

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

MÉRIS GUTJAHR

REDES SOCIAIS:
PREVENÇÃO A RECAÍDA NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

SÃO LEOPOLDO
2010

MÉRIS GUTJAHR

REDES SOCIAIS:
PREVENÇÃO A RECAÍDA NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Práticas Sociais e
Cuidado.

Orientador: Rodolfo Gaede Neto

São Leopoldo

2010

RESUMO

A maioria dos casos de pessoas que usam algum tipo de substância psicoativa decorre da expectativa de obtenção de algum benefício da mesma, seja pela experiência de prazer ou alívio da dor. Muitas dessas pessoas se tornam dependentes ao longo da vida e muitas delas necessitarão de algum tipo de tratamento para conseguir parar de usar substâncias psicoativas. O uso de substâncias psicoativas causa grandes mudanças nas relações sociais e familiares e até mesmo mudanças físicas e neurológicas no próprio usuário. Existem várias modalidades de tratamento, podendo ser eficazes ou não. Quem basicamente determina a eficácia do tratamento é o dependente, pela sua voluntariedade de querer parar de usar substâncias psicoativas. No entanto, é possível que elementos externos sejam fatores de risco para a recaída ou sirvam como proteção. A reinserção social, quando bem trabalhada, já durante a internação, pode ser fator de proteção para manutenção da abstinência. A recuperação que só focaliza a abstinência, sem se preocupar com o entorno social, a mudança de vida e de atitudes tende a não ter tanto sucesso. As redes sociais representadas no potencial da família, dos grupos de ajuda mútua e da comunidade religiosa, quando bem articuladas, preparadas e conectadas são preventivas da recaída.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas. Família. Grupos de Ajuda Mútua. Reinserção Social. Redes Sociais.

ABSTRACT

Most cases of people using some kind of psychoactive substance elapses from the expectation of obtaining some benefit from it, by the pleasure experience or pain relief. Many of those people become dependent along life and many of them will need some kind of treatment to get to stop using psychoactive substances. The use of psychoactive substances causes great changes in the social and family relationships and even physical and neurological changes in the own user. Several treatment modalities exist, and they may be effective or not. Who basically determines the effectiveness of the treatment is the dependent, for his own wish of wanting to stop using psychoactive substances. However, it is possible that external elements are risk factors for the relapse or serve as protection. The social reinsertion, when well worked, already during the internment, it can be protection factor for maintenance of the abstinence. The recovery that only focuses the abstinence, without worrying with the social environment, the life and attitudes changes tends to not to have so much success. The social nets acted in the potential of the family, of the groups of mutual help and of the religious community, when well articulate, prepared and connected they are preventive of the relapse.

Key-words: Psychoactive Substances. Family. Groups of Mutual Help. Social Reinsertion. Social Nets.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA	09
1.1 Introdução	09
1.2 Aspectos Atuais Sobre Dependência Química	10
1.2.1 Conceituação	10
1.2.2 Classificação das substâncias psicoativas	11
1.2.2.1 Drogas estimulantes	11
1.2.2.2 Drogas depressoras	11
1.2.2.3 Drogas perturbadoras	12
1.2.3 Outros termos importantes	12
1.2.3.1 Tolerância	12
1.2.3.2 Síndrome de Abstinência	12
1.2.3.3 Escalada	13
1.2.3.4 Fissura	13
1.2.4 Critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Dependência de Drogas	13
1.3 Modelos de tratamento	15
1.3.1 Proposta de Farmacoterapêutica	15
1.3.2 Tratamento ambulatorial	16
1.3.3 Hospitalização	17
1.3.4 Proposta de Clínicas e Comunidades Terapêuticas ou Programas residenciais	18
1.3.5 Proposta de Psicoterapia Individual	20
1.3.6 Redução de Danos	20
1.3.7 Psicoterapia Familiar	21
1.3.8 Terapias Cognitivo-Comportamentais	22
1.3.9 Grupos Comunitários de Ajuda – Mútua	23
1.3.10 Grupos Familiares e Outros Grupos de Apoio	23
1.4 Sociologia e Antropologia da Dependência e do Uso de Substâncias Psicoativas	25
1.5 Neurociência da Dependência e do Uso de Substâncias Psicoativas	33
1.6 Dificuldades Psicológicas, Sociais e Emocionais de Permanecer em Sobriedade.	36
2. REDES SOCIAIS	39
2.1 Introdução	39
2.2 Redes Sociais e Comunidade	41
2.3 Redes Sociais e o Sistema da Dádiva	44
2.4 Família como rede social	47
2.5 Grupos	53
2.6 Igreja	58
2.7 Potencial de Atuação das Redes	61
3. REINSERÇÃO SOCIAL	64
3.1 Introdução	64
3.2 Projeto de vida	67

3.3 Aspectos Familiares	68
3.4 Aspectos Profissionais	69
3.5 Aspectos Econômicos e Financeiros	71
3.6 Aspectos Comunitários	71
3.7 Aspectos Espirituais	72
3.8 Suporte Social	72
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS	76

INTRODUÇÃO

Em todos os tempos e em todas as épocas existiram substâncias psicoativas. Nem sempre foram considerados problemas de saúde pública como na atualidade. O problema das substâncias psicoativas está tomando proporções cada vez maiores e de certo modo é reflexo de profundas mudanças na sociedade moderna e pós-moderna. Jovens e adolescentes sem perspectivas, sem ânimo para fazer um projeto de vida e vivendo perigosamente sem pensar no futuro.

O reflexo deste contexto é que cada vez mais pessoas estão se tornando dependentes. Existe um número crescente na demanda para tratamento em dependência química. Pela experiência pessoal nesta área observa-se também que muitos dependentes que fazem algum tipo de tratamento acabam tendo recaídas. Alguns tornam a realizar tratamentos e outros desistem. Esse fato me mobilizou a realizar esta pesquisa.

A maioria dos locais de tratamento não tem estrutura para realizar o trabalho na pós-internação. Então, o intuito deste trabalho é conhecer as redes sociais e o seu potencial como possibilidade na continuidade do tratamento de dependentes químicos na pós-internação.

Mesmo que nem todos os tratamentos ofereçam todo o suporte necessário em todos os aspectos, a maioria deles se preocupa com a abstinência dos indivíduos quando saírem do ambiente protegido. No entanto, as estatísticas não são muito animadoras quando se fala em tempo de sobriedade na pós-internação.

Entende-se que o indivíduo não é um ser isolado, mas social. No entanto, poucas são as possibilidades de convivência em ambientes “sadios”, onde possa continuar se fortalecendo e contribuir para a sua abstinência. Quando o paciente termina seu tratamento ele é devolvido para a sociedade, que continua a mesma da qual ele se retirou por um período, com todos os problemas e desafios que precisam ser enfrentados e superados.

Com este trabalho bibliográfico pretende-se buscar alternativas que possam contribuir para a permanência em abstinência/sobriedade.

A pesquisa se dá em três etapas. O primeiro momento é compreender o que é adicção e a dificuldade do adicto de permanecer em sobriedade. O início será com

questões inerentes ao assunto da dependência de substâncias psicoativas – conceituação teórica, terminologias usadas, etiologia da dependência, e modelos de tratamento, a questão sociológica e antropológica da toxicodependência e da neurociência do uso de SPAs. A ênfase recairá sobre os aspectos psicológicos, sociais, familiares, econômicos e religiosos do dependente de manter-se em sobriedade.

Num segundo momento identifica-se o que são redes sociais e suas diversas formas de atuação e destaca-se o potencial que essas redes possuem para fortalecer os indivíduos que buscam se inserir nas mesmas em busca da abstinência. Nessa identificação de redes se pretende mostrar todo o potencial dos diversos grupos, sejam familiares, terapêuticos, sociais ou até mesmo a importância da comunidade eclesial tendo função terapêutica para acolher os diversos egressos de tratamentos, internações.

O terceiro momento trata da temática da reinserção social, a importância da mesma e as contribuições da família, da religião, bem como o projeto de vida para analisar a importância de uma reinserção social bem articulada e organizada para o indivíduo que pretende retornar ao convívio social saudável. O objetivo é fomentar alternativas de redes sociais que podem contribuir para a permanência do indivíduo em sobriedade na pós-internação. Esse potencial pode e deve ser organizado para melhor auxiliar os egressos das instituições de internação. Assim, as redes sociais desempenharão melhor o seu papel, auxiliando na manutenção e na continuidade do tratamento.

E, finalmente, na conclusão, pretende-se ‘amarrar’ os três momentos e contribuir para uma visão mais integral de todo o processo terapêutico.

1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1.1 Introdução

A droga tanto aumenta o prazer, quanto diminui a sensibilidade ao desprazer e oferece-se como um meio de atingir um alto grau de independência do mundo externo e da realidade, proporcionando um refúgio em um mundo próprio. Essa independência não se refere, no entanto, ao consumo da substância, cujo uso sistemático se converte em dependência, tornando a pessoa sujeitada, subordinada e alienada à substância e ao mundo.

O uso de substâncias psicoativas carrega um potencial para o dano a curto e a longo prazos, seja por uma quantidade de SPAs¹ acumulada ao longo do tempo acarretando problemas de saúde, sociais, emocionais, legais e econômicos, e a sensações relacionadas ao uso ou ainda pelo excesso de uso, como no caso da overdose, que pode causar a morte.

Muitas vezes digo aos pacientes alcoolistas que a sua doença não depende da existência do álcool nem do seu uso - não está relacionada a como se sentem quando estão bebendo, mas como se sentem quando não estão bebendo. Para eles, a bebida os ajuda a sentirem subjetivamente “melhor”. Leva embora o seu sofrimento. Faz com que se sintam bem. Suponho que por isso se sentem desconfortáveis quando não estão bebendo. Do contrário, por que eles beberiam de uma maneira que objetivamente lhes causa tantos problemas a longo prazo?²

Poder-se-ia se dizer que isso não acontece só com o álcool, mas com as outras drogas também, inclusive com a medicação. Quando se faz a retirada da SPA, a pessoa sente o mal-estar imenso proporcionado pela abstinência da mesma, sendo que muitos não suportam essa condição e retornam ao uso. Além disso, existe a “fissura”, que, quando alimentada, pode se transformar em uso. A busca pelo prazer que a droga proporciona, bem como a busca para preencher o vazio deixado pela retirada da mesma fazem com que o tratamento se torne tão difícil e complexo. Mota faz a seguinte reflexão:

¹ SPAs. Substâncias Psicoativas.

² GITLOW, Stuart. **Transtornos relacionados ao uso de substâncias**. Tradução Magda França Lopes. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 25.

[...] Alguns dependentes químicos transparecem as “dores da abstinência” e o vazio de sentido em função da retirada da droga. Negar o prazer que tais substâncias propiciam é refutar seu próprio propósito, embora em casos de dependência crônica, este mesmo prazer seja substituído pela dor.³

O desconforto da sobriedade parece que é a principal causa da busca do efeito psicoativo da substância. A pessoa somente toma consciência de que se tornou um dependente quando tenta parar de fazer uso da substância e não consegue. A dependência é caracterizada pelo “agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua o uso da substância apesar de problemas significativos relacionados à substância”.⁴

Segundo a OMS⁵, na maioria dos casos, as pessoas usam substâncias psicoativas –SPAs porque esperam um benefício com a utilização, seja pela experiência de prazer, ou pelo alívio da dor. O benefício psicoativo pode não ser exatamente o objetivo final, mas o sentimento de inclusão e aceitação dentro de um determinado grupo. Entretanto, esse benefício psicoativo está periféricamente envolvido.

Existem critérios para definição de dependência no CID-10 que é a Classificação Internacional de Doenças - Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento, que inclui seis critérios. Da mesma forma o DSM- IV – Manual para Diagnóstico e Estatística coloca critérios similares aos do CID-10 e de outras pesquisas. No entanto, diante desses critérios a neurobiologia encontra dificuldades, por não serem critérios mensuráveis biologicamente que realmente determinam a dependência ou não de alguma substância.

1.2 Aspectos Atuais Sobre Dependência Química

1.2.1 Conceituação

Droga, na linguagem popular, define o que não é bom, sem qualidade. Já na linguagem médica, é sinônimo de medicamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu “droga” como “toda e qualquer substância que, introduzida num

³ MOTA, Leonardo. **Dependência Química e Representações Sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba: Juruá, 2009. p. 28.

⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Neurociência do uso e Dependência de Substâncias Psicoativas.** São Paulo: Roca, 2006. p. 10.

⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 46.

organismo vivo, seja capaz de modificar funções fisiológicas ou comportamentais”. (SPAs).

O termo mais usado atualmente para se designar as drogas é “substâncias psicoativas”, pois se entende que esse termo é mais abrangente e mais adequado, incluindo todas as drogas, sejam lícitas, ilícitas ou medicamentos. Quando se fala de substâncias psicoativas, refere-se a substâncias que alteram e agem sobre o funcionamento da mente.

1.2.2 Classificação das substâncias psicoativas⁶

1.2.2.1 Drogas estimulantes

São aquelas capazes de acelerar a atividade cerebral, ou seja, fazem com que o SNC⁷ funcione mais intensa e velozmente. Dessa forma, o estado de vigília, de alerta aumenta. Provocam agitação, excitação, insônia e outros efeitos similares. Também facilitam as atividades que exigem mais energia, diminuindo a fadiga e dando a impressão de que as pessoas que as utilizam ficam “ligadas” ou “energizadas”. Existem muitos estimulantes lícitos como: cafeína, xantinas, nicotina, anfetaminas entre outros e alguns estimulantes ilícitos: cocaína, crack, etc.

1.2.2.2 Drogas depressoras

São aquelas que diminuem a atividade do SNC, ou seja, deprimem o funcionamento cerebral. A sensação resultante é a letargia, a demora nas respostas, como se a pessoa funcionasse em uma velocidade menor ou em câmera lenta. A impressão resultante é o desligamento, isto é, como se ela ficasse “desenergizada”, ou seja, “desligada da realidade”. Podem causar desde sonolência até inconsciência. Existem depressores lícitos como o álcool, os soníferos ou hipnóticos (drogas indutoras do sono como os barbitúricos e alguns benzodiazepínicos) e os ansiolíticos (drogas que

⁶ Texto baseado em: SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN/SC POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS – Manual de Orientações – 2007. p. 14-17.

⁷ Sistema Nervoso Central.

inibem a ansiedade, entre eles, alguns medicamentos). Ainda nesse grupo estão os opiáceos ou narcóticos (drogas que aliviam a dor e dão sonolência, como a morfina, heroína, codeína, meperidina e outros) e os inalantes ou solventes como as colas, tintas, removedores, tinner dentre outras.

1.2.2.3 Drogas perturbadoras

São aquelas que promovem alterações significativas no SNC quase sempre conduzindo a alucinações e delírios. Dentre as mais conhecidas de origem vegetal estão a mescalina (cacto mexicano); o tetrahydrocannabinol (THC) da maconha e do haxixe; a psilocibina de alguns cogumelos; o lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca); e a 5Hidroxi – Triptamina, presentes no chacrona e na yuoasca utilizadas em beberagem nos ritos do Santo Daime e da União Vegetal. As de origem sintética são o LSD 25, o êxtase e os anticolinérgicos, como o artane e o bentyl (medicamentos registrados). Estas drogas também são chamadas de alucinógenas ou psicodélicas.

1.2.3 Outros Termos Importantes⁸

1.2.3.1 Tolerância

Com o uso repetitivo de uma droga, o corpo se adapta e o usuário necessita de doses cada vez maiores para produzir os efeitos experimentados anteriormente. Quando a droga produz tolerância, a pessoa que a usa vai aumentando cada vez mais a quantidade da mesma tornando-se dependente.

1.2.3.2 Síndrome de Abstinência

É um conjunto de sinais e de sintomas que, dependendo da substância utilizada, podem ser traduzidos por: tremores, perturbações auditivas e visuais, náuseas, vômitos, diarreia, confusão mental, delírios, convulsões, suores frios, mal-estar geral, dores generalizadas, arritmias cardíacas e palpitações, entre outros, causados por interrupção

⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 45-48.

parcial ou total do uso da droga, ou quando as doses não são suficientes para manter a fase de compensação orgânica. A síndrome de abstinência não tem limitação de tempo podendo ocorrer vários meses após ter cessado o uso da substância.

1.2.3.3 Escalada

Pode ser entendida como a passagem do consumo esporádico para consumo intensivo (escalada quantitativa), ou como a passagem do consumo de drogas “mais leves” para drogas ditas “mais pesadas” (escalada qualitativa).

1.2.3.4 Fissura

É o desejo pelos efeitos previamente experimentados de uma substância psicoativa. O desejo pode se tornar tão intenso, que compele o uso. A fissura pode aumentar diante de sinais, tanto internos como externos, e particularmente com a percepção da disponibilidade da substância. É caracterizada pelo aumento do comportamento em busca da droga e por pensamentos relacionados à droga.

1.2.4 Critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Dependência de Drogas⁹

Considera-se que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e da frequência do uso. Assim, uma pessoa só pode ser considerada como dependente se o seu padrão de consumo apresentar, ao longo dos últimos doze meses, pelo menos três dos seguintes indicativos:

- Forte desejo ou compulsão de consumir drogas.
- Incapacidade de controlar o uso.
- Uso consciente de outras substâncias psicoativas para aliviar os sintomas de abstinência.
- Estado fisiológico de abstinência.

