provérbio chinês que diz "se você quer conhecer o valor de uma pessoa, dá poder para ela".... então, eu vejo que... pouco qualificação para colaborar com o teu tratamento, tem que ter um respeito, uma sensibilidade... não pode fazer que ele se sinta mais derrubado do que ele já está... está no lugar errado, porque ele daria um bom PM, mas não um monitor... então, às vezes a gente sente falta de atenção... o relacionamento pode às vezes ser agressivo... pode ser displicente, e pessoas... e às vezes você se sente mais sozinho do que teria que ser com monitores... um monitor colabora para o desenvolvimento do tratamento... não é um... funcionário penitenciário.	não é bom, não tem preparo , pode prejudicar o tratamento pelo abuso de poder	F

Anexo 11

Expressões-chaves da terceira pergunta para os DSCs dos pacientes.

TERAPIA DE REDE PARA ADICTOS			
Pergunta 3: A TRA ajuda sua família nos problemas com a droga?			
Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP01	A família de alguns, que eu já vi reuniões, bastante reuniões de famílias que vem aqui, eu sempre vejo eles falar bem. Agora, a sua família? I. A. G. : é... a minha família não participa. Eu não tenho ninguém. Você quer acrescentar mais alguma coisa? I. A. G. : Não.	para as famílias que participaram sim	A
DP04	A minha família não participou... então não ajudou, né .... Quer acrescentar mais alguma coisa? G. D. B. : Não.	não participou	A
DP09	Olha, não tô a par disso, porque a minha mãe, eu fiz essa pergunta pra ela, ela tá fazendo parte do CAPS de Pirituba... eu não tenho informação, você entendeu? Você acha importante? C. C. M. N. : aqui... é...justamente .. é o que eu ia falar antes de vir pra cá... indicaram eu porque eu vim por conta própria. Foi difícil, mas eu vim... fiquei pensando... aqui ela veio algumas vezes, depois ela nunca mais compareceu na reunião, aí na última reunião do mês, que cai num domingo... falar pra você... não vou especificar também certo que eu .... vou estar sendo... muito... muito incerto, então,... mas faz uns cinco meses, por aí, seis meses, metade desse um ano que eu to aqui que ela não compareceu mais em reunião de... da última Não participa de nenhuma.	não participou	A
DP14	... Me liga, vai vir na visita... procura saber como eu tô, se eu to bem, pra mim ficar calmo, que eles também estão calmos do outro lado..., estão com a mente mais tranquila, a minha esposa está cada vez mais tranquila, está trabalhando bem, por saber que eu estou em um lugar, num ambiente que é bom,... e o que é bom pra mim é bom pra eles também, então a minha família fica um pouco mais tranquila.	não participou, mas a família tem ficado mais tranquila com o tratamento	A
DP15	... é... então, como eu falei para o senhor, né... eles não tem tempo de me acompanhar nas reunião, né, porque eu faço também no CAPS. Lá é um lugar muito bom, eu gosto muito de lá... é um lugar que eu me sinto seguro, ... todos os profissionais que trabalham lá são muito bons..., a minha mãe está na Bahia, né... então aqui eu tenho só dois irmãos, que não vão, mas, assim, a rede de meus amigos que eu construí lá no CAPS né ...Construir novas redes...	não participou, mas tem melhorado, construindo novas redes	A
DP17	... totalmente, senão não vai... é... um abismo puxa o outro, E o mal chama o mal... Só uma mancadinha pra poder voltar tudo a estaca Eu sou sozinho. O que posso falar é que me deram todo o suporte... que eu fico realmente admirado... passei uma semana no CAPS, e daí em diante fui transferido até aqui... , eu não posso falar absolutamente nada mais que "obrigado", porque eu poderia estar em uma situação bem pior. Então eu só teria que falar "obrigado", de A minha família não participou, de nenhuma reunião... .. familiar... mas, depois do meu tratamento, .. eu percebi que houve uma mudança na minha família, porque na época que eu era usuário eu... eu tinha irmãs na depressão, problemas, essas coisas.... depois que eu fiz o meu tratamento, é... isso passou pra elas, tipo o quê? Que existe uma cura, sim. Existe uma ajuda, sim, e por intermédio disso, hoje, sabe, vivem bem, graças a Deus bem, to com um ótimo	não participou, é sozinho porém sente ter tido suporte com a TRA	A
DP18		família não participou, mas estão bem melhor agora, com melhora dos vínculo	A

Pergunta 3
continuação: A TRA ajuda sua família nos problemas com a droga?