⁹ SANTOS, Rosa Maria Silvestre. **Prevenção de Drogas na Escola. Uma abordagem psicodramática.** 4 ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997. p. 18-19.

- Tolerância, isto é, necessidade de doses maiores para alcançar efeitos anteriormente produzidos.
- Diminuição da autocrítica em relação ao ambiente, hora ou motivos para o consumo de drogas, isto é, passa a consumir em ambientes inadequados, a qualquer hora e sem motivo especial.
- Consciência de que a droga está lhe fazendo mal, porém não tem “força” para deixar de usar.
- Negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor do uso de drogas.
- Persistência no uso de drogas, apesar de esforços mal-sucedidos em abandoná-la.
- Retorno ao uso de drogas após períodos de abstinência.

Para Gitlow¹⁰, podem-se identificar várias características quando se vê os pacientes e essas têm pouca ou nenhuma relação com quantidade e o tempo de uso.

- História familiar de dificuldades relacionadas ao uso de substâncias.
- Fatores ambientais com probabilidade de conduzir a dificuldade relacionada ao uso de substâncias.
- Dificuldades progressivas relacionadas ao uso de substâncias.
- Observação se há distorções do pensamento.

É possível identificar um dependente químico de várias formas, seja pelos critérios da OMS, ou seja, pelas características apresentadas por Gitlow. O uso de SPAs traz consigo diversas dificuldades de relacionamento familiar, social e até mesmo físicas, psicológicas e mentais. Existem classificados no CID 10 e no DSM IV inúmeros transtornos relacionados ao uso de substâncias. Além disso, existe o que se chama em dependência química de comorbidade, que são nada mais do que transtornos desenvolvidos pelo uso de substâncias ou anteriores ao uso de substâncias e que são difíceis de serem identificados em função dos sintomas e consequências do uso que muitas vezes são semelhantes a outros transtornos de ordem psiquiátrica e psicológica.

¹⁰ GITLOW, Stuart. **Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias**. Tradução Magda França Lopes. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 58, 59.

1.3 Modelos de Tratamento¹¹

Existem muitos tratamentos diferentes para a dependência química, não se chegando à conclusão de qual seja o melhor. A eficácia de um tratamento, em sua maioria, inclui o perfil psicológico do dependente, o tipo de droga usado, o grau de dependência, doenças associadas, estrutura familiar, vontade de parar de usar entre outros.

A síndrome de Dependência não pode ser avaliada como categoria fora do seu contexto social, e isso se aplica tanto ao processo da “doença” quanto às formas de tratamento recebida pelo paciente. O universo simbólico dos grupos de ajuda mútua é notadamente diverso do das comunidades terapêuticas, que por sua vez é diverso dos hospitais psiquiátricos, o mesmo ocorre com instituições religiosas ou delegacias de polícia. Mas mesmo considerando as diferenças inerentes a essas instâncias de normatização o “cliente” será sempre o mesmo: o dependente químico. De acordo com a história de vida os recursos disponíveis para lidar com o uso problemático de drogas, este sujeito tende a gravitar entre algumas dessas instituições em algum período da sua vida...¹²

Dentro dessas abordagens existem tratamentos formais e informais. Os formais quase sempre são estruturados em pesquisas científicas que se utilizam de métodos de avaliação por resultados, neste caso hospitais, clínicas, ao passo que os informais utilizam-se de métodos que não foram testados cientificamente, o que não significa necessariamente que sejam ineficazes. Aqui se incluem grupos de ajuda mútua, fazendas terapêuticas baseadas em princípios religiosos e outros.

1.3.1 Proposta de Farmacoterapêutica

São propostas de controle e acompanhamento farmacológico (uso de medicamentos) desenvolvidas comumente em hospitais gerais ou institutos psiquiátricos, clínicas, centro de apoio psicossocial-CAPS, núcleo de apoio psicossocial-NAPS e consultórios médicos.

¹¹ Texto baseado em: SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão Conselho Estadual de Entorpecentes, 2007. p. 14-17 e em experiência pessoal de trabalho com dependentes químicos em âmbito hospitalar e de comunidade terapêutica e pós-graduação em Dependência Química e Comunidade Terapêutica.

¹² MOTA, 2009, p. 113.

Os medicamentos geralmente utilizados neste tipo de abordagem são os que tratam da síndrome de abstinência, os oferecidos em tratamentos aversivos e aqueles que tratam da compulsão.

A necessidade de um tratamento psiquiátrico deve ser avaliada na primeira consulta do paciente. Existe muito preconceito em relação ao tratamento psiquiátrico que é, muitas vezes, associado ao tratamento de doentes mentais. A família deveria ser orientada sobre a necessidade de consultar um especialista em dependência química, salientando os aspectos químicos e físicos envolvidos no problema. O psiquiatra deve ser vista, portanto, como especialista na avaliação de um plano de atendimento no caso da dependência química.

1.3.2 Tratamento Ambulatorial

Geralmente restrito a consultas e acompanhamento médico periódico. A dependência química é considerada como doença pela OMS e como qualquer outra doença, as internações devem acontecer para os casos mais graves. Pelo senso comum estabeleceu-se uma cultura de que tratamento de dependência química é sinônimo de internação. Tal atitude deixa muitas pessoas com medo de ir ao médico ou psicólogo, porque acham que serão internados.

O tratamento ambulatorial é o tipo mais acessível de tratamento, não só pelo seu menor custo, mas também por apresentar algumas "vantagens" em relação a outros tipos de tratamento. Ele pode ser mais efetivo do que a internação, pois procura tratar a pessoa sem tirá-la do ambiente no qual ela vive e nem afastá-la das tarefas do dia-a-dia. Também é possível desenvolver com o paciente um tipo de atendimento mais longo, que inclua reinserção social, prevenção de recaída, etc. Quando o paciente é encaminhado para um serviço ambulatorial, a família deve estar envolvida no tratamento, sendo que o paciente deve ter consciência da sua responsabilidade no processo. O médico deve, neste momento, orientar a família com relação à importância do problema e funcionar como retaguarda do paciente, acolhendo-o sempre que necessário. Embora o tratamento ambulatorial seja preferível a intervenções mais radicais, é preciso que se leve em consideração algumas limitações que ele impõe, sobretudo a impossibilidade de se afastar o paciente de ambientes e locais de

convivência que induzam ao consumo de drogas, e somente a correta avaliação do caso pode dar os subsídios necessários para tomar-se a decisão correta sobre qual abordagem é mais apropriada para cada pessoa.

1.3.3 Hospitalização¹³

São programas mais completos que os ambulatoriais e mais estruturados. Geralmente hospitais com estrutura para acolher dependentes químicos têm tratamentos mais completos, que consistem em aconselhamento, educação em relação à doença e às suas sequelas sociais. Com frequência o programa pode ser reduzido, quando o paciente tem uma família solidária e um ambiente doméstico isento de drogas. Existem acompanhamentos diários e checagem de medicação com programa de desintoxicação, onde os sintomas de abstinência são mínimos. A hospitalização oferece acesso a vários tipos de programação. Em algumas instituições são oferecidos programas diurnos e noturnos.

A internação é feita quando o profissional, que orienta o atendimento, percebe que a pessoa corre risco de vida ou está colocando em risco a vida de terceiros; quando a própria pessoa prefere ser internada para se submeter ao tratamento; quando as tentativas ambulatoriais falharam; quando não há uma rede de apoio familiar e social que o ajudará a ficar sem droga.

A internação pode variar de alguns dias, até seis meses, dependendo da necessidade do paciente. Internações acima de seis meses não são mais eficazes que as internações mais curtas, assim como o uso de SPAs tem significado diferente para cada usuário. As características individuais, como a personalidade e o histórico de vida, devem ser levadas em consideração também para o tempo de internamento. Não é o tempo de internamento que irá determinar a eficácia do mesmo e sim a decisão do dependente de não usar mais a SPA e os fatores de risco e proteção aos quais está exposto. Preferencialmente a internação deve se restringir ao período de crise e ser o mais breve possível. Nem todos os dependentes necessitam de internação em tempo integral e por isso há os recursos das semi-internações, que são o Hospital Dia e o Hospital Noite.

¹³ Texto baseado em experiência prática adquirida durante o trabalho realizado em clínica psiquiátrica em hospital geral durante 2 anos.

1.3.4 Proposta de Clínicas e Comunidades Terapêuticas ou Programas Residenciais¹⁴

São serviços de atenção a pessoas com transtornos de comportamento decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. São unidades que devem oferecer um ambiente terapêutico protegido, orientado de forma técnica, possibilitando a promoção da abstinência, da recuperação e da reinserção social dos usuários desses serviços. São programas onde os internos/residentes/pacientes permanecem na instituição. Alguns programas utilizam terapia medicamentosa. Geralmente as pessoas são admitidas neste tipo de programa após passar por uma desintoxicação hospitalar prévia.

Indivíduos dependentes de cocaína, álcool, opióides ou múltiplas substâncias, podem obter benefícios com o tratamento de longa permanência nas comunidades terapêuticas. Esses estabelecimentos são, geralmente, reservados para indivíduos com baixa probabilidade de beneficiar-se do tratamento ambulatorial. Isso se deve a múltiplas falhas no tratamento ambulatorial ou internações curtas; grande prejuízo na capacidade de ressocialização e na habilidade para obter e manter atividade laboral; necessidade de ambiente altamente estruturado para a modificação do estilo de vida.

Trata-se de uma das várias formas de abordagem para pacientes dependentes de substâncias, cuja indicação/recomendação deve ser avaliada, já que nem todos os dependentes adaptam-se a esse tipo de tratamento.

Algumas comunidades terapêuticas, onde se incluem algumas de cunho religioso, ao invés de ver o uso inadequado de substâncias psicoativas como uma doença (relativo ao modelo médico de doença), costuma considerar o consumo de substâncias como um comportamento desviado, ou seja, um sintoma do desenvolvimento inadequado da personalidade, relacionamentos sociais, habilidades sociais e econômicas.

As comunidades terapêuticas têm como objetivo propor a reabilitação individual, social, e vocacional através de programas altamente estruturados, contando com profissionais capacitados e treinados em intervenções comportamentais relacionadas às dependências químicas. Entretanto, nem sempre é possível encontrar

¹⁴ Texto baseado em experiência prática adquirida como diretora executiva e coordenadora de Comunidade Terapêutica e curso de pós-graduação em Dependência Química e Comunidade Terapêutica.

profissionais treinados e capacitados para a execução dos programas; portanto, em algumas comunidades terapêuticas o tratamento acaba não sendo tão eficiente quanto deveria ou poderia pela falta de profissionais.

Alguns dos elementos teóricos centrais das comunidades terapêuticas são: usar métodos adequados para proporcionar a modificação comportamental; desenvolver atividades que favoreçam o desenvolvimento da autoestima e confiança dos seus membros; proporcionar uma estrutura de membros com papéis adequadamente definidos; apresentar um sistema que proporcione limites e recompensas, sempre adequadas; utilizar a comunidade como um meio de aprendizagem social; oferecer regras, normas e um sistema de valores adequados para a modificação do estilo de vida; um processo de tratamento voltado para a reinserção social; apresentar um treinamento de habilidades que ensine aos membros da comunidade os elementos, processos e métodos para a manutenção da sobriedade, saúde e estilo de vida seguro.

As comunidades terapêuticas são unidades que ofertam um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, além de fornecer suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido, de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. São lugares cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares e que oferecem uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Algumas comunidades terapêuticas mantêm uma política de “portas abertas” em relação à admissão no tratamento residencial. Isso, geralmente, gera um grande número de “candidatos” para o tratamento, embora as motivações sejam bastante variadas. Outras comunidades terapêuticas têm valores mensais que precisam ser pagos, o que, na maioria das vezes, inviabiliza o tratamento de pessoas menos favorecidas. Muitas vezes até existe disposição tanto do dependente e da família, quanto das comunidades terapêuticas para realizar o tratamento, mas ele torna-se financeiramente inviável, pois, não raro, as despesas com a compra de drogas e os prejuízos decorrentes de seu consumo já esgotaram completamente os recursos financeiros do usuário, que seguidamente não pode contar com o apoio da família, já que esta nem sempre tem condições ou disposição para ajudar.

Alguns dos critérios para exclusão dos pacientes em algumas das comunidades são: tentativas de suicídio, transtornos psiquiátricos graves (psicoses), condutas antissociais permanentes e não cumprimento das normas internas.

As comunidades terapêuticas têm a sua regulamentação técnica estabelecida pela ANVISA – Resolução – RDC nº 101 de 30/05/2001. Elas são definidas como “serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo o modelo psicossocial”.

Como qualquer estabelecimento de saúde, as comunidades terapêuticas devem estar devidamente licenciadas pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município em que estão instaladas.

1.3.5 Proposta de Psicoterapia Individual

Normalmente desenvolvidos por psicólogos ou psicoterapeutas, caracteriza-se pelo atendimento individualizado. O tratamento psicológico pode complementar o tratamento psiquiátrico/medicamentoso e funcionar como suporte motivacional e auxiliar na manutenção da abstinência. O psicólogo pode adotar diferentes abordagens, mas, independentemente da linha que siga, seu trabalho sempre se concentrará nos aspectos emocionais ligados ao problema.

Muitas linhas psicológicas consideram a família do paciente um componente importante do tratamento e por isso o seu envolvimento é bastante frequente. Existem diversos tipos de tratamentos psicológicos, em grupo ou individuais, que atendem às diferentes necessidades das pessoas. A linha mais utilizada atualmente é a chamada cognitiva. Pode-se usar também a linha comportamental, com ênfase no treinamento de habilidades, entre outras.

1.3.6 Redução de Danos

A redução de danos é uma proposta que talvez não possa ser caracterizada como tratamento, apesar de todos os tratamentos terem como meta a redução de danos. O programa de redução de danos limita-se a diminuição do uso de SPAs, sem que, no

entanto, seja necessária sua completa abstinência. Ela tem também a proposta da diminuição dos problemas de saúde ligados ao uso de drogas, como HIV, hepatites e outras. Além de reduzir danos é a proposta que poderá atrair o usuário dependente para um projeto de tratamento ou uma proposta de psicoterapia de grupo ou individual e um possível acompanhamento por outros programas como CAPS ou internamento hospitalar para posteriormente conseguirem a abstinência total. Os pacientes que usufruem do programa de redução de danos geralmente são incluídos em programas de sessões grupais coordenados por terapeuta.

1.3.7 Psicoterapia Familiar

O foco de atenção é o dependente nas relações com sua família. Nesta proposta, a família aprende as interações entre os seus próprios mecanismos de defesa e os do dependente; a lidar com os estigmas, com os mal-entendidos nas relações e papéis. Recebe informações em relação às diversas dimensões do problema de dependência de drogas. A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizado, dentre as várias propostas. A literatura tem concluído que a terapia familiar e de casal produzem melhor desfecho quando comparadas com terapias em que as famílias não são incluídas no tratamento.

O modelo sistêmico considera a família como um sistema, em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Em meados da década de 1970, esse modelo passou a exercer grande influência entre profissionais de saúde no tratamento da dependência química.

Na perspectiva sistêmica, um dependente químico exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso a dependência química faça parte do seu funcionamento e, muitas vezes, a sobriedade pode afetar tal homeostase. O terapeuta utiliza várias técnicas para clarificar o funcionamento familiar e promover mudanças de padrões e interações familiares.

Uma dessas técnicas é o modelo comportamental, que se baseia na teoria da aprendizagem e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento

de consumo de álcool e drogas. O princípio é que os comportamentos são apreendidos e mantidos dentro de um esquema de reforço positivo e negativo nas interações familiares. Inclui a teoria da aprendizagem social, modelo do comportamento operante e condicionamento clássico, incluindo os processos cognitivos. Esse modelo tem propiciado a observação de alguns padrões típicos observados nas famílias, tais como: reforço do comportamento de beber como uma maneira de obter atenção e cuidados; amparo e proteção do dependente de álcool quando relata consequências e experiências negativas decorrentes do hábito de beber; punição do comportamento de beber. O tratamento tem como objetivo a modificação do comportamento do familiar ou das interações familiares que podem servir como um estímulo para o consumo nocivo de SPAs ou desencadeadores de recaídas, melhorando a comunicação familiar, a habilidade de resolver problemas e fortalecendo estratégias de enfrentamento que estimulam a sobriedade.

1.3.8 Terapias Cognitivo-Comportamentais

O foco é trabalhar intervenções em grupo que permitam verificar se os pacientes são capazes de transformar as informações cognitivamente aprendidas em comportamento operante. Esse processo privilegia a interdependência entre os integrantes, tendo como meta o estabelecimento de relações sociais saudáveis, voltadas para a abstinência e a reabilitação.

A terapia cognitivo-comportamental concentra-se em alterar os processos cognitivos, intervir em eventos comportamentais que resultam no uso de substâncias, ajudar a lidar com a “fissura” crônica pela droga e promover e reforçar o desenvolvimento de habilidades sociais.

A abordagem cognitivo-comportamental mescla técnicas da escola comportamental e da linha cognitiva. Essa abordagem entende que o afeto e o comportamento são determinados pela cognição que a família tem acerca da dependência química, sendo essa cognição disfuncional ou não. O foco é reestruturar as cognições disfuncionais através da resolução de problemas, objetivando dotar a família de estratégias para perceber e responder as situações de forma funcional.

1.3.9 Grupos Comunitários de Ajuda Mútua

Os grupos de ajuda mútua são grupos organizados, na maioria das vezes, por dependentes em recuperação e têm como base a troca de experiências, o aconselhamento e a religião. A maioria deles não segue nenhuma teoria específica, mas são extremamente eficientes, pois lidam com relatos de experiências vividas por outros dependentes que, dessa forma, percebem o seu problema de outra maneira.

Existem diferentes tipos de grupos, de acordo com a dependência. Os A.A. (Alcoólicos Anônimos) destinam-se a alcoólicos, os N.A. (Narcóticos Anônimos) são para dependentes químicos, o Amor exigente e AL-ANON (Grupo de Familiares dos Alcoólicos Anônimos) são para familiares de dependentes. Para os adolescentes existe o ALATEEN (Grupo de Familiares Adolescentes dos Alcoólicos Anônimos).

Os grupos de ajuda mútua como os Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE), e todos os outros são associações de pessoas que, por terem problemas em comum, buscam, através de normas internas e passos norteadores, a sobriedade.

Além desses grupos já citados, existem outros, principalmente no âmbito das igrejas, como, por exemplo, os conhecidos grupos da Pastoral da Sobriedade da Igreja Católica e IECLB e os grupos de apoio da Cruz Azul, ligados à Missão Evangélica União Cristã, que tem atuação no sul do Brasil. Algumas comunidades terapêuticas também têm grupos para familiares de seus internos e para ex-internos, e, na maioria das vezes, não restringem seu atendimento a estes.

Por serem grupos autônomos e independentes, não há dados exatos sobre o número de grupos existentes e não é possível quantificar a sua atuação e índices de recuperação.

1.3.10 Grupos Familiares e Outros Grupos de Apoio¹⁵

O modelo de doença familiar considera o alcoolismo ou o uso nocivo de drogas como uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família. Mais

¹⁵Texto baseado em experiência prática adquirida como diretora executiva e coordenadora de Comunidade Terapêutica onde havia grupo para familiares e dependentes e curso de pós-graduação em Dependência Química e Comunidade Terapêutica.

recentemente, estudos têm considerado que o alcoolismo e a dependência química manifestam sintomas específicos nas esposas/os e companheiros/as, dando origem ao conceito de co-dependência. Esse modelo, que envolve o tratamento dos familiares, ocorre geralmente sem a presença do dependente. Esse é o caso dos grupos de Al-Anon, que consistem em grupos de ajuda mútua, com o objetivo de entender os efeitos, nos familiares, do consumo de álcool e drogas por parte dos dependentes, assim como reparar, na família, os danos da convivência com um adicto.

Co-dependência é um termo que se desenvolveu quando o modelo de doença do alcoolismo se afirmou na década de 1960. Foi descoberto, em centros de tratamento de adição, que não só o indivíduo que sofre de adição necessita de tratamento, mas também seus familiares. A co-dependência tem sido definida como uma doença progressiva, crônica e potencialmente fatal, que envolve a renúncia das necessidades e carências do *self* para responder as demandas externas. Burney descreve a co-dependência como um relacionamento consigo mesmo.¹⁶

Em termos de modalidades, uma é a de grupos de pares. Nesse sistema, os diferentes membros da família são distribuídos em grupos formados apenas por seus pares, ou seja, os dependentes químicos ficam num grupo; os pais, noutro; os cônjuges, noutro; etc. A interação entre pares é facilitadora de mudanças, uma vez que escutar de um par não é o mesmo que escutar de um profissional, porque o par passa por situação semelhante e não gera fantasias e idealizações como o terapeuta.

Existem ainda grupos multifamiliares, que, através de um encontro de famílias, compartilham da mesma problemática, onde se cria um novo espaço terapêutico, que permite um rico intercâmbio a partir da solidariedade e ajuda mútua. Nesse sistema, as famílias convocam-se para ajudar a solucionar o problema de uma e de todas, gerando um efeito em rede, na qual todas as famílias são participantes e destinatárias de ajuda.

Já na psicoterapia de casal, o casal pode ser atendido individualmente ou também em grupos de casais, uma vez que o profissional tenha habilidades para conduzir as sessões sem expor particularidades que não sejam adequadas ao tema focado.

A psicoterapia familiar se caracteriza como abordagem mais especializada segundo um referencial teórico de escolha do profissional para a compreensão do padrão familiar e intervenção. Nessa modalidade reúnem-se a família e o dependente químico.

¹⁶ GITLOW, 2008, p. 267.

Vale ressaltar que a diversidade do atendimento familiar também se refere ao processo, havendo diferenças entre as famílias que recebem psicoterapia familiar, daquelas que esporadicamente são atendidas dentro do tratamento do dependente químico. Conforme a modalidade adotada, é possível conciliar sessões abertas com sessões dirigidas, tanto em grupo quanto individualmente, com ou sem a presença do dependente, desde que acordado previamente entre as partes.

Dentro da experiência de grupos, existem ainda os grupos religiosos, sendo a crença religiosa muito importante no tratamento de dependências. Ela deve ser respeitada e valorizada pelos profissionais e familiares, mesmo que esteja em desacordo com as suas próprias crenças, pois funciona como base de orientação para a abstinência e para o tratamento. Muitas vezes, os dependentes não fazem nenhum tipo específico de tratamento e apenas a religião ou a fé nalguma crença, associadas à sua participação nalgum grupo dentro do seu espaço religioso, garantem a sua abstinência.

1.4 Sociologia e Antropologia da Dependência e do Uso de Substâncias Psicoativas

Para Erikson, citado por DIAS¹⁷, o ambiente social é fator determinante na construção e na preservação da unidade e da personalidade do sujeito. Ele refere que o indivíduo que se relaciona ativamente com o meio social revela unidade na personalidade e consegue perceber o que se passa consigo próprio como com o que o rodeia, de forma equilibrada. Isso pressupõe que o sujeito tenha tido a possibilidade de conjugar, de forma adequada, os sistemas biológico, pessoal e social. Erikson defende que um indivíduo é considerado psicologicamente *sã*o quando desenvolveu um firme sentido de identidade.

O dependente químico é um sujeito que não conseguiu se desenvolver de forma satisfatória, e acabou por desenvolver dependência. Nesse contexto, também é visto como uma pessoa que não consegue se relacionar adequadamente com o meio em que vive.

¹⁷ DIAS, Fernando Nogueira. **Sociologia da Toxicodependência**. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. p. 15s.

Esse problema não inicia apenas na adolescência ou juventude, como mostra Gitlow que cita uma pesquisa de Block e Shedler (1990)¹⁸ realizada no campo das doenças aditivas. Crianças foram acompanhadas dos 5 aos 18 anos, sendo aplicados testes de personalidade aos 7, 11 e 18 anos. No final do estudo, a maior parte dos participantes havia usado substâncias. Os participantes foram então divididos em três grupos: abstêmios, experimentadores e usuários frequentes. Havia diferenças de personalidade notáveis entre os três grupos antes do uso de qualquer substância.

Ele ressalta que o achado mais importante foi de que havia diferenças importantes no comportamento dos pais entre os três grupos. Ele sugere que a pesquisa seja lida integralmente e que ela sugere que:

- O comportamento dos pais pode ser fundamental para o desenvolvimento da doença aditiva.
- A doença aditiva pode estar presente, sem o uso de substâncias, desde muito cedo na vida.
- Os preditores de doença aditiva podem não apenas estar presentes, mas também serem fáceis de avaliar.
- Os experimentadores, o grupo com maior probabilidade de finalmente beber álcool com moderação, também podem ser mais equilibrados psicologicamente. Isso conduz a explicações mais prováveis para algumas correlações entre álcool e morbidade encontradas na pesquisa recente.
- É extremamente improvável que apenas a medicação resolva uma doença que tem uma forte base nas características da personalidade e em outras características psicológicas.¹⁹

Pela experiência pessoal de trabalho em comunidade terapêutica feminina e masculina, constata-se de que a maioria dos dependentes em tratamento nestas instituições tem algum tipo de problema familiar, que vai desde o problema de comunicação adequada até a falta de autoestima, baixa tolerância a frustrações e dificuldade de lidar com as mesmas, ou, por outro lado, a superproteção. Esses problemas podem ter surgido em decorrência do uso de drogas ou já estavam presentes na família desde antes do início do uso.

O problema das drogas causa impactos, na maioria das vezes, quase irreversíveis na estrutura familiar e em seus membros. Conforme Dias²⁰ “os comportamentos

¹⁸ GITLOW, 2008, p. 30.

¹⁹ GITLOW, 2008, p. 30.

²⁰ DIAS, Fernando Nogueira. **Padrões de Comunicação na Família do Toxicodependente: uma Análise Sociológica**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. p. 12.

desviantes poderiam estar de fato relacionados com os padrões de comunicação patológica nas famílias dos toxicodependentes”.

Ninguém inicia o uso de drogas sendo dependente. Mas, isso se dá de forma progressiva e, muitas vezes, fatal. Inicia-se o uso de SPAs por curiosidade, por revolta, buscar algum tipo de alívio, seja para preocupações, problemas ou por dificuldade de enfrentar as adversidades com as quais precisa lidar.

Segundo o relato de uma dependente química de crack,²¹ ela não suportava quando seus pais começavam a brigar, fosse entre si ou com ela e, portanto, cada vez que isso acontecia, ela saía de casa para usar drogas e, quando retornava, nada do que seus pais lhe falassem importava.

...“As diferenças psicológicas entre os usuários frequentes de drogas, os experimentadores e os abstêmios poderiam remontar aos primeiros anos da infância e estar relacionada a qualidade dos pais que tiveram. Os achados indicam que (a) o uso problemático é um sintoma, não uma causa, de desajuste pessoal e social, e (b) o significado de seu consumo só pode ser entendido no contexto da estrutura da personalidade e da história desenvolvimental do indivíduo. Sugere-se que os esforços atuais para a prevenção do uso de drogas são mal-orientados, na medida em que concentram no sintoma, em vez de na síndrome psicológica subjacente ao uso de substâncias.”²²

Gitlow²³ cita Bock, que declara em um artigo, que os preditores do uso de substâncias já estão presentes aos 3 ou 4 anos de idade e que esses antecedentes muito precoces têm grande importância para as visões contemporâneas com relação ao seu uso na adolescência e conseqüentemente para a política social.

Crianças e adolescentes estão mais expostos ao uso de SPAs, apesar de que ninguém está livre de se tornar dependente. A prevenção do uso de SPAs está em educar as crianças e adolescentes de forma que saibam lidar com dificuldades, derrotas, alegrias e vitórias. É conseguir fazer com que entendam que existe problemas, que não é preciso ser forte sempre, que, apesar do imediatismo que a modernidade incita, é preciso e possível ter perspectivas e projeto de vida. A ideia errônea que se tem é que um bem-estar permanente é um pré-requisito indispensável para se manter relações sociais sadias.

²¹ Relato verbal de uma dependente durante seu 8º internamento em Comunidade Terapêutica. 2010.

²² GITLOW, 2008, p. 30s.

²³ GITLOW, 2008, p. 31.

Quando se fala do uso de SPAs devemos levar em consideração que cada substância psicoativa possui propriedades farmacológicas e circunstâncias sociais próprias, e essas particularidades é que vão definir o perfil do dependente químico. Cada usuário irá se identificar com um tipo de droga e seus efeitos, e até mesmo com locais e grupos de uso.

Geralmente pessoas muito tímidas irão usar álcool porque lhes proporciona o efeito desejado e faz com que tenham mais coragem. O álcool também aparece, principalmente na mídia, como a solução para muitas dificuldades e resolução de problemas. Ele está intimamente ligado à ideia de relaxar, após um dia cansativo de trabalho. E isso não apenas aparece na mídia, mas é fato em muitas famílias. “Em muitas famílias, o álcool é utilizado como principal recurso na mediação de conflitos ou interação social.”²⁴

Wright Mills (1975) já advertia da improbabilidade da maioria dos indivíduos de compreenderem sua existência como parte do processo histórico no qual estão inseridos. Como resultado, em sua experiência cotidiana, as pessoas adquirem uma falsa consciência de suas posições sociais. Segundo ele, não é apenas informação que lhes falta, mas uma qualidade do espírito especial, a *imaginação sociológica, que lhes permita ‘perceber, com lucidez o que está ocorrendo no mundo e o que pode estar acontecendo dentro deles mesmos’* (p.11). A questão sociológica por excelência não é investigar a fundo as causas clínicas individuais da dependência química, mas, sobretudo, compreender o ser humano dentro de um momento histórico específico, ressaltando que este homem sempre traz uma bagagem cultural que muitas vezes é imposta pela sociedade mesmo que ele não perceba claramente este mecanismo.²⁵

Numa sociedade regida pelos imperativos do consumo, o uso das drogas é considerado a maximização de oportunidades de obtenção de prazer e a evasão de sofrimentos para indivíduos que buscam soluções que são meras tentativas de fuga, apesar de tal atitude estar embutida pela faceta de contestação e ou transgressão ao atual sistema.

A compreensão do ser humano passa pela relação consigo próprio, pela relação com os outros e com o mundo. Isso acontece ao longo da vida e tem como objetivo facilitar a compreensão do mundo através das relações que ligam o ser humano ao meio ambiente, baseando-se na compreensão de si próprio e dos outros.

²⁴ MOTA, 2007, p. 63.

²⁵ MOTA, 2009, p. 36.

A educação possibilita um desenvolvimento harmonioso e contínuo dos seres humanos. A dificuldade em compreender a si mesmo, bem como o que nos rodeia remete à dificuldade do desenvolvimento dos 4 pilares da educação definidas pela ONU: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver com os outros; aprender a ser.

O que nos mostra a sociedade pós-moderna, e o que esta tem preconizado nos últimos tempos, é a maximização da vida, a exacerbação da sensualidade e a intensificação do prazer; e é nesse contexto que se enquadra o surgimento de drogas cada vez mais potentes e a complexidade do uso abusivo de substâncias psicoativas, que se dá pela busca de prazer cada vez mais intenso. O que vale é passar pela vida sem sentir sofrimento, sem sentir dor, sem se preocupar. Para tudo existe um *remédio*, uma receita de felicidade e de soluções mágicas.

Defino aqui um dependente químico por um critério sociológico, como um indivíduo que, em função de sua dependência de álcool e outras drogas causa uma série de problemas no âmbito de sua interação social. Quando Goffman (2003, p.112) qualifica um doente mental sob essa classificação, ele destaca que “a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera seu desenvolvimento”, apreciação plausível no caso da dependência química, principalmente considerando que o episódio de uma internação ou o ingresso em algum grupo de ajuda mútua possui o poder de alterar o destino social de um dependente químico, resultando na construção de uma nova identidade.²⁶

Guevara cita uma pesquisa²⁷ realizada com 20 internos de um centro de tratamento para dependentes, localizado na cidade de San José, na Costa Rica. Ele diz que a grande maioria se criou e desenvolveu no marco de famílias com características disfuncionais. E que essa característica continua sendo referida pelos participantes da pesquisa, quando perguntados sobre seu entorno familiar atual. Em meio a esse entorno, a dependência de droga atua como elemento de busca de equilíbrio (homeostase) do sistema familiar.

Segundo Guevara²⁸, uma alta porcentagem de pessoas diz que iniciou o consumo de substâncias por curiosidade. Outros, por aborrecimentos, depressão, medos, solidão, ansiedade e impulsividade. Segundo ele, os problemas com a família também exerceram um papel importante para o início do consumo de substâncias psicoativas. Nesse

²⁶ MOTA, 2009, p. 30.

²⁷ GUEVARA, 2008, p. 132-134.

²⁸ GUEVARA, 2008, p. 135.

sentido, a população total revela um déficit, desde cedo, de condutas afirmativas orientadas para a tomada de decisões saudáveis frente às problemáticas da vida, fator este que influencia muito para o desenvolvimento de dependências.

De facto, a droga afecta a vontade do indivíduo, uma vez que os efeitos de atenuação levam a que o sujeito deixe de se projectar no futuro, desinteressando-se por um projecto profissional. O indivíduo deixa de lutar por um ideal ou por um valor – tudo se centra no presente, cada vez mais imediato e restrito.²⁹

Diante dessas circunstâncias, podemos perceber que muitas pessoas desenvolverão algum tipo de dependência ao longo da vida. Falta a essas pessoas a resiliência necessária para enfrentar as adversidades do dia-a-dia. Quando as pessoas possuem resiliência, conseguem superar as adversidades e dificuldades e sair fortalecidas dessas situações. No entanto, o que se tem observado é que dependentes químicos são pouco resilientes e suas famílias igualmente.