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP19	A sua família não participou? B. F. S. : ... Não. Acho que é isso. B. F. S. : Acabou? Não. É só isso mesmo! Olha, falar para o senhor, ajudou muito, porque eu ficava muito na rua, né?... ficava mais na rua do que em casa, que eu era alcoólatra, né... mas agora... parei... O senhor quer acrescentar mais alguma coisa?	não participou	A
DP02	J. R. L. : Ah... eu queria acrescentar que eu já tive duas terapêuticas né, eu sei, sei normal, voltei normal também, né... procurei a religião, ia pra igreja, como era a noite, então, inclusive já me autorizaram que eu sei hoje, né, na terceira terapêutica, e conforme eu saio daqui, eu volto normalmente, sem dar prejuízo nenhuma, né? A TRA daqui, ... aqui dentro .. foi um sucesso pleno... A minha família liga para mim, a minha família se preocupa, a gente se corresponde com cartas, eu mando, eu faço colagens, eu faço arte, eu faço poesias e envio para minha família, eu sempre fui apaixonado pela minha família, e me doía muito... ter que ter uma distância da minha família por causa da minha doença, porque eu ficando próximo deles eu os prejudicaria. Dependência química é uma doença terrível. Imagina você amar uma família, e saber que a sua família te ama, mas a gente não pode ficar junto... parece até absurdo, mas a dependência química consegue até isso... então eu sou muito grato ...a todos os que participaram desse reencontro familiar para mim, Eu acredito que sim..Ah... que eles vem e a gente conversa, né?... Conversa, apóia, no geral... as pessoas aqui apóia a gente, vem a família, vê o jeito que cê ta sendo tratado,... dá total apoio. E eu pretendo continuar. Quer acrescentar mais alguma coisa?	sim, ajudou a manter a abstinência	B
DP06		muito bom, resgate de afetividade e participação da família	B
DP08	J. A. P. S. : Acho que no momento... são essas perguntas mesmo. E eu estou de acordo com tudo.	sim, apoio geral	B

Pergunta 3 A TRA ajuda sua família nos problemas com a droga?
continuação:

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP11	Minha mãe só que ta lutando por mim.. Já está com oitenta e poucos anos., ... e ela tem que vir com alguém, porque ela se distrai, e quando não tem, ..não vem ninguém por mim, né... inclusive... A sua esposa nunca veio... Ela nunca veio porque, na realidade, falta muito pouco tempo... se ele tivesse vindo, eu creio que ela teria mudado a cabeça dela... não dá mais tempo, né?... se não você conversaria ..., ela convidaria pra vir meu irmão até... ele veio uma vez aqui me buscar... tudo bem que eu aprontei com ele também, né?... voltamos a conversar... tocou no assunto do prejuízo que eu dei pra ele... e ele estava esperançoso na minha melhora... tanto que eu vou ... pretendo... , porque eles sabem conversar, né?... .. porque não tem ninguém pra mim que faz parte... minha mãe veio, mas sentou lá e saiu com a cabeça vazia... ela falou "Ah... eu não lembro o que falou..." mas parece que é muito Na verdade, essa Terapia de Rede para Adictos ela não fica clara nessa pergunta, porque assim, ela teria que ser explicada, assim, o que é uma rede para adictos. Uma rede para adictos, na minha compreensão, é uma rede que pode ser interligada ... sendo uma clinica mais aberta, mais fechada, dependendo do estágio que as pessoas melhorarem, elas podem estar nesse processo até que elas fiquem... consigam restabelecer a sua vida social lá fora, restabelecer sua família, sua questão financeira, etc.. Eu acho que é fundamental... Quanto à questão da rede terapêutica pra adictos, sem dúvida que eu acho que todo o trabalho, enquanto dependente químico que eu sou, é fundamental. Acho que tem que ter muito mais investimento por parte do governo, das instituições, das pesquisas, sabe... e um... e uma das ações que a clínica pode fazer sentido, para ela conseguir, o que eu torço muito, ..., que eu aposto muito nesse trabalho, aposto muito nesse trabalho, é.... eu conheço as	tem sido bom para família, resgatando os vínculos	B
DP12	A minha filha, quando eu bebia, ela usava pedra de crack, essa mais velha,, e a mãe dela não ligava, não ia atrás dela, aqui no centro, e ela ficava ali , pedindo esmola, ou senão na descida do Anhangabaú, ali... ai eu corria, corria atrás dela, lá, onde eu dormia, que tinha uma carroça, né... que não tinha lugar para guardar.. ai ela ia me acordar pra pedir dinheiro para comer, mas... não sabia que ela usava, até que eu peguei ela com o cachimbo mesmo, .. ai ela conheceu um colega meu, que eu já conhecia, desde quando eu morava lá no centro, né... ai se deu bem os dois lá,... ela pôs ordem na casa, lá... que ele trabalha em estacionamento, ... tem uma casa montada, né... e ele fica lá e ela mora lá com ele, já tem quase um ano já, e está se dando bem... graças a Deus não fuma mais crack, parou, toma uma cerveja. Pelo menos é uma pessoa que já passou pelo que eu passei, então dá pra entender mais, a mãe dela, já separei já, até me aturou demais... essas três filhas é a coisa que eu mais gosto... por isso que tem vez que eu fico nervoso aqui, mas... que era para ir para no HD, que o HD era mais perto, e lá pode sair de sexta-feira, já dá pra mim ir, né?... e meus documentos ta lá, tem que pegar... o	ajudou é fundamental para o tratamento do dependente químico	B
DP16	E essa mais velha também, toda vez que liga pra cá, ela pergunta: "O senhor não vai vir pra cá? O senhor não vem pra cá? Estou com saudade... tudo,né?"... ai é que dá mais aperto no coração, por isso é que eu to lutando, que é pra sexta-feira até conseguir...	ajuda a resgatar os vínculos	B
DP20	Ajudou bastante. Minha mãe passa em consulta, todo domingo ela vem me visitar, não só ela, os meus sobrinhos... eu aprendi a dar mais valor à família, ...principalmente com a minha mãe, com os meus sobrinhos... então é uma coisa gostosa, assim, que eu estou me aproximando cada dia mais da família... essa força que eles me deram, e agora eu estou procurando mostrar para eles que eu sou	boa participação todos , participativos, melhorando os vínculos	B