A importância da família no desenvolvimento saudável de seus membros é uma questão fundamental. A família saudável não é isenta de problemas, mas tem potencial para encontrar alternativas na solução de conflitos, conseguindo reduzir os efeitos destrutivos e potencializar seus ganhos. Quando se fala em família no atual contexto precisa-se ter em mente outros tipos de “arranjo familiar”, que podem promover bem-estar entre seus membros, quando são capazes de proteger e se responsabilizar pelos que estão em estágio de crescimento e desenvolvimento.³⁰

A dependência química produz um grande sofrimento e desagregação familiar e é responsável por inúmeras separações conjugais, acidentes de trabalho e de trânsito, problemas de saúde física e emocional e abandono ou negligência de filhos, que vão parar em instituições, como abrigos. Portanto, a dependência química não pode deixar de ser vista como um grande problema de saúde pública e um grande problema social, em que as estratégias de enfrentamento não estão sendo eficientes.

Sobre a influência do meio familiar na etiologia da dependência química é importante lembrar que, sob um prisma sociológico, a família ultrapassa sua dimensão de célula individual, uma vez que representa o *locus* da socialização primária, pois é justamente neste espaço que o indivíduo formará seus primeiros referenciais da vida social. E, considerando que a

²⁹ DIAS, 2002, p. 49.

³⁰ GUTJAHR, Méris. **Prevenção do uso de Drogas com Crianças e Adolescentes**. Anais do Simpósio do Mestrado Profissional em Teologia. São Leopoldo: EST, v. 2, 2010. p. 420s.

criança geralmente não dispõe de recursos próprios para afastar-se de suas influências familiares, “o mundo interiorizado na socialização primária torna-se muito mais firmemente entrincheirado na consciência do que os mundos interiorizados nas sociedades secundárias”.³¹

Segundo a OMS há fatores de risco e proteção que interferem na etiologia da dependência química e são os seguintes:

Fatores de risco: disponibilidade de drogas, pobreza, mudanças sociais, cultura permissiva do círculo de amigos em relação ao uso de drogas, profissão, normas, problemas de ruptura familiar e dependência, fracos resultados escolares e atitudes culturais, ausência de políticas sobre álcool, tabaco e drogas.

Fatores de proteção: situação econômica estável, controle das situações, apoio social, integração social e acontecimentos positivos na vida, capacidade de resistência à pressão social e capacidade de resolução de dificuldades.

O desenvolvimento da dependência pode ser considerado como parte de um processo de aprendizagem, no sentido de que alterações duráveis resultam da interação de substâncias psicoativas com seu ambiente. Ou seja, a dependência é o resultado de uma interação complexa entre os efeitos fisiológicos das substâncias psicoativas no cérebro e o que o usuário interpreta daquela situação, relacionando-a ao ambiente e consolidando como aprendizado. Se uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoativo altamente satisfatório ou reforçador, mais provavelmente tal comportamento se repetirá (World Health Organization, 2004).³²

É cada vez mais comum e notável que os famosos *happy hour* servem muito mais como forma de aliviar o estresse proveniente do trabalho do que como uma oportunidade de encontrar os amigos propriamente e relaxar. Nesse contexto, o uso de substâncias psicoativas tende a crescer diante de crises, cansaço e estresse, servindo como forma de fuga dos problemas.

Para Durkheim citado por Mota³³ a sociedade não define inteiramente a vida mental do indivíduo, mas possui uma influência maior do que os aspectos psicológicos tomados isoladamente.

³¹ MOTA, 2007, p. 63.

³² ALIANE, Poliana Patrício; LOURENÇO, Lélío Moura; RONZANI, Telmo Mota. **Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool**. Psicol. estud. vol. 11, no. 1. Maringá, Jan./Abr. 2006.

³³ MOTA, 2007, p. 40.

O fenômeno do uso de substâncias psicoativas, que impulsiona um mercado de grande densidade e diversidade, requer uma apreciação multifatorial que não pode ser circunscrita aos efeitos bioquímicos. No meu entender, a dependência crônica de substâncias psicoativas produz sofrimento real e objetivo, mas as nuances simbólicas que determinam o modo como tais substâncias são acolhidas ou condenadas socialmente – bem como as distinções nem sempre claras entre uso, abuso e dependência – só podem ser compreendidas melhor ao considerarem-se as peculiaridades socioculturais de seus usuários.³⁴

A questão das drogas, por vezes, torna-se contraditória. Podemos dizer isso com relação às drogas lícitas e também às ilícitas. Se o sujeito se mantém abstinência por uma escolha própria, muitas vezes é taxado de “careta”. Mas quando uma pessoa se torna dependente é porque é “sem-vergonha”, “maconheiro”, “bêbado”, “drogado” e não sabe se controlar. É “legal” ficar “alegre”, mas, quando a pessoa começa a causar problemas e transtornos, é deixada de lado.

[...] as pessoas que buscam as substâncias geralmente o fazem com intenção de efetuar uma mudança subjetiva de determinado estado de humor mediante uma intervenção fisiológica. Em primeira instância, o uso de substâncias objetiva uma modificação bioquímica na composição cerebral do indivíduo com o objetivo de produzir uma alteração em sua percepção da realidade, ou seja, uma mudança sensorial subjetiva. A realidade “externa” parece imutável, mas o indivíduo sob o efeito de drogas é agora capaz de percebê-la de outra forma. O uso de drogas em primeira mão, será sempre uma experiência subjetiva, localizada no cérebro. Assim, não é por acaso que as ciências do singular, como a psiquiatria e psicologia, muitas vezes pretendem elaborar um discurso hegemônico sobre este fenômeno.³⁵

Marlatt e Donovan³⁶ ressaltam que a alta comorbidade no uso de substâncias e dos transtornos de humor remete ao fato de que a dependência de substâncias talvez seja uma forma de automedicação. Os indivíduos com transtornos afetivos graves podem estar utilizando as drogas adictivas como mecanismo de enfrentamento.

A sensação causada pela SPAs é subjetiva e individual, portanto, mesmo que a experiência seja grupal, o significado que a droga e seus efeitos têm, assim como as sensações que ela proporciona para cada um, são individuais.

No entanto, a prática do uso de substâncias ocorre em diferentes espaços de uma sociedade e não é raro que esta experiência ocorra em um contexto grupal. Alguém que experimente sensações proporcionadas pelas drogas

³⁴ MOTA, 2007, p. 55.

³⁵ MOTA, 2007, p. 62s.

³⁶ MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção de Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 28.

poderá também sentir um ímpeto de partilhar sua experiência com outrem. Portanto, a sociabilidade também é forte característica deste fenómeno, que inicia a partir de uma experiência bioquímica singular. E no momento que essas práticas se difundem para uma população maior, as instituições sociais ocupam-se em impor limites e sanções específicas para regular hábitos. Iniciando-se a partir de uma experiência bioquímica, o uso de drogas passa a ser um problema de Estado e, em um nível mais extenso, um assunto de âmbito internacional, como ocorre atualmente.³⁷

1.5 Neurociência da dependência e do uso de substâncias psicoativas

A relação entre a etiologia da dependência química e as ciências biológicas vem da ideia de que existe predisposição orgânica e hereditariedade para o uso e abuso de substâncias psicoativas. E que o organismo de pessoas dependentes químicas seria diferente de pessoas não usuárias de substâncias em virtude da própria constituição fisiológica.

No que tange ao abuso de drogas, as explicações sobre sua etiologia só podem ser averiguadas melhor a partir de uma compreensão conjunta que não se renda ao artifício das dicotomias [...] Por outro lado, nunca é demais recordar que, se a dependência é nomeada cada vez mais como *doença*, isso reflete também o prestígio de que o discurso médico desfruta na sociedade contemporânea, provocando uma visão cada vez mais medicalizada dos fenómenos sociais.³⁸

Rebuscando na história veremos que sempre a visão médica é levada em conta, quando se fala sobre qualquer aspecto. Isso também tem reflexo no tratamento de dependência química, afinal para alguns existe a crença de que só o médico os poderá ajudar. A disseminação da dependência química como doença vem também da visão de A.A., apesar de que, para eles, o controle da doença está nas mãos do próprio doente. De fato, a dependência química encontra dificuldade de reconhecimento como doença por parte do sistema de saúde e de receber tratamento adequado para tal.

Os grandes avanços das ciências permitem atualmente identificar mudanças significativas que ocorrem no cérebro do dependente químico.

[...] com os avanços recentes da neurociência, está claro que a dependência é um transtorno do cérebro como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica. Novas tecnologias e pesquisas fornecem meios de visualizar e medir mudanças em funções cerebrais, desde os níveis moleculares e

³⁷ MOTA, 2007, p. 63.

³⁸ MOTA, 2007, p. 58.

celulares até as alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o uso de substâncias a curto e a longo prazo.³⁹

Mesmo o uso por um curto período de tempo ou a experimentação de substâncias psicoativas, pode comprometer as funções cerebrais e causar danos irreversíveis ao cérebro. “As substâncias psicoativas tem efeitos imediatos na liberação de neurotransmissores, mas também existem várias mudanças que ocorrem nas células, tanto a curto, como a longo prazo, após uso único ou repetido da substância.”⁴⁰

Os locais primários de ação para a maioria de substâncias psicoativas são os receptores da membrana celular e os processos de transdução de sinal em cascata associados. Os efeitos a longo prazo, que surgem com a dependência de substâncias, são geralmente mediados por alterações na transcrição, que acarreta expressão genética alterada e mudanças subseqüentes na síntese de proteínas. Como essas proteínas afetam a função do neurônio, essas mudanças se manifestam ao final por meio de comportamentos alterados do indivíduo [...].⁴¹

A dependência de substâncias psicoativas modifica além das funções cerebrais também o comportamento do dependente químico. Essa mudança nas funções cerebrais associadas ao reforço positivo da sensação causada pela SPA a cada uso, faz com que a dependência seja além de física, também psicológica.

[...] A dependência é o resultado de interação complexa dos efeitos fisiológicos das drogas nas áreas cerebrais associadas com motivação e emoção, combinados com o *aprendizado* sobre a relação entre as drogas e sinais relacionados a drogas, e todos estes tem uma base biológica. Estes processos de aprendizado são criticamente dependentes dos mesmos sistemas motivacionais e emocionais do cérebro que são influenciados pelas substâncias psicoativas.⁴²

Por ser algo tão complexo e uma combinação entre a dependência física e psicológica, o aprendizado que o cérebro tem sobre a droga, faz com que a pessoa sem o uso não se sente motivado, afinal o cérebro criou uma dependência de um estímulo externo e este quando não acontece, quer dizer a SPA não é usada ele não funciona, por

³⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 19.

⁴⁰ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 37.

⁴¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 37.

⁴² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 43.

isso geralmente a pessoa usuária de SPA, quando não faz o seu uso da substância entra em estado depressivo.

[...] O desenvolvimento da dependência pode ser visto como um processo de aprendizado, no sentido em que as mudanças duradouras no comportamento resultam de interações com as drogas e os ambientes relacionados a elas. As substâncias psicoativas causam profunda ativação de áreas específicas do cérebro envolvidas na motivação, nomeadas sistemas do paminérgico mesolímbico. Por meio de processos de aprendizado associativos, isso pode acarretar sintomas clássicos da dependência após exposição repetitiva.⁴³

Pela experiência pessoal de trabalho na área dependência química, fazendo um levantamento do histórico familiar percebe-se que existe uma tendência a desenvolver algum tipo de dependência a família que já apresentava históricos anteriores de dependência nas gerações anteriores. Essa dependência segundo a citação abaixo pode ser desenvolvida seja pela questão genética ou mesmo ser atribuído ao ambiente e a convivência.

Estudos de família, de gêmeos e de adoção fornecem fortes evidências para uma contribuição genética significantes, mas não exclusiva para o desenvolvimento do uso e da dependência de substância. Fatores ambientais e experiências individuais específicas também são de grande importância. Estudos de família e de adoção que focaram o risco geral para o uso de substância, mostraram que a dependência é um traço familiar que tanto pode ser atribuído ao ambiente quanto aos genes compartilhados. Os estudos com gêmeos, consistentemente, mostraram maior concordância entre monozigóticos do que entre dizigóticos para a dependência de substância, indicando um efeito genético.⁴⁴

No entanto, mesmo diante desses fatores nem sempre a predisposição genética ou ambiental significa a pessoa se torne dependente, mesmo entre os que não têm tal predisposição é possível que isso aconteça e neste sentido,

No contexto das dependências, é importante lembrar que durante a vida muitas pessoas experimentam uma variedade de drogas potencialmente causadoras de dependência, mas a maioria não se torna dependente... Uma complexa inter-relação de fatores psicológicos, neurobiológicos e individuais parece ser responsável [...].⁴⁵

⁴³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 44.

⁴⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 148.

⁴⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 51.

Portanto, dadas as condições, todos nós podemos desenvolver algum tipo de dependência.

1.6 Dificuldades Psicológicas, Sociais e Emocionais de Permanecer em Sobriedade.

O processo de recaída faz parte do tratamento de quase todos os dependentes químicos, sendo raro encontrar alguém dependente que não tenha tido alguma recaída. A recaída não necessariamente significa insucesso no tratamento, pelo contrário: sendo bem analisada e percebida, pode ser usada como prevenção contra próximas recaídas. “Uma recaída deve levá-lo a aumentar, e não diminuir, a frequência com que proporciona cuidado, ou deve levar a um nível aumentado de cuidado. Os estudos de 2005, de Mckay, indicam que mesmo os telefonemas entre você e seu paciente são de grande valor”⁴⁶.

[...] o apoio social desempenha um papel fundamental como determinante interpessoal de recaída. O apoio social positivo é extremamente preditivo dos índices de abstinência de longo prazo em vários comportamentos adictivos. Similarmente, o apoio social negativo, na forma de conflito interpessoal e a pressão social para o uso de substâncias tem sido relacionados a um risco maior de recaída. A pressão social pode ser direta, quando os pares tentam convencer o sujeito a usar uma substância, ou indiretas, através do modelo (por exemplo, um amigo pede uma bebida no jantar) e/ou da exposição ao gatilho (por exemplo, amigos que tem os objetos para o uso de droga em casa). Também se observa que o tamanho da rede social e a percepção da qualidade do apoio social são [sic] preditores de recaída. Do mesmo modo, os traços de personalidade antissociais que tendem a impedir relacionamentos sociais positivos são com frequência associados ao risco aumentado de recaída.⁴⁷

Não necessariamente a expectativa com relação ao uso da substância pode ser real. As expectativas do uso da SPA podem relacionar-se a aos efeitos físicos, sociais e psicológicos, e não ser os esperados e nem vivenciados mesmo após o uso. Muitas vezes, o uso é idealizado no pensamento do dependente, e a memória que ele tem do uso não corresponde à realidade. O que muitas vezes ocorre também é que se recorda muito das sensações boas, positivas e não das consequências negativas do uso. “As crenças

⁴⁶ GITLOW, 2008, p. 91.

⁴⁷ MARLATT, DONOVAM, 2009, p. 31.

culturais e pessoais acerca dos efeitos de determinada droga ou substância psicoativa são determinantes importantes na expectativa do resultado”⁴⁸.

Para um dos críticos dos atuais modelos de intervenção terapêutica, Staton Peele (1989), o problema do tratamento da dependência química não reside no indivíduo, mas na forma como a “indústria do tratamento” conduz tais procedimentos e manipula os pacientes através do medo. Trata-se de um procedimento que inculca nos indivíduos a ideia de que eles não podem se livrar de um comportamento autodestrutivo sem o auxílio de um grupo de terapeutas. Assim a equipe da clínica doutrina os pacientes forçando-os a acreditar que eles possuem uma doença incurável e que suas vidas estão fora de controle. Caso eles refutem a aceitar tais normas, lhes é dito que estão sob influência da doença, que manifesta sob o sintoma da negação.⁴⁹

Estando em tratamento, alguns dependentes pensam e afirmam muitas vezes que “nunca mais” irão usar; outros pensam em sair do tratamento e usar uma “última” vez, experimentando a sensação boa que a mesma proporcionava. Não existem garantias para nenhum deles. Ambos estão sujeitos à recaída. Isso não significa que não possam conseguir a sobriedade. Muitos assumem, de fato, um compromisso com a mesma e conseguem ficar abstêmios para o resto da vida. “Segundo Peele, os terapeutas assumem o controle de uma situação que poderia ser resolvida pelo próprio indivíduo. Assim os casos de pessoas que conseguiram superar o vício através de suas próprias forças são geralmente desconsiderados”.⁵⁰

Muitos dependentes químicos conseguem se livrar das drogas sem nunca passarem por algum tratamento ou grupo. No entanto, esses são números imensuráveis pela difícil identificação.

Com base no modelo de comportamento cognitivo-comportamental de recaída, o preditor mais importante de recaída é a capacidade do indivíduo de utilizar estratégias de enfrentamento efetivas ao lidar com situações de alto risco. O enfrentamento inclui tanto estratégias cognitivas quanto comportamentais destinadas a reduzir o risco ou conseguir gratificação em uma dada situação.⁵¹

⁴⁸ MARLATT, G. Alan; DONOVAM, Dennis M. **Prevenção de Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993, p. 128.

⁴⁹ MOTA, 2009, p. 112.

⁵⁰ MOTA, 2009, p. 112.

⁵¹ MARLATT, DONOVAM, 2009, p. 24.

A dependência física não tem relação direta com a recaída ou dificuldade de permanecer em sobriedade. Essa dificuldade está presente apenas nos primeiros dias de abstinência. A dificuldade de se atingir a abstinência por um determinado período está intimamente relacionada com o manejo das habilidades de enfrentamento das situações, seja de auto risco, seja de controle pessoal interno e externo.