Pergunta 3
continuação: A TRA ajuda sua família nos problemas com a droga?

Depoimento	Expressões-Chaves	Ideia Central	Grupo
DP03	Ajudou. Ajudou até um certo ponto, porque nós não temos reunião.... é.... todos os meses, que eu acharia que teria reunião para família pelo menos duas vezes no mês, só que a gente, a minha família mesmo só teve reunião umas duas ou três vezes nesses cinco meses que eu estou aqui dentro, porque é uma reunião por mês. Então.... teve umas duas reunião, ou não sei se foi uma, que minha família não veio... então, devido a algumas entrevistas aí, mas, então, mas, as reunião que teve, ajudou muito... ajudou bastante... se É... assim... eu não posso falar porque minha família não veio em visitas, né... só por telefone eles comentavam comigo. Quer acrescentar mais alguma coisa? A. C. B. : Ah... agradecer muito a casa, por estar aqui esses cinco meses. Agradeço muito a casa, todos os funcionários, ao Doutor, muito agradecido por estar longe do mundo e de drogas e álcool. Só por hoje. Obrigado.	sem , mas teve poucas reuniões de família, se tivesse mais seria melhor	C
DP05	É... assim... eu não posso falar porque minha família não veio em visitas, né... só por telefone eles comentavam comigo. Quer acrescentar mais alguma coisa? A. C. B. : Ah... agradecer muito a casa, por estar aqui esses cinco meses. Agradeço muito a casa, todos os funcionários, ao Doutor, muito agradecido por estar longe do mundo e de drogas e álcool. Só por	nao participou, só por telefone	D
DP07	Sim...a terapia de rede para adictos...a minha família não é daqui, é do Paraná, né... é a 750 quilômetros daqui, então eu não tenho visitas... então nesse programa a minha família não atua por enquanto.	sim , porem a familia não participou dos encontros, moram distante	D
DP13	A minha família não tem essa, ... conscientização ... eles não frequentam um outro tipo de grupo ,... essas coisas, eles não frequentam.. então no momento eles não tem nenhum tipo de... de conhecimento, para que possam estar me dando suporte.	não ajudou, e não participou	E
DP10	... não tenho família, mas me ajudou. Nunca procuraram, porque.... eu fui criado na rua, e isso já faz, que eu tive família... filho, esposa, há dez anos atrás... de lá pra cá não tive mais contato com ninguém... ai, sempre vivi sozinho	a família não participou pois não os vê há 10anos, mas sente que ajudou	F

Anexo 12

Ideias centrais da primeira pergunta para os DSCs dos pacientes.

1 – De que forma a sua família participou em sua recuperação, ou seja, do problema com a droga?