2. REDES SOCIAIS

2.1 Introdução

O conceito de rede transformou-se, nas últimas duas décadas, em uma alternativa prática de organização, possibilitando processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social. Pelas redes foi possível a transformação do trabalho social e também dos seus resultados.

Trabalhar em rede social é, antes de tudo, construir um processo de cidadania. É suplantar todos os processos de exaltação ao individualismo, postos na sociedade contemporânea. É desenvolver um processo de solidariedade.⁵²

A palavra rede é bem antiga, e, quando pensamos em rede, logo nos remetemos à rede usada por pescadores ou, até mesmo, a rede usada para dormir; na atualidade fala-se também muito em conexões em rede, referindo-se à internet. Rede significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares, que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações.

A atual conceituação de redes nos remete a pensar também em redes sociais⁵³. A definição abaixo explica bem esse conceito:

Redes são construídas a partir da experiência e conhecimento profissional dos atores sociais em uma ação conjunta e participativa, que visa a construção de uma práxis interdisciplinar no atendimento a situações individuais e/ou coletivas que emergem de um determinado contexto social.⁵⁴

Redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos e/ou temáticas comuns.

⁵² TÜRCK, Maria das Graças Maurer Gomes. **Rede Interna e Rede Social: O desafio permanente na teia das relações sociais**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. p. 60.

⁵³ Redes sociais como sistema de atendimento a pessoas com diversos tipos de dificuldades.

⁵⁴ TÜRCK, 1999 apud TÜRCK, 2001, p. 22.

Portanto, podem existir várias redes de diferentes enfoques temáticos e amplas abrangências.

Formando estruturas flexíveis e cadenciadas, as redes se estabelecem por relações horizontais, interconexas e em dinâmicas que supõem o trabalho colaborativo e participativo. As redes se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso social e organizacional, tanto para as relações pessoais quanto para a estruturação social. A rede só faz sentido quando o trabalho é para um bem comum ou a melhoria de uma situação problema de um grupo de indivíduos.

O que une os diferentes membros de uma rede é o conjunto de valores e objetivos que eles estabelecem em comum, o que interconecta ações e projetos, fazendo com que as pessoas participantes de uma determinada rede se identifiquem com a sua causa.

A participação dos integrantes de uma rede é que a faz funcionar. Uma rede só existe quando e enquanto está em movimento. Sem participação, deixa de existir. Ninguém é obrigado a entrar ou permanecer numa rede, pois, quando essa participação é imposta, a rede perde o seu sentido e seu efeito “curador”. O alicerce da rede é a vontade de seus integrantes. A colaboração e a voluntariedade entre eles deve ser uma premissa do trabalho.

Uma rede não possui hierarquia nem chefe, mas necessita de alguém que as coordene. A liderança provém de muitas fontes. As decisões também são compartilhadas.

A rede é uma articulação de atores em torno, vamos nos expressar assim, de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética. Trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento. É a superação do voluntarismo e do determinismo, da impotência diante da estrutura e da impotência da crença de tudo pode mudar. Na intervenção em Redes, o profissional não se vê nem impotente nem onipotente, mas como um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecer, a partir das questões históricas do sujeito e das suas relações particulares, as relações destes mesmos sujeitos para ampliação do seu poder, saber, e de seus capitais. Trata-se de uma teoria relacional do poder, de uma teoria relacional de construção da trajetória.⁵⁵

⁵⁵ FALEIROS, 1999, apud TÜRCK, 2001, p. 28.

Uma rede é uma costura dinâmica de muitos pontos. Só quando estão ligados uns aos outros e interagindo é que indivíduos e organizações mantêm uma rede. Quando não há fluxo entre um ponto, e outro e as informações não circulam, o trabalho centraliza-se em torno de uma pessoa e perde seu sentido de transdisciplinaridade e integralidade.

Numa rede, a informação circula livremente, emitida de pontos diversos, sendo encaminhada de maneira não linear a uma infinidade de outros pontos, que também são emissores de informação. O importante nesses fluxos é a realimentação do sistema: retorno, *feedback*, consideração e legitimidade das fontes são essenciais para a participação colaborativa e até mesmo para avaliação de resultados e pesquisas.

Uma rede não tem centro. Ou melhor, cada ponto da rede é um centro em potencial. Uma rede pode se desdobrar em múltiplos níveis ou segmentos autônomos – pequenos grupos -, capazes de operar independentemente do restante da rede, de forma temporária ou permanente, conforme a demanda ou a circunstância.

Uma rede é uma estrutura que tem plasticidade, é dinâmica e cujo movimento ultrapassa fronteiras físicas ou geográficas. As redes são multifacetadas e cada retrato da rede, tirado em momentos diferentes, revelará uma face nova. Rede é uma estrutura em constante movimento e transformação.

Participar de uma rede envolve algo mais do que apenas trocar informações a respeito dos trabalhos que um grupo ou as organizações realizam isoladamente. Estar em rede significa realizar conjuntamente ações concretas que modificam a realidade e as organizações para melhor e as ajudam a chegar mais rapidamente a seus objetivos.

2.2 Redes Sociais e Comunidade

Na prática, redes são comunidades, virtual ou presencialmente constituídas. Essa identificação é muito importante para a compreensão conceitual. As definições de rede falam de células, “nós”, conexões orgânicas, sistemas, mas é a ideia de comunidade que permite a problematização do tema e, conseqüentemente, o seu entendimento.

A relação da pluralidade de pessoas com a pessoa singular a que chamamos “indivíduo” bem como da pessoa singular com a pluralidade, não é nada clara em nossos dias. Mas é freqüente não nos darmos conta disso, e menos ainda dos porquês. Dispomos do conhecimento de “indivíduos” e “sociedade”, o

primeiro dos quais se refere ao ser humano singular como fora de uma entidade existindo em completo isolamento, enquanto o segundo costuma oscilar entre duas idéias opostas, mas igualmente enganosas. A sociedade é entendida, quer como mera acumulação, coletânea somatória e desestruturada de muitas pessoas individuais, quer como objeto que existe para além dos indivíduos e não é passível de maior explicação. Neste último caso, as palavras que dispomos, os conceitos que influenciam decisivamente o pensamento e os atos das pessoas que crescem na esfera delas, fazem com que o ser humano singular, rotulado de indivíduo, e a pluralidade das pessoas, concebidas como sociedade, pareçam ser duas entidades ontologicamente diferentes.⁵⁶

Uma comunidade é uma estrutura social estabelecida de forma orgânica, ou seja, se constitui a partir de dinâmicas coletivas e historicamente únicas. Sua própria história e sua cultura definem uma identidade comunitária. Esse reconhecimento deve ser coletivo e será fundamental para os sentidos de pertencimento dos seus cidadãos e desenvolvimento comunitário.

O paradigma da rede pode, então, ser compreendido como a ritualização do antigo mito da comunidade. Mito, no sentido de que alguma coisa que, talvez jamais tenha existido, age, com eficácia, no imaginário do momento. Daí a existência dessas pequenas tribos, efêmeras em sua realização, mas que nem por isso deixam de criar um estado de espírito que parece destinado a durar [...] isso nos obriga a repensar a misteriosa relação que une o “lugar” e o “nós”.⁵⁷

A convivência entre os integrantes de uma comunidade, inclusive o estabelecimento de laços de afinidade, será definida a partir de pactos sociais ou padrões de relacionamento.

A própria comunidade é capaz de encontrar soluções para seus problemas, mas o que lhe falta, muitas vezes, é a articulação. Da mesma forma, muitas vezes, a solução dos problemas familiares está dentro da própria família. “Todo sistema tem a capacidade de se proteger, de se reequilibrar e de crescer, numa ação interna de autoproteção, de auto-equilíbrio e de auto-crescimento. É próprio do sistema trabalhar para guardar seu equilíbrio, sua proteção e seu crescimento”⁵⁸

⁵⁶ ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. 1994. p. 7.

⁵⁷ MAFFESOLI, 1987, p. 208.

⁵⁸ SOUZA, Marli Olina de. **Tecendo redes sociais de solidariedade e formando multiplicadores: descobrindo competências através da resiliência**. Dissertação de mestrado. São Leopoldo: EST/IEPG, 2007.

A rede em movimento é um tecer e destecer ininterrupto das ligações: “Assim, efetivamente, cresce o indivíduo, partindo de uma rede de pessoas que existiam antes dele para uma rede que ele ajuda a formar”⁵⁹.

Quando se pensa em comunidade, pode-se pensar nela como uma grande rede onde “[...] a comunidade deve ser um fim em si mesma e não um instrumento para chegar a outros fins”⁶⁰.

Um sistema social é um sistema que engendra todos os fenômenos que nós chamamos de *fenômenos sociais* da vida cotidiana. É um sistema formado por seres vivos que através de suas interações recorrentes, constituem uma rede de ações coordenadas na qual se realizam a si próprios como os tais, é um sistema que engendra todos os fenômenos que chamamos sociais [...].⁶¹

Uma atuação em rede supõe valores e a declaração dos propósitos do coletivo para a missão à qual ela existe e que fundamenta a existência da rede. Há alguns parâmetros que norteiam a interação e devem ser considerados por quem queira trabalhar colaborativamente; uma espécie de código de conduta para a atuação em rede.

Sem intencionalidade uma rede não consegue ser um sistema vivo, mas apenas um amontoado de possibilidades. A comunicação e a interatividade se desenvolvem a partir dos pactos e dos padrões estabelecidos em comunidade. Uma rede é uma comunidade e, como tal, pressupõe identidades e padrões a serem acordados pelo coletivo responsável. É a própria rede que vai gerar os padrões a partir dos quais os envolvidos deverão conviver. É a história da comunidade e seus contratos sociais.

Quando Émile Durkheim (1990) utilizou o termo representações em As regras do método sociológico, ele pretendia demonstrar que as sociedades possuíam uma forma de pensar que diferia da *psiche* individual. Essa modalidade de pensamento objetiva seria composta por crenças, práticas morais, religiosas e hábitos específicos dos grupos sociais. Desta forma a sociedade teria uma espécie de “mente grupal” responsável pela instituição de determinados tipos de comportamento na coletividade. Tratava-se, então, de uma mentalidade própria, originária de um substrato diferente dos estados individuais de consciência. Portanto, “*as representações, as emoções, as tendências coletivas não tem por causas geradoras determinados estados de*

⁵⁹ ELIAS, 1994 apud MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno (org.). **Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidades Teóricas**. Recife: UFPE, 2009.

⁶⁰ BUBER, 1987, p. 25.

⁶¹ MATURANA, R. Humberto et al. (org.). **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: UFMG, 1997. p. 189.

consciência dos indivíduos, mas sim as condições em que se encontra o corpo social em seu conjunto”⁶².

Toda rede forma uma comunidade, mas nem toda comunidade está articulada em rede. A mobilização em rede acontece sempre por algum tipo de mal-estar coletivo de um “grupo” perante a comunidade ou da comunidade perante um “grupo”. Geralmente a mobilização em rede não parte de um problema individual a ser resolvido ou prevenido, mas de um problema coletivo. A mobilização não acontece ao acaso, mas por alguma relação significativa do indivíduo com seu meio e sua identificação com a problemática. Essa mobilização voluntária pode se dar com o objetivo de se resolver um problema pessoal ou em benefício de outras pessoas.

No fundo, a teoria da rede social revela a preocupação de explicar o fato social não a partir da liberdade individual (como insistem sempre os teóricos liberais), mas de uma injunção coletiva que se impõe às vontades individuais (mesmo que esta injunção não elimine a liberdade dos atores de participarem de diversos círculos de trocas). Aqui, há, logo, um ponto de reflexão interessante para os analistas dos processos de construção de solidariedades sociais de base que é o fato seguinte: ao admitirmos (o que é claro nos estudos sobre a dádiva) que as relações sociais se edificam a partir de uma experiência que tanto escapa ao imperialismo da obrigação coletiva (as normas e valores interiorizados e as repressões psicológicas) como ao relativismo da liberdade individual (a capacidade de cada indivíduo escolher arbitrariamente o que lhe é mais útil e interessante, seguindo sua própria preferência independentemente dos demais), então estamos admitindo que obrigação e liberdade são elementos de um paradoxo. Ou seja, não se trata de colocar um dilema – ou isso ou aquilo: obrigação ou liberdade, interesse ou desinteresse –, mas de admitir que tais opostos não são contraditórios, sendo apenas expressões polares da realidade social complexa.⁶³

A força da participação em um projeto social ou em uma comunidade vai além do suprimento de carências econômicas, pois, a vivência comunitária é um dos veículos para a ampliação da visão de mundo das pessoas e geração de conhecimento.

2.3 Redes Sociais e o Sistema da Dádiva

Uma rede social se estabelece e se consolida à medida que se associam os princípios da responsabilidade pela busca de soluções com os princípios da

⁶² MOTA, 2009, p. 47.

⁶³ MARTINS, FONTES, 2009, p. 9.

solidariedade. É preciso que cada indivíduo busque, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal através da participação, potencializando ações para o fortalecimento das redes sociais.

De maneira geral as ciências sociais costumam apoiar suas análises do comportamento humano no entendimento de vínculos sociais envolvendo interesse ou obrigação. Se os indivíduos agem de determinada forma é porque eles pensam em lucro ou temem sanções: instala-se um debate permanente entre holismo e individualismo metodológico como as forças principais que motivam as ações humanas.⁶⁴

As redes sociais, juntamente com a teoria da dádiva, vêm desmistificar e contracenar com esta visão lucrativa de tudo e debater com o sistema cartesiano de visão fragmentada de ser humano. A perspectiva apontada pela dádiva e pelas redes sociais podem trazer esperança e soluções para muitos problemas que se apresentam e os que ainda podem ser prevenidos por meio da articulação social. “A magia da dádiva não funciona a não ser que as regras permaneçam não-formuladas”⁶⁵. Olhando pela perspectiva da dádiva ela vai na contramão da sociedade pós-moderna.

As redes sociais na perspectiva da dádiva não se reduzem àquelas idéias de redes concretas e empiricamente determináveis, na medida em que possuem uma dimensão simbólica fundamental. Pois o que se dá a alguém não é apenas a coisa em si, mas, também, a intenção da doação. Por isso, conclui: “ao estabelecerem relações determinadas pelas obrigações que contraem quando se aliam e ao se darem uns aos outros, submetendo-se à lei dos símbolos que criam e põem em circulação, os seres humanos produzem simultaneamente sua individualidade, sua comunidade e o conjunto social em cujo seio se exerce a sua rivalidade. Eis mais ou menos o que poderia dizer um Marx colorido por Mauss e tendo alguns harmônicos do lado do atual pensamento das redes”.⁶⁶

Os grupos de ajuda mútua para dependentes químicos talvez sejam os grupos onde a ideia do que seja dádiva esteja mais visível. Para Mota⁶⁷, o ciclo da dádiva alimentado através da partilha existencial do sofrimento comum para o bem comum de todos os membros é a característica básica de tais organizações, sendo esta forma de solidariedade seu princípio fundamental, uma vez que os grupos de ajuda mútua não operam no sentido de produzir lucros ou criar burocracias que imponham obrigações

⁶⁴ MOTA, 2010, p. 154.

⁶⁵ GODBOUT, 1997, p. 12.

⁶⁶ CAILLÉ, 2002, 66-67 apud MARTINS, FONTES, 2009, p. 19.

⁶⁷ MOTA, 2010, p. 161.

formais. Desta forma considerando a natureza das relações pautadas na lógica da dádiva é importante perceber que se nestes grupos “todos se sentem devedores para com todos é porque, neste jogo, todo mundo ganha”⁶⁸.

Pois a dádiva serve, antes de mais nada, para estabelecer relações. É uma relação sem esperança de retorno (por parte daquele a quem damos ou de outra pessoa que o venha a substituir) uma relação de sentido único, gratuita nesse sentido e sem motivo, não seria uma relação.⁶⁹

As redes sociais também se fundamentam na perspectiva das relações, onde, mesmo que as pessoas que se dispõem a fazer esse trabalho não o façam de forma “gratuita”, não existe garantia de retorno, sobretudo, quando se trabalha com dependentes químicos. Não existe garantia de que qualquer tipo de tratamento possa fazer com que o indivíduo permaneça abstêmio. Para que o indivíduo permaneça abstêmio existe um conjunto de fatores de risco e de proteção que podem ajudar ou atrapalhar. Portanto, existe uma semelhança e uma identificação entre redes sociais e a teoria da dádiva. “Qualifiquemos de dádiva qualquer prestação de bem ou serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar vínculos sociais entre pessoas”⁷⁰.

Os grupos de ajuda mútua incentivam um *endividamento mútuo positivo* que escapa à compreensão utilitarista baseada na lógica custo-benefício, tão em voga no dias atuais. Os grupos de ajuda mútua talvez não sejam superiores a outros tipos de tratamento, mas a ênfase no laço social entre dependentes químicos como principal recurso na recuperação da dependência de álcool e outras drogas é, sem dúvida, uma característica que inspirou várias outras metodologias de tratamento de problemas psíquicos [...].⁷¹

Surge assim, o reconhecimento da influência dos grupos como elemento decisivo para a manutenção do sentimento de valorização pessoal e de pertencer a uma comunidade. Todo indivíduo precisa de aceitação e é nos relacionamentos, na amizade e na vida em grupo que ele irá expressar e suprir essa necessidade. Os vínculos estabelecidos entre as pessoas são definidos por afinidades e interesses comuns. O

⁶⁸ CAILLÉ, 2002, APUD MOTA, 2010, p. 161.