- DP01 Não teve participação, mas vê que isto acontece com outros internos.
- DP02 Participou, modificou (melhorou) muito.
- DP03 Participou, principal motivo de mudança.
- DP04 Não participou.
- DP05 Participou, ajudou incentivando por telefone.
- DP06 Participou, ressignificou o papel da família em seu tratamento de forma positiva.
- DP07 Participou, por telefone.
- DP08 Participou, modificou (melhorou).
- DP09 Participou, só a mãe, encontros e desencontros, relacionados à recaída.
- DP11 Participou, com afeto, amor apenas à mãe.
- DP13 Participou, por telefone.
- DP14 Participou, apenas ao trazer para o tratamento.
- DP15 Participou, por telefone.
- DP17 Participou, trazendo para o tratamento.
- DP18 Participou, apenas trazendo para o tratamento; não participou dos encontros de família, porém melhorou o contato depois do tratamento.
- DP19 Pouca participação, com pouca mudança da família em relação ao problema.
- DP20 Boa participação, dando força.
- DP16 As filhas participaram, resgatando a afetividade entre eles.

Categorias da primeira questão

- A Não participou.
- B Participou, melhorou muito.
- C Participou indiretamente.
- D Participação de um subsistema com resgate de afeto.
- E Não participou, não tem família.

Anexo 13

Ideias centrais da segunda pergunta para os DSCs dos pacientes.

2 – O que você acha sobre o atendimento do terapeuta leigo?

- DP01 Boa, bom acolhimento.
- DP02 Bom, ajudou na recuperação.
- DP03 Importante, resgate de cidadania, o que éramos lá atrás.
- DP04 Bom, acata os terapeutas porque acha que estão certos.
- DP05 Bom, fundamental no tratamento, foram minha verdadeira família.
- DP06 Cada um tem um estilo, que se completam e são todos necessários.
- DP07 Bom, porque tiveram a mesma experiência que nós.
- DP08 Nada a reclamar, me dou bem com todos.
- DP09 Bom, aquisição de conhecimento e mudança de comportamento.
- DP10 Necessário, teve bom acolhimento, até hoje.
- DP11 Repetitivo sempre a mesma coisa, prefere os psicólogos.
- DP12
- DP13 Bom, aquisição de conhecimento sobre a doença.
- DP14 São bons, alguns autoritários.
- DP15 Nada a reclamar, algumas desavenças.
- DP16 Bom, porque passou pela mesma experiência.
- DP17 Não é bom, não tem preparação, pode prejudicar o tratamento pelo abuso de poder.
- DP18 Bom, pelo acolhimento e suporte.
- DP19 Bom, pela experiência que tiveram, serve de modelo, esperança.
- DP20 Bom, serviu como modelo, para ajudar o próximo.
- DP06 Bom, cada um com uma característica diferente que se complementam.

Categorias da segunda questão

- A Bom, auxiliaram na recuperação.
- B Bom, porque tiveram a mesma experiência que nós.
- C Nada a reclamar.
- D Repetitivo, prefiro os psicólogos.
- E Bom, porém autoritários.
- F Péssimo, pode prejudicar pelo autoritarismo.

Anexo 14

Ideias centrais da terceira pergunta para os DSCs dos pacientes.

3 – A TRA ajuda sua família nos problemas com a droga?

- DP01 Para as famílias que participaram, sim.
- DP02 Sim, ajudou a manter a abstinência.
- DP03 Sim, mas teve poucas reuniões de família, se tivesse mais seria melhor.
- DP04 Não participou.
- DP05 Não participou, só por telefone.
- DP06 Muito bom, resgate de afetividade e participação da família.
- DP07 Sim, porém a família não participou dos encontros, moram distante.
- DP08 Sim, apoio geral.
- DP09 Não entendeu a pergunta.
- DP10 Ajudou, mas não com a família, pois não os vê há 10anos.
- DP11 Tem sido bom para a família, resgatando os vínculos.
- DP12 Não se aplica.
- DP13 Não ajudou, e não participou.
- DP14 Não participou, mas a família tem ficado mais tranquila com o tratamento.
- DP15 Não participou, mas tem melhorado, construindo novas redes.
- DP16 Ajuda a resgatar os vínculos.
- DP17 É sozinho, porém sente ter tido suporte com a TRA.
- DP18 Família não participou, mas estão bem melhor agora, com melhora dos vínculo.
- DP19 Não participou.
- DP20 Boa participação, todos participativos, melhorando os vínculos.

Categorias da terceira questão

- A Não participou, as famílias que participaram melhoraram.
- B Muito bom, resgate de afetividade e participação da família.
- C Sim, se tivesse mais seria melhor.
- D Ajudou à distância.
- E Não ajudou, e não participou.
- F Não tenho família, mas me ajudou.

Anexo 15

CARTA DE APROVAÇÃO DE PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

São Paulo, 22 de agosto de 2008.

Eu, Jair Lourenço da Silva (nº USP/RA: 293983), aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, sob orientação da Professora Doutora Cleide Lavieri Martins, encaminho projeto de pesquisa intitulado “Terapia de Rede para Adictos. Programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas” para apreciação neste Comitê de Ética em Pesquisa.

Nome do aluno e assinatura: Jair Lourenço da Silva

Telefone de Contato: (11) 8106-9267.

Nome da Orientadora e assinatura: Cleide Lavieri Martins

Telefone de Contato: (11) 30617790.

Departamento: Serviços da Saúde

Anexo 16

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Terapia de rede para adictos. Programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas.**

A JUSTIFICATIVA, O OBJETIVO E OS PROCEDIMENTOS: a justificativa que nos leva a estudar o problema (como a família enfrenta a problemática das drogas e de que maneira ela pode colaborar no tratamento de seu familiar dependente químico) é devido a importância da família no tratamento e recuperação do dependente químico, a pesquisa se justifica pela necessidade de se criar condições que facilite a participação e a conscientização dos familiares no tratamento da dependência química. **O objetivo** desse projeto é criar um instrumento que facilite o processo de participação e conscientização das famílias de baixa renda no tratamento e recuperação de seus familiares em tratamento em comunidades terapêuticas para dependentes químicos. Um instrumento que possa ser aplicado por conselheiros em dependência química. Denominaremos este instrumento de Terapia de Rede para Adictos. **Os procedimentos** de coleta dos dados serão da seguinte forma:

Primeira etapa da pesquisa: carta convite para participação voluntária nesta pesquisa. Os participantes, conselheiros(as), da pesquisa serão convidados(as) a participar de uma entrevista contendo perguntas abertas semi-estruturada.

Segunda etapa da pesquisa: serão convidados(as) a participar desta segunda fase os(as) participantes que realizaram as entrevistas e aceitem a participar de um curso de capacitação em Terapia de Rede para Adictos. Este curso terá a duração de três meses, um encontro por semana, sem custo ou pagamento para participar

OS DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: os(as) participantes não serão submetidos a nenhum risco ou desconforto, mesmo que sejam mínimos. Em qualquer momento o(a) participante poderá abandonar a pesquisa sem nenhuma justificativa.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: durante toda a pesquisa o(a) participante poderá ter o apoio psicológico que necessitar, bastando solicitar ao pesquisador responsável.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Em caso de haver gastos de qualquer natureza por parte do participante para a realização da pesquisa, este será ressarcido nos gastos reais do participante, cuja responsabilidade é do pesquisador responsável.

. No caso você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa o pesquisador responsável deverá ser comunicado imediatamente e responsabilizado pelo dano.

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO(A) PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A professora orientadora Dra Alice Moreira Derntl e o pesquisador responsável aluno Jair Lourenço da Silva certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante, pesquisador responsável, Jair Lourenço da Silva no telefone (011) 38669204 – 81069267 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

Nome	Assinatura da Testemunha	Data

Anexo 17

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Jair Lourenço da Silva, pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado *Terapia de rede para adictos. Programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas*, assumo a responsabilidade de comunicar imediatamente à Instituição Associação Estância Primavera – Comunidade Terapêutica para dependentes químicos toda e qualquer complicação ocorrida durante a realização do referido projeto que coloque em risco o voluntário ou bens incluídos neste trabalho de pesquisa.

Responsabilizo-me, igualmente, a acompanhar as diligências necessárias à imediata e integral assistência aos voluntários participantes ou à reposição ou restauração de bens eventualmente danificados durante a pesquisa.

São Paulo, 27 de abril de 2008.

Jair Lourenço da Silva

Nome do pesquisador e assinatura

Anexo 18

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Cleide Lavieri Martins

OF.COEP/178/09

São Paulo, 05 de junho de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou** em sua **4.ª/09 Sessão Ordinária** realizada em **29/05/2009**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares o protocolo de pesquisa n.º **1870**, intitulado **"TERAPIA DE REDE PARA ADICTOS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NOS SISTEMAS FAMILIARES COM MEMBRO DEPENDENTE QUÍMICO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Jair Lourenço da Silva** e orientação do(a) Professor(a) **Cleide Lavieri Martins**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

OBS: O COEP/FSP recomenda ao pesquisador evitar, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o uso de telefone celular para contato. Assim, recomenda a "substituição" do telefone celular por um telefone fixo e seu encaminhamento do novo TCLE para arquivo deste COEP.

Atenciosamente,

Cláudio Leone

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Cleide Lavieri Martins
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública – USP