⁶⁹ GODBOUT, Jacques T. **O Espírito da Dádiva**. Lisboa: Editora: Instituto Piaget, 1997. p. 16.

⁷⁰ GODBOUT, 1997, p. 29.

⁷¹ MOTA, 2010, p. 161.

grupo passa então a influenciar o comportamento funcionando como um ponto em uma rede de referência.

[...] cabe averiguar como os grupos de ajuda mútua conferem uma dimensão solidária e ritualística às suas reuniões e como estes encontros provêm a seus membros uma nova visão de mundo, o mesmo também ocorrendo com os grupos terapêuticos que funcionam nas instituições de tratamento de dependentes químicos. Trata-se aqui da produção de um reordenamento subjetivo que encontra no rito e na dádiva seus pilares fundamentais.⁷²

2.4 Família como Rede Social

Quando pensamos em família, o próprio nome nos remete a uma descrição que, na atualidade, toma diferentes formas das até então conceituadas. Família é uma definição ampla e complexa. Inúmeras são as particularidades que envolvem esse sistema social, pois, encontra-se em constante transformação, seja pelas variações culturais, os conceitos históricos ou de tempo. Pode-se dizer que família é como um sistema relacional que vai além do indivíduo. Essa definição torna-se importante à medida que a família faz e é parte das várias redes sociais e que pode ajudar na prevenção da recaída, no tratamento do dependente químico. Assim considerando, encontramos uma classificação de família nas seguintes categorias:

1) A família de origem, que pressupõe laços sanguíneos e conceitos de ascendência e descendência; 2) a família extensa, que também, pressupõe laços sanguíneos ou afinidades de pessoas ligadas entre si, ligadas no tempo e no espaço e que articulam no presente; 3) a família nuclear, que significa uma unidade coletiva composta por pais e filhos, desenvolvidas a partir de um relacionamento biológico; 4) a família substituta, que diz respeito a uma família que assume a criação de uma ou mais pessoas quais não tem laço de parentesco.⁷³

O dependente químico muitas vezes perdeu o vínculo ou mesmo a identificação familiar e para o mesmo poder-se-ia se dizer que família é aquela com a qual consegue manter um vínculo ou mesmo o ajuda a encontrar sentido para sua vida e buscar a sua recuperação⁷⁴.

Uma boa definição para família é a de Andolfi. Ele define família como:

⁷² MOTA, 2009, p. 125.

⁷³ CERVENY, Ceneide M. de O. (org.). **Família e comunicação, divórcio mudanças, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição**. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000. p. 22.

⁷⁴ Recuperação é o processo que se dá por toda a vida do dependente químico e isso pode incluir recaídas.

a) Um sistema em constante transformação que se desenvolve num processo duplo de continuidade, e crescimento simultâneos, oscilando entre a homeostase e necessidade de transformação; b) Um sistema ativo e auto-regulado por regras desenvolvidas e modificadas ao longo do tempo, por meio de experimentação e adaptação; c) um sistema aberto em interação, com outros sistemas que estabelece também por intermédio de suas relações dialéticas com o conjunto de suas relações sociais.⁷⁵

Portanto, segundo a definição acima, família ou sistema familiar não se restringe necessariamente a pessoas que possuem laços de sangue (hereditariedade) ou que convivem sob um mesmo teto. No entanto, a primeira função da família é cuidar e proteger seus membros. Para Mota⁷⁶ “O modo como a família resolve as situações que a ela afluem, influência quer o equilíbrio de cada um dos elementos que a constitui, quer o seu próprio equilíbrio na relação que estabelece e mantém com o meio social”.

O homem sobrevive em grupos; isto é inerente à condição humana. A necessidade mais básica de uma criança é de uma figura materna, para alimentá-la, protegê-la e ensiná-la. Além disso o homem tem sobrevivido, em todas as sociedades, pertencendo a agregações sociais [...] a família tem passado por mudanças que correspondem às mudanças da sociedade. Tem assumido ou renunciado a funções de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura. Neste sentido, as funções da família atendem a dois diferentes objetivos: Um é interno – a proteção psicossocial de seus membros; outro é externo – a acomodação a uma cultura e transmissão dessa cultura.⁷⁷

Mesmo tendo um sentido de coletividade, de grupo e de rede social, pode-se dizer que:

Em todas as culturas, a família dá a seus membros o cunho da individualidade. A experiência humana de identidade tem dois elementos: um sentido de pertencimento e um sentido de ser separado. O laboratório que estes ingredientes são misturados e administrados é a família, a matriz da identidade.⁷⁸

Durante algum tempo, a família vem apresentando alterações, seja em sua estrutura, seja em sua forma de organização, de sustento e na sua função. Parte dessas alterações se deve à emancipação da mulher e sua inserção no mercado de trabalho.

⁷⁵ ANDOLFI, Maurizio. **A Terapia Familiar**. Lisboa: Veja, 1981. p. 47-48.

⁷⁶ DIAS, 2001, p. 35.

⁷⁷ MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1982. p. 52.

⁷⁸ MINUCHIN, 1982, p. 53.

A família é sujeita à pressão interna, que provém de mudanças evolutivas nos seus próprios sistemas e subsistemas, e a pressão exterior, proveniente das exigências para se acomodar a instituições sociais significativas, que têm um impacto sobre os membros familiares. Responder a estas exigências, tanto de dentro como de fora, requer uma (SIC) transformação constante da posição dos membros da família, em relação um com o outro, de maneira que possa crescer, enquanto o sistema familiar mantém continuidade.⁷⁹

Família não é sinônimo de perfeição. Com frequência ela é considerada a *causa* exclusiva de muitos problemas sociais. Atribui-se a ela a responsabilidade da delinquência juvenil e outros problemas. Porém, a família é fortemente influenciada por fatores sociais gerados fora dos seus limites⁸⁰.

Esses fatores externos incluem falta de emprego, fragilidade do sistema educativo, a falta de estrutura para ocupação do tempo livre das crianças e adolescentes, o contexto de criminalidade em que vivem as famílias, a falta de assistência médica adequada e a falta de medicamentos, as desigualdades sociais e a falta de acesso à informação e cultura.

Ouvimos dizer que as pessoas estão tão dominadas pelas drogas que não conseguem criar vínculos, que as mães negligenciam seus filhos e os pais abusam deles, e que as famílias são violentas e as pessoas isoladas. Tudo isso é verdade com relação a algumas famílias, mas apenas uma verdade parcial, que ressalta os aspectos mais visíveis da infelicidade individual e familiar, uma vez que ignora a lealdade e afeição que as pessoas sentem uma pela outra.⁸¹

Nem toda família disfuncional⁸² ou que apresenta algum tipo de patologia “cria” adictos como a recíproca também é verdadeira. Como já visto anteriormente, existem fatores de risco e de proteção, mas a constituição individual do sujeito é que será efetivamente o fator mais determinante para se tornar um adicto ou não. O fator resiliência também é determinante para esse aspecto.

Esquemáticamente poderíamos dividir as funções da família em *biológicas*, *psicológicas* e *sociais*; tais funções, no entanto, dificilmente podem ser estudadas separadamente, já que estão intimamente relacionadas e

⁷⁹ MINUCHIN, 1982, p. 64.

⁸⁰ DIAS, 2001, p. 36.

⁸¹ MUNUCHIM, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. **Trabalhando com famílias pobres**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 29.

⁸² Função que se dá de forma anômala.

confundem-se umas com as outras, tanto nas origens como no destino das estruturas familiares ao longo do processo civilizatório.⁸³

Segundo Carter e McGoldrick⁸⁴ família é mais que a soma de suas partes e o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano. Essa perspectiva é crucial para o entendimento dos problemas emocionais que as pessoas desenvolvem na medida em que se movimentam juntas através da vida. A família possui características complexas diferentes de outros sistemas. Ela difere de outras organizações, no sentido de que seus membros entram no nascimento, adoção ou casamento e só podem ir embora pela morte. Nenhum outro sistema está sujeito a essas limitações.

Atualmente poderíamos discordar, até certo ponto, desse conceito, porque muitas pessoas são abandonadas pelas suas famílias. Isso inclui, muitas vezes, crianças, idosos, pessoas com deficiência e dependentes químicos. E se a família é a responsável primeira pelo suprimento das necessidades biológicas, psicológicas e sociais, poderíamos ir ainda mais longe, e dizer que muitas pessoas que ainda fazem parte de alguma família não têm suas necessidades supridas. São abandonadas pela mesma até em suas necessidades básicas, por diversos fatores, podendo ser pobreza, falta de estrutura física e emocional, entre outros. Assim sendo, a família pode se tornar disfuncional e levar um ou mais de seus membros a desenvolver algum tipo de transtorno, problema psíquico, psicossomático ou até mesmo algum tipo de dependência química.

Todos os estudos sobre adolescentes toxicodependentes demonstram que esses são oriundos, com uma frequência muito maior que os indivíduos da mesma idade que não consomem drogas, de uma família dissociada [...] essa dissociação familiar traduz-se quase sempre na ausência paterna.⁸⁵

Ainda segundo Carter e McGoldrick⁸⁶, mesmo que a família tenha papéis e funções, o seu principal valor são os relacionamentos, que são insubstituíveis.

⁸³ OSORIO, Luiz Carlos. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 19.

⁸⁴ CARTER, Betty, MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 8, 9.

⁸⁵ SULLEROT, Evelyne. A Família. **Da crise a necessidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997. p. 310.

⁸⁶ CARTER, MCGOLDRICK, 1995, p. 9.

Por isso, apesar de apresentar problemas, ainda assim a família tem um grande poder de auxiliar na recuperação de seus indivíduos. Mesmo que isso possa significar reaprender a sua organização, reaprender sua dinâmica e reestruturar-se.

No caso do tratamento da dependência química, é importante notar que o incentivo a uma vida familiar estável e à solidariedade entre as pessoas com o mesmo problema é considerado, em praticamente todos os procedimentos terapêuticos, como profilático contra recaídas. Nos grupos terapêuticos que funcionam nas clínicas de recuperação é enfatizado o papel da família e da substituição dos valores hedonistas por práticas que objetivem a integração social, como a fidelidade nos relacionamentos amorosos, o trabalho e a participação em grupos religiosos. Dessa forma, é ressaltada a importância do laço social como substitutivo aos comportamentos autodestrutivos.⁸⁷

A convivência com outras pessoas é inquestionável, no entanto, é perfeitamente compreensível e perceptível que a convivência próxima com o dependente deixa suas marcas, causando, por vezes, grande sofrimento.

[...] é ingênuo considerar que as representações endereçadas aos dependentes químicos tenha surgido ao acaso. Qualquer pessoa que tenha convivido com um dependente de álcool ou drogas sabe, por experiência própria, como essa convivência é capaz de causar grande sofrimento. E esse convívio atinge uma dimensão tão patológica que quando muito dependentes químicos iniciam seu processo de recuperação seus familiares podem se converter nos principais sabotadores de seu tratamento. Muitas famílias resistem ao fato de o dependente químico sair de sua condição marginal para reintegrar-se à estrutura social. Em muitos casos, não é claro qual é a parte mais disfuncional: a família ou o dependente. O núcleo familiar, que outrora representava um lugar privilegiado de amparo emocional frente as dificuldades da vida, na contemporaneidade foi transformado em uma verdadeira fábrica de loucura.⁸⁸

O que é perceptível é que seguidamente a família está tão ou mais doente que o dependente (co-dependência) e, quando este muda seu comportamento a família não acredita que ele pode mudar ou ela sabota o tratamento como forma de autoproteção para continuar numa posição de vítima mesmo que seja inconsciente. “Como um dos membros da família muda, os outros mudam também, e o tipo de família que eles compõem muda, os membros da família mudam, toda essa dinâmica de mudança prossegue até que seja atingida uma configuração de ações coordenadas estável.”⁸⁹ Ou

⁸⁷ MOTA, Leonardo de Araújo. **Dependência Química: problema biológico, psicológico ou social?** São Paulo: Paulus, 2007. p. 39s.

⁸⁸ MOTA, 2010, p. 165.

⁸⁹ MATURANA, 1997, p. 190.

ela permanece como está e “empurra” o dependente de volta para a sua substância de uso, porque não consegue lidar com sua sobriedade.

Essa dependência de relacionamentos pode ser expressa em sua forma mais moderada na atitude de esperar que outra pessoa satisfaça todas as nossas necessidades. O modelo clássico de codependência consiste na dependência de outra pessoa ou de um relacionamento e seus problemas. A pessoa que sacrifica a si mesma e cujas próprias necessidades são sempre postas de lado também sofre de dependência.⁹⁰

Geralmente a pessoa que convive com um dependente começa assumindo algumas funções familiares do mesmo, até assumir o controle de tudo. Quando esse dependente deixa de usar a substância, ele pretende ter de volta a sua função na família, que, não raro, reestruturou-se de tal forma que não consegue mais confiar nele e abrir mão das funções assumidas, necessitando de terapia para que isso aconteça. Sem acompanhamento familiar é difícil conseguir uma mudança, seja da família, seja do dependente.

[...] sendo a família agente de socialização primário no qual o indivíduo se desenvolve, é nela que deve ser procurada a gênese dos problemas do toxicômano, mas é também nela que deve ser procurado o meio social que permite ao indivíduo a transição para a sua integração social global. Assim, considera-se que é na família que surgem os problemas e deverá ser nela que as soluções devem ser encontradas.⁹¹

A família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros. Há um reconhecimento geral de que a família está no centro das funções de cuidado. Uma grande parte do cuidado acontece no lar. A vida quotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família. É no seu contexto social que se salvaguarda a saúde e se lida com as doenças.

Uma vez que a família é um sistema social [...] seja qual for a mudança interveniente em uma família, assim que ela transforma sua identidade de família que procura ajuda para uma identidade de família que a dispensa, isso acontece por uma mudança nos indivíduos que a compõe. Segue-se igualmente que seja qual for a participação de um terapeuta em tal mudança da família, a transformação só se opera através das interações com os

⁹⁰ EVANS, 2002, p. 196.

⁹¹ DIAS, 2001, p. 111.

indivíduos que a compõe, e as transformações de comportamento que essas interações desencadeiam.⁹²

2.5 Grupos

São vários os autores que reconhecem o trabalho dos grupos, principalmente no que tange aos grupos relacionados à dependência química.

O mundo contemporâneo é um recipiente cheio até a borda de medo e frustração flutuantes desesperadamente em busca de alguma extravasão que um sofredor possa razoavelmente dividir com outros.⁹³

Gitlow⁹⁴, já no início da terapia, externa a seus pacientes a sua expectativa de que eles participem do AA ou algum grupo de autoajuda similar com encontros diários. Embora ele não rejeite os que não frequentam, não é otimista quanto às suas chances de recuperação bem-sucedida a longo prazo. É franco em expor a sua opinião médica de que eles têm poucas chances de conseguir a sobriedade sem participar de grupos de auto-ajuda. “O apoio mútuo pode se transformar em um apoio privilegiado para um problema psíquico em que tratamentos convencionais (relação médico-paciente) conseguem baixos percentuais de sucesso”.⁹⁵

No entanto, a participação ou não nesses grupos é sempre uma opção do paciente⁹⁶. Essas reuniões fazem parte do tratamento, mas Gitlow⁹⁷ ressalta que essas reuniões não podem ser confundidas com tratamento, mesmo sendo úteis em cada estágio dos transtornos relacionados ao uso de SPAs. Para ele, a participação é um adjunto excelente para o tratamento e produz resultados visivelmente melhores.

Os pacientes que freqüentam as reuniões de 12 passos, mesmo apenas uma vez por semana, tem uma incidência muito menor do uso de substâncias

⁹² MATURANA, R. Humberto, et al. (org.). **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: ed. UFMG, 1997. p. 190.

⁹³ BAUMAN, Zigmunt. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 62.

⁹⁴ GITLOW, 2008, p. 95.

⁹⁵ MOTA, 2010, p. 159.

⁹⁶ Paciente nestes termos refere-se a pessoa que está em tratamento por uso de alguma substância psicoativa, lembrando que o tratamento não se refere ao período de internação/residência mas estende-se pela vida toda.

⁹⁷ GITLOW, 2008, p. 259.

ilícitas dois anos após iniciar a recuperação do que aqueles que participam com menos frequência ou simplesmente não participam.⁹⁸

Os membros de grupos de mútua ajuda também desenvolvem com e no grupo uma relação afetiva que serve de proteção às intempéries da vida. Eles estabelecem uma relação de confiança tal, que chegam a falar sobre sua intimidade no grupo. Enquanto participa da reunião, o indivíduo consegue afastar-se momentaneamente das preocupações que envolvem a rotina de trabalho ou as angústias causadas pelo desemprego, tensões familiares e financeiras. A reunião é o lugar onde seus membros recarregam suas energias para enfrentar o “mundo lá fora”, mantendo sua abstinência.

No interior dos grupos de ajuda mútua, o sentimento comunitário é reforçado pelo fato de todos estarem sujeitos a possíveis recaídas, como também as emoções confusas que caracterizam os primeiros períodos de abstinência de álcool e/ou drogas. Segundo seus membros os grupos representam um espaço no qual uma “energia especial” é partilhada entre eles, fazendo com que retornem para casa, após as reuniões, mais tranquilos, pois realizaram seu tratamento a partir da partilha de dificuldades comuns.⁹⁹

Dáí justifica-se a importância desses grupos para a manutenção do sujeito, não só abstinência, mas sóbrio. O que significa não apenas deixar de usar SPAs, mas mudar seu comportamento diante da vida.

...Em todo grupo, em qualquer momento, existe um sentimento dominante, compartilhando por todos os membros do grupo, com subtilezas individuais. Esse sentimento é, em geral, inconsciente, governa a vida do grupo em todos os seus níveis. A tese decompõe-se, portanto, assim: - sentimentos são compartilhados a todo momento por todos os membros de um grupo – em geral inconscientes – manifestam-se em todos os níveis da vida do grupo, - os sentimentos individuais estão em relação com os sentimentos coletivos.¹⁰⁰

No entanto, a pós-modernidade trouxe consigo consequências. Todo avanço tecnológico traz reflexos para toda a sociedade. Apesar da facilidade de acesso a informações, o ser humano muitas vezes vive sozinho e isolado.

Existe hoje uma padronização muito difundida da auto-imagem que induz o indivíduo a se sentir e pensar assim: “Estou aqui, inteiramente só, todos os outros estão lá, fora de mim; e cada um deles segue seu caminho, tal como

⁹⁸ GITLOW, 2008, p. 259.

⁹⁹ MOTA, 2010, p. 133.

¹⁰⁰ PAGÈS, Max. **A Vida Afetiva dos Grupos: esboço de uma teoria da relação humana**. Petrópolis: Vozes, 1982. p. 265.

eu, com um eu interior que é seu eu verdadeiro, seu puro 'eu', e uma roupagem externa, suas relações com as outras pessoas.” Essa atitude perante si mesmo e os outros afigura-se inteiramente natural e óbvia àqueles que a adotam. Não se trata de uma coisa nem outra. Ela constitui a expressão de uma singular conformação histórica do indivíduo pela rede de relações, por uma forma de convívio dotada de uma estrutura muito específica.¹⁰¹

Ser eu mesmo somente é possível a partir do Tu do outro. É no relacionamento direto com qualquer Tu que o Eu pode vir a constituir-se em Eu mesmo. É no outro que o Eu encontra sua esfera de ação e seu enraizamento histórico. O conceito do Eu dá-se pelo individual, enquanto o NÓS se dá pelo social. Eu sou Eu mesmo a partir das minhas relações sociais. Viver em grupo pode ser a “salvação” ou a “perdição” do ser humano. Já que o social tem influência sobre o indivíduo, e nem todo grupo é um bom grupo, o mesmo pode causar grandes problemas.

Para o dependente químico o bom grupo é o que causa impacto ao ponto de despertar no dependente a vontade de querer participar e de mudar sua vida e quer a sobriedade.

Sem mecanismos de participação não é possível a criação da igualdade. Quanto mais pessoas participarem de todos os níveis imagináveis, mais igualitárias se fazem, sem perder sua singularidade. A participação supõe a partilha, a troca, a cooperação, o diálogo, o aprendizado recíproco, a busca de convergências. Quanto mais participam, mais condições tem de decidir conjuntamente. E quanto mais decidem conjuntamente, mais sujeitos históricos e cidadãos e concidadãos plenos se fazem. Só então são, de fato, iguais perante a lei, o direito e os outros, porque foram iguais na luta e na construção coletiva do bem comum.¹⁰²

O mundo é feito de relações. Se não existisse a relação não existiria o individual. “Não existe ser humano sem o outro; o ser humano acontece no mundo.”¹⁰³ “Nossa análise deve estar atenta ao fato de que aquilo que predomina, maciçamente, na atitude grupal, é o dispêndio, o acaso, a desindividualização”¹⁰⁴.

O estar caído no cotidiano do mundo (ser junto ao mundo), através da sua interação com o outro (o ser-com), possibilita a compreensão de si mesmo, pois a presença se realiza descobrindo, por meio da abertura, da linguagem,

¹⁰¹ ELIAS, 1994, p. 32.

¹⁰² BOFF, Leonardo. **O despertar da águia: o dia-bólico e sim-bólico na construção da realidade**. 17 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 106.

¹⁰³ SAFRA, Gilberto. **A fragmentação do éthos no mundo contemporâneo**. In: NOÉ, Sidnei Vilmar. Espiritualidade e saúde. Da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2005. p. 7.

¹⁰⁴ MAFFESOLI, Michel. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. p. 18.

revelando-se a si mesma. O sentido da palavra estar-lançado, caído, está relacionado à necessidade de a *pre-sença* inserir-se numa variedade de situações, sejam elas históricas, factuais, relacionais...¹⁰⁵

Participar de um grupo não apenas cria vínculos e favorece a prevenção da recaída, como também estreita laços e cria amizades. Todo ser humano é relacional e, se não o for, não sobrevive. Não é possível constituir-se isoladamente.

Assim, a afetividade grupal parece penetrar em todos os níveis da vida do grupo, bem como em todos os participantes. Os sentimentos de grupo expressam-se de formas muito diversas, mais ou menos diretas, conforme os níveis de expressão. São eles que dão a unidade aos fenômenos de grupo e, em última instância, permitem explicar suas relações.¹⁰⁶

Os grupos de ajuda mútua possuem memória coletiva que está definida com a citação abaixo:

Memória coletiva é, com certeza uma boa expressão para descrever o sistema simbólico e o mecanismo de participação [...] o termo enfatiza, com justeza e rigor, que tal como não existe duração individual, não existe tampouco um pensamento singular. Nossa consciência é apenas ponto de encontro, cristalização de correntes diversas que, com diferentes ponderações específicas, se entrecruzam, se atraem e se repelem [...] um pensamento pessoal é aquele que segue “a inclinação de um pensamento coletivo”.¹⁰⁷

Os grupos de dependentes químicos e de seus familiares são sempre grupos de interesse de seus participantes. Já na sociedade em geral, alguns grupos aparecem e desaparecem, conforme os modismos da mesma e “conforme as épocas predominam um tipo de sensibilidade, um tipo de estilo destinado a especificar as relações que estabelecemos com os outros”.¹⁰⁸ Para o dependente químico é fundamental a identificação com um grupo no qual se sinta acolhido e bem, no qual possa expor suas dificuldades e sentir-se compreendido.

Quando descobrimos que não sabemos e não podemos viver isolados, descobrimos que “ao lado da existência de uma sensação coletiva, vamos assistir ao desenvolvimento de uma lógica de rede, ou seja, os processos de atração e repulsão se

¹⁰⁵ SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado(s) em movimento: A ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado. In: NOÉ, Sidnei Vilmar. **Espiritualidade e saúde. Da cura d'almas ao cuidado integral**. São Leopoldo: Sinodal, 2005. p. 16.

¹⁰⁶ PAGÈS, 1982, p. 266.

¹⁰⁷ MAFFESOLI, 1987, p. 96-97.

¹⁰⁸ MAFFESOLI, 1987, p. 101.

farão por escolha.”¹⁰⁹ Dependentes químicos em recuperação podem constituir uma rede onde na maioria das vezes se tornarão amigos onde há uma identificação maior, de problemas parecidos ou com o mesmo tipo de dependência. A percepção da existência dessa divisão em grupos e desta identificação já é possível durante o internamento.

...as novas agregações sociais, o nascimento dos valores alternativos passa pelo que podemos chamar, a lógica da rede. Quer dizer, algo que dá precedência do calor afetivo, ou que pelo menos, demonstra que este tem um lugar privilegiado na estruturação ou no objetivo social.¹¹⁰

Os grupos têm sucesso quando seus integrantes se identificam, se escolhem, quer dizer possuem algo em comum. Muitas pessoas, dantes nunca vistas e das quais sabemos tão pouco quanto elas de nós, pertencem mais profunda e completamente a nós do que alguém que encontramos diariamente, mesmo que este último compartilhe nossas opiniões, enquanto que os primeiros tenham visões e pensamentos diferentes dos nossos.

Segundo Filho¹¹¹ a eficiência da terapia grupal que sucede nas reuniões de A.A., conforme tem sido comprovada, reside fundamentalmente num honesto intercâmbio psico-afetivo de seus membros, que procuram colocar os princípios e ensinamentos do programa acima de suas personalidades, cultivando a virtude de uma humildade corajosa e desinflando o seu egocentrismo. Observa-se que, cada membro se beneficia, por disciplina própria, compartilhando das experiências, forças e esperanças dos outros companheiros, os quais, alcançando a sobriedade, podem proporcioná-la aos demais, reforçando a manutenção da abstinência e tranquilidade de espírito.

Mas, parece que seria incorreto supor que os grupos de ajuda mútua sejam somente uma espécie de movimento individualista de autoajuda em massa, mesmo reconhecendo o fato de que eles não sejam engajados em nenhuma causa política. É importante observar que, no que tange a esses grupos, as práticas individualizadas não ocorrem em um ambiente egoísta *par excellence*, mas em um espaço de partilha do sofrimento comum alicerçado nos mecanismos da dádiva, ou seja, do *dar, receber e retribuir* ajuda para o problema em questão [...].¹¹²

¹⁰⁹ MAFFESOLI, 1987, p. 121.

¹¹⁰ MAFFESOLI, 1987, p. 122.

¹¹¹ FILHO, Júlio Paupitz. **O Alcoólico: análise, dependência, recuperação.** Relisul, 1987. p. 59.

¹¹² MOTA, 2010, p. 153.

Para Mota¹¹³, tanto nos grupos de ajuda mútua como também nas clínicas, o ritual relativo ao tratamento da dependência química é direcionado ao ato de parar de usar álcool ou outras drogas, mas é incorreto afirmar a interrupção do uso de substâncias seja o único objetivo a ser alcançado, pois o processo de recuperação estará condicionado à capacidade do dependente químico de suportar as agruras da vida sem tentar fugir delas através do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Muitas vezes ouvi de dependentes químicos em recuperação a expressão: “parar de usar drogas é fácil, o difícil é mudar o comportamento de adicto”.

Embora o processo de recuperação da dependência química possa ser caracterizado pela presença de recaídas, muitos membros dos grupos de ajuda mútua jamais voltarão a usar álcool e outras drogas após a decisão de ingressar no grupo, um ato também permeado pelo rito. Assim os ritos de passagem marcam mudanças no indivíduo na estrutura social e essa transição acaba envolvendo uma espécie de renascimento.¹¹⁴

Os grupos de ajuda mútua não podem ser considerados a solução definitiva para o problema da dependência química, no entanto, é uma grande possibilidade de recuperação. “O uso de drogas começa e acaba no social. Da mesma forma como poucos dependentes começam a fazer uso de drogas por iniciativa própria, poucos são aqueles que conseguirão recuperar-se sozinhos”¹¹⁵.

2.6 Igreja

Muitas vezes a Igreja¹¹⁶ não se envolve nos problemas relacionados à dependência química. Segundo Evans¹¹⁷, existe uma ideia de que problemas com álcool e com drogas estejam fora e não dentro das comunidades da igreja. A negação é implacável. Para ela, a Igreja e seus líderes estão claramente entre os afligidos, quando não entre os dependentes. “Uma das tragédias da Igreja contemporânea é o mito de que, se sua vida está realmente arruinada, é melhor que você se mantenha longe da Igreja,

¹¹³ MOTA, 2010, p. 139.

¹¹⁴ MOTA, 2010, p. 143.

¹¹⁵ MOTA, 2010, p. 144s.

¹¹⁶ Pessoas que professam a mesma fé cristã e o fazem num grupo ou comunidade com o qual se identificam.

¹¹⁷ EVANS, Abigail Rian. **O Ministério Terapêutico da Igreja: Programas práticos para Ministérios da Saúde**. São Paulo: Edições Loyola. 2002. p. 190.

porque ela é para as pessoas “boas””. A infelicidade é que frequentemente os cristãos desenvolvem uma atividade de julgamento em relação às outras pessoas, provocando nelas uma terrível sensação de culpa.

Como proceder para aceitar a responsabilidade pelo abuso de substâncias químicas e reter o modelo da dependência como doença é um desafio para os especialistas. O modelo médico remove qualquer culpabilidade moral, e o modelo do pecado remove a consideração da base física para a dependência. A Igreja tem a oportunidade única de desenvolver modalidades de tratamento integrais que reconheçam a natureza múltipla da dependência.¹¹⁸

A igreja muitas vezes se omite do seu papel acolhedor e não dá a devida importância à sua função de ser terapêutica. Justamente por poder tratar do problema com imparcialidade e sob todos os aspectos, quer dizer, ver o ser humano como um ser integral, é que ela tem grande possibilidade, não apenas de ajudar o dependente, mas também de acolher e orientar a família com o problema da dependência.

A aceitação incondicional gera na pessoa um sentido de pertença a um grupo, uma família, uma instituição (programa, igreja), a sociedade em seu conjunto. A espiritualidade contém este sentido de relação que se define como o sentimento de estar arraigado em grupos sociais significativos e identificar-se com os objetivos e valores pró-sociais importantes que possibilitam o crescimento das pessoas.¹¹⁹

Conforme Krüger¹²⁰, focalizando a pessoa de Jesus Cristo, veremos o quanto Deus promove uma espiritualidade integradora, terapêutica, trazendo as pessoas sofredoras e marginalizadas para a comunhão comunitária. Muitas vezes a Igreja Cristã, como instituição, não tem promovido o seu ser terapêutico.

Somente o grupo religioso pode ter aceitação incondicional a partir do exemplo de amor e do evangelho de Jesus Cristo. O amor a Deus e de Deus possibilita o amor ao próximo. Isso deve se refletir na ação acolhedora da igreja.

As imagens construídas sobre Deus, a desculpabilização, a aceitação incondicional e o sentido de pertença fortalecem o sentido de esperança. Este

¹¹⁸ EVANS, 2002, p. 197.

¹¹⁹ GUEVARA, 2008, p. 131.

¹²⁰ KRÜGER, Rolf Roberto. **Comunidade Terapêutica: Como Acolher Egressos de Instituições de Recuperação de Dependentes Químicos? Um Exemplo da IECLB em Florianópolis**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2005. p. 68.

sentido é o elemento constitutivo na natureza humana. Ao se ver fortalecido, ele exerce um papel vital para atingir os objetivos do tratamento.¹²¹

Por outro lado, na maioria das vezes, a atuação da igreja frente à questão da dependência química fica limitada pela falta de conhecimento, em todos os sentidos. Conhecimento este sobre os aspectos pertinentes à dependência e suas consequências, seja no indivíduo, seja na sua família. Falta, na verdade, conhecimento profissional sobre a dependência, o que chega a ser um empecilho para a atuação integral da mesma. Isso se reflete também nos membros, que têm medo de se envolver ou de falar de seu problema, pelo preconceito que ainda existe nessas esferas. O modelo religioso se revela pertinente para a descrição do fenômeno das redes, que escapam a qualquer espécie de centralidade, às vezes, até de racionalidade. A cura física da dependência química não é possível, mas a cura de relações faz toda a diferença na vida do dependente e da família e a igreja pode oferecer esta possibilidade.

A religião e a espiritualidade que reúne pessoas em grupo a fim de partilhar, conviver tem o dom da cura. Os grupos das comunidades religiosas têm valiosos potenciais, também criativos, artísticos, milagrosos que podem curar pessoas e relações, desconstruir e recriar estruturas e modelos que fazem sofrer.¹²²

A igreja é, em primeira instância, espaço de perdão que possibilita a cura, principalmente das relações, seja familiares e sociais ela deve assumir essa tarefa perante a sociedade oferecendo esse seu dom a serviço do ser humano e do Reino de Deus.

A forma espontânea e criativa com que a cura pode se operar e se processar no interior dos grupos comunitários nas igrejas é a indicação de que há um modelo de cura, um referencial e um espaço de cura para ser observado, para ser reconhecido, para ser aprofundado. Seguir a dinâmica da vida em sua forma espontânea e criativa denota um processo que está na interioridade dos grupos, que existe ou que pode ser despertado no interior dos grupos já existentes a fim de aprofundar as possibilidades de cura e cuidado neste espaço.¹²³

¹²¹ GUEVARA, 2008, p. 131.

¹²² ROESE, Anete. **Espaços de cuidado- movimentos de ressurreição: Teoria e método para o processo de acompanhamento pastoral terapêutico de grupos**. São Leopoldo: EST (tese doutorado) 2004. p. 48.

¹²³ ROESE, 2004, p. 29.

O espaço de cuidado é essencial ao ser humano, portanto, sentir-se amado e acolhido pode não resolver seu problema, mas o ajudará em sua reflexão e no aumento de sua autoestima, possibilitando a abstinência e a sobriedade. Algumas igrejas, as vezes se omitem de sua tarefa com relação a dependentes químicos, mas é dever dela olhar para esses seres humanos que sofrem profundamente.

2.7 Potencial de Atuação das Redes

A construção de redes sociais constitui uma estratégia importante para tratar a questão da droga. Essas redes são formadas nos espaços informais de relacionamento para dar suporte e apoio, tanto profissional, como pessoal para aqueles que se envolvem com as drogas. Baseada nas afinidades pessoais, em geral, num contexto não institucional, as aproximações entre as pessoas, profissionais ou não, tornam-se explícitas, favorecendo uma circulação rápida de informações sob a forma de redes. As redes assim constituídas inventam suas próprias formas e rituais de encontro, fortalecem uma identidade comum e amparam os indivíduos em crise. Na medida em que os encontros dos integrantes da rede social se tornam frequentes e regulares, constroem-se os vínculos criadores de um sistema de crenças e de regras. Isso permite o surgimento de iniciativas individuais, criando novas formas de organização, ajudando as pessoas na troca de suas experiências e oferecendo soluções.

A mudança social é uma mudança na configuração de ações coordenadas que define a identidade particular de um sistema social particular. E isso porque a mudança social só acontece quando o comportamento dos sistemas vivos individuais compõe o sistema social se transformam de maneira a dar origem a uma nova configuração de ações coordenadas que define uma nova identidade para o sistema social. Certamente, um sistema, enquanto unidade composta (e um sistema social é uma unidade composta) existe apenas através das interações de seus componentes, e estes interagem pela operação de suas propriedades (sob condições nas quais estas propriedades preenchem uma função na dinâmica estrutural dos sistemas), e das relações de composição nas quais participam. Daí resulta que um sistema não muda se não mudam igualmente as propriedades de seus componentes. Portanto, se os sistemas vivos individuais que compõem um sistema social não mudam, o sistema social não muda. Mas se o comportamento de um sistema vivo individual, que compõe um sistema social, muda de tal maneira que a configuração de ações coordenadas com os outros componentes muda

também, então todo o sistema se transforma e se torna um sistema social de tipo diferente.¹²⁴

A rede social pode ser formada por profissionais, permitindo a troca de conhecimento, possibilitando ações coletivas e integradas e evitando o isolamento e a repetição de ações. A gravidade e a complexidade da questão da droga exigem soluções criativas. A prática de redes certamente representa uma nova forma de trabalhar. A experiência da prática de redes tem mostrado resultados importantes, independentemente das condições políticas, jurídicas e de saúde das comunidades.

Na medida em que o fenômeno social humano se funda no amor, relações sociais que dependem do ver o outro que o amor envolve, como as relações de justiça, de respeito, de honestidade e colaboração, são próprias do operar de uma sistema social humano com sistema biológico e, portanto, pertencem ao afazer cotidiano social humano. Por isso, a negação dessas relações desvirtua o fenômeno social humano ao negar seus fundamentos (o amor) e toda a sociedade que o faz se desintegra, ainda que seus antigos membros provavelmente continuem interagindo porque não podem separar-se fisicamente.¹²⁵

O primeiro obstáculo no trabalho em redes a ser reconhecido e avaliado perpassa a dificuldade de mobilização familiar, seja pela sua mudança estrutural, seja pela mudança de sua “função”. Outro fator limitador é a pobreza. A situação de pobreza que predomina nas comunidades carentes é agravada pela presença de redes de tráfico de drogas, que constitui um desafio e uma situação de risco, não apenas para os moradores do local, mas também para os agentes que desenvolvem projetos comunitários.

A consolidação das redes sociais se dá pela realização de reuniões e de encontros de pais, de famílias, de jovens, de educadores ou de líderes de uma comunidade. Num momento de crise, essas pessoas se reúnem para compartilhar seus sentimentos, confrontar suas carências e somar suas energias na construção de soluções coletivas e criativas.

Tendo em vista que é a conduta individual de seus membros o que define um sistema social enquanto uma sociedade particular, as características de uma sociedade só podem mudar se mudar a conduta de seus membros.¹²⁶

¹²⁴ MATURANA, 1997, p. 190.

¹²⁵ MATURANA, 1997, p. 205.

¹²⁶ MATURANA, 1997, p. 203.

É necessário notar que os participantes das redes possuem valores e objetivos comuns, porém, dinâmicas diferenciadas de trabalho. O todo e os pontos da rede devem ser igualmente e paralelamente considerados. A complexidade organizacional de redes configura um aparente paradoxo: o todo é maior que as partes, e as partes são maiores que o todo. Mas esse paradoxo se desfaz na prática do trabalho em rede, residindo apenas no plano filosófico: as redes só existem quando suas células estão interagindo exponencialmente, em dinâmicas e lógicas não lineares. É o movimento entrecruzado e plural dos pontos que constitui e legitima a rede.

Consolidar a rede significa avançar em produção, disponibilização de informações e ampliação do espectro de atores e beneficiários reunidos através da iniciativa, para que os conhecimentos produzidos e apropriados possam ir além dos contornos institucionais já estabelecidos. A rede ganha expressão e legitimidade na medida em que suscita o interesse dos integrantes originais e de novos atores em participar e contribuir para o seu desenvolvimento.

3. REINSERÇÃO SOCIAL

3.1 Introdução

Por reinserção social entende-se todo esforço realizado que tenha como meta integrar dependentes de substâncias psicoativas na comunidade. O objetivo fundamental da reinserção social é a progressiva ressocialização do dependente químico em um ambiente que reforce a sua capacidade de ser autônomo; buscar sua realização pessoal, profissional, social, inter-relacionar-se; auto-afirmar-se, buscar um significado para a própria vida e potencializar o processo de maturidade que é pensar, projetar e escolher.

Podemos dizer que do ponto de vista sociológico, a principal consequência da socialização é adaptação da pessoa humana ao seu meio social. É através da adaptação social que sujeitos conseguem não só viver coletivamente, como também terem percepções uns dos outros e da vida como algo que lhes é comum e terem o sentimento de pertença a este ou aquele grupo, família, religião, país, etc. A adaptação social permite igualmente comunicar ideias, sentimentos, partilhar aspirações, gostos, necessidades, já que os indivíduos se revêem no *nós*, a partir do qual constroem a sua identidade pessoal e social.¹²⁷

Aqui se percebe novamente a importância da construção da identidade a partir da família, do grupo social, da identidade coletiva. Para o dependente químico, essa identidade coletiva, social ou nunca existiu, ou, se existiu, foi perdida. E a construção e reconstrução dessa identidade só é possível a partir de outros indivíduos - por isso a importância do trabalho em redes.

Todo e qualquer acompanhamento de reinserção social pós- internação em dependência química demanda profissionais capacitados.

Pelas exigências legais, essa tarefa é dos locais de tratamento. Entretanto, essas organizações seguidamente enfrentam sérias dificuldades financeiras, o que praticamente inviabiliza o acompanhamento de egressos desses serviços. As redes sociais, sejam a família, igreja, grupos ou mesmo a oferta de serviços realizados pelo SUS podem ser uma interessante opção na busca por alternativas na reinserção social.

¹²⁷ DIAS, Fernando Nogueira. **Educação e Projecto de Vida: Antes e depois da toxicodpendência**. Lisboa: Instituto Piaget. 2003. p. 18s.

A reinserção social é um processo no qual o indivíduo, sua família, a comunidade e o Estado se envolvem, visando a criar novas redes de relações do indivíduo com toda a sociedade, de forma saudável. Concretiza-se com a conscientização do indivíduo no aprendizado ou no resgate de valores morais e éticos, devendo toda a sociedade prestar apoio, criando mecanismos de educação, saúde, trabalho, esporte, lazer, cultura, apoio psicológico para o exercício de sua cidadania. Isso raramente acontece, por causa do estigma que a sociedade tem diante desses indivíduos e por se tratar de investimentos que não geram lucros ou podem não ter “retorno”¹²⁸.

Maioria dos dependentes sente-se um peso para sua família e para a sociedade e sentem-se culpados por serem dependentes, por tentar parar de usar a substância e não conseguirem. Ao mesmo tempo consideram-se vítimas de sua dependência como algo incurável e muitas vezes atribuem suas recaídas a sua situação patológica.

As pessoas dependentes de drogas vivenciam a marginalização por parte de sociedade, e isso cria um enorme sentido de culpa nelas. A culpabilização chega a ser uma *revitimização*, já que a pessoa dependente de drogas é vítima de uma situação patológica, de uma enfermidade.¹²⁹

E não apenas vítima da situação patológica, mas de exclusão e marginalização. Para o dependente, a exclusão social implica a privação de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, acesso a tratamento adequado, e também ao lazer sadio livre de SPAs entre outros. Essa exclusão e marginalização são delimitadas pelo início dos problemas sociais que o uso de substâncias traz consigo. A reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas e possibilita a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania.

Para o dependente químico em recuperação, a reinserção social contribui para a eficácia de seu tratamento, conduzindo-o à realização pessoal, ao restabelecimento da estabilidade clínica, emocional e social. O dependente químico sentir-se-á mais útil à sociedade, na medida em que conseguir reestruturar sua vida, sua personalidade e tiver condições de desenvolver suas capacidades. Esse processo lhe confere mais autonomia e

¹²⁸ Aqui aplicasse a teoria da dádiva de Marcel Mauss.

¹²⁹ GUEVARA, Edwin Mora. Espiritualidade a partir da graça em um programa de tratamento de dependência de drogas. IN: SANTOS, Hugo N. (editor). **Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral: Contribuições a partir da América Latina e do Caribe**. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008. p. 130.

responsabilidade, o que faz com que se sinta mais valorizado pelos outros e recupere sua autoestima. Isso não é tarefa fácil, mas o trabalho de rede e de profissionais das mais diversas áreas possibilita que o dependente químico seja visto e reconhecido como ser humano.

(...) ainda não existem profissões, não existem estamentos profissionais ou sociais que detenham a Reabilitação Psicossocial, ninguém sabe fazer Reabilitação Psicossocial, cada um de nós sabe um pedaço deste processo complexo e multifacetado.¹³⁰

O processo de reinserção começa com a avaliação social, momento em que o dependente mapeia em sua vida aspectos significativos (no programa 12 passos faz um inventário moral) que darão suporte ao seu novo projeto de vida, desenhado a partir das suas características pessoais e da etapa do tratamento em que se encontra. Geralmente esse processo é doloroso, trabalhoso e necessita de acompanhamento de uma pessoa de confiança do dependente. No processo de aprender a lidar com a sua relação com a droga, por meio da avaliação social, o dependente em recuperação é exposto às demandas do mundo externo com todas as suas contradições. Essa reflexão pode trazer sentimentos de rejeição, insegurança, culpa, incapacidade, dentre outros, que possivelmente vão colocá-lo em frequentes situações de risco.

Na reinserção social a colaboração da família é de fundamental importância, pois ela pode e deve dar o suporte social, além de ajudar para que o indivíduo mantenha-se em sobriedade, evitando, por exemplo, servir bebidas alcoólicas na presença do dependente.

Acredita-se que o aspecto chave para trabalhar ressocialização é a priorização de aspectos sociais e econômicos, visto que ressocializar o indivíduo usuário de drogas implica em aumentar sua contratualidade afetiva, social e econômica, viabilizando sua autonomia para a vida na comunidade.¹³¹

¹³⁰ BONADIO, Alessandra Nagamine. **O Processo de Reabilitação Psicossocial de Dependentes Químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica**. 2010. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, (Tese de doutorado), 2010. p. 15.

¹³¹POSSA, Terezinha, DURMAN, Solânia. **Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, vol. 3, no. 2, ago. 2007. p. 12.

Aumentar a contratualidade de vida significa que os assuntos individuais e sociais de maior relevância no contexto do dependente em recuperação devem ser discutidos abertamente, com o objetivo de estimular uma consciência social e humana mais participativa. O assunto da dependência química, apesar da ampla divulgação, continua sendo estigma, e a reinserção social será um processo longo e gradativo que implica, inicialmente, a superação de preconceitos, nem sempre explícitos, por parte da sociedade, das famílias e dos próprios dependentes. É nessas discussões que se percebe a energia vital manifestada, quase milagrosamente, naquele dependente que havia feito da condição de excluído o instrumento privilegiado de suas relações sociais, resgatando a sua autoestima.

3.2 Projeto de vida

O projeto de vida de um dependente químico deve considerar fundamentalmente as suas expectativas e as suas possibilidades reais, enfatizando suas escolhas pessoais, responsabilidade pelas decisões e comportamentos futuros. A maioria dos dependentes tem dificuldade de fazer um projeto de vida, porque não acreditam que conseguirão manter-se em abstinência e, muitas vezes, quando elaboram o projeto de vida, ele não condiz com a realidade.

Para todo dependente químico é muito difícil entender, mas ele deve estar e ser convencido de que seu tratamento não termina com a alta hospitalar ou a saída da comunidade terapêutica. A continuidade do tratamento é um espaço para a obtenção de suporte ao manejo das situações de risco.

A mudança do estilo de vida vai determinar em grande parte a recaída ou a sobriedade. A disponibilidade e a motivação do dependente para a mudança do seu estilo de vida envolvem, sobretudo, reformulação de hábitos e valores adquiridos no período de ingestão das drogas. O ingresso em grupos de mútua ajuda ou grupo religioso é de grande valia e podem funcionar como fatores de proteção, sempre motivado pela mudança interna e individual. Isso parte de um desejo pessoal para deixar de usar substâncias psicoativas e modificar sua vida e acreditar que isso é possível.

Observa-se que a auto-percepção, no sentido da transformação pessoal e nível de consciência, com auxílio recebido, propicia mudança de atitude e

benefícios próprios, também, a necessidade de mudança interior e no relacionamento com as pessoas, ressaltando o voltar para si mesmo na busca pela crença individual, espiritual e na capacidade de transformação como meio de superação da dependência.¹³²

Conhecer-se profundamente é superar a dependência, o que implica necessariamente no estabelecimento de metas do projeto de vida que irá preencher espaços de tempo ocioso que podem, para um dependente em recuperação, significar riscos de recaída e deverá ser feito após uma leitura realista e objetiva das questões trazidas à discussão. É prudente iniciar com metas modestas, cujo alcance irá fortalecer a autoestima e a crença na sua capacidade de construção de uma nova realidade, onde cada passo deve ser valorizado e cada tropeço analisado cuidadosamente.

O período de abuso de SPAs expõe o dependente a rupturas progressivas com a família, os amigos, o trabalho, a escola e a comunidade. É preciso resgatar ou estabelecer novas redes de socialização. O dependente deve investir na busca e na valorização de elementos que possam compor a rede de apoio para o processo de reinserção. Esses elementos podem ser: pessoas, instituições públicas ou privadas, e outras organizações sociais, que possam oferecer apoio nas situações de risco. Isso pode ser feito com o auxílio de alguma pessoa de confiança.

3.3 Aspectos Familiares

A família é o primeiro núcleo social que o indivíduo tem contato, sendo lugar privilegiado para que o indivíduo aprenda a se relacionar com o mundo. Nem todo indivíduo consegue realizar esse aprendizado de forma tranquila e satisfatória. Embora esse aprendizado tenha sido comprometido pelo uso da droga, ele impõe-se ao dependente como referencial de comportamento e atitude diante da vida.

Em geral, a família do dependente é uma família em crise, cuja resolução do problema vai depender da disponibilidade de seus componentes para aceitar um processo de mudança. Esse processo de mudança nem sempre acontece de forma serena ou natural e, tal como o dependente, a família pode aprender novas maneiras de viver, abandonando comportamentos negativos e assumindo comportamentos positivos. Em

¹³² POSSA, DURMAN, 2007, p. 10.

geral, esse processo de mudança na família e na sua relação com o dependente em recuperação exige disponibilidade e a ajuda de uma pessoa ou grupo.

Quando a família tem noção do que está acontecendo com seu familiar envolvido com álcool/drogas, tende a criar novos mecanismos e fortalecer suas relações, ao invés de se afastar do convívio social, busca maneiras e recursos para ajudar o seu familiar usuário de drogas, devolvendo-lhes sua dignidade e cidadania. Para que isso ocorra, a família precisa de informações relativas a doença, de apoio e de diálogo com profissionais da área da saúde.¹³³

A família pode ajudar o dependente de várias formas, tais como: reconhecendo e valorizando pequenas conquistas; mostrando-se solidária e comprometida com o processo de recuperação; ouvindo e refletindo; demonstrando afeto e compreensão; e se conscientizando de que não existem soluções mágicas, mas que a recuperação é um processo longo e gradativo, no qual podem ocorrer recaídas.

Geralmente, quando a família se dá conta de que a sobriedade não depende da sua vigilância, acontece uma mudança na relação entre ambos. A adoção de uma postura positiva pela família favorece o restabelecimento de uma relação de confiança, possibilitando-lhe a retomada dos papéis familiares, fortalecendo a autoestima e incentivando-o a lançar-se em novos desafios.

A participação conjunta do dependente e familiares em grupos de autoajuda, associações, projetos comunitários ou mesmo instituições religiosas deve ser considerada como ferramenta positiva de reinserção.

Na ausência de familiares, deve-se buscar uma figura de referência para o dependente, com quem ele possa estabelecer ou retomar um relacionamento afetivo. Esta figura pode estar representada por um colega de trabalho, um chefe, um vizinho ou um amigo.

3.4 Aspectos Profissionais

O trabalho desempenha papel central na constituição da identidade pessoal do sujeito - e o valor de uma pessoa ou a sua dignidade estão diretamente ligados à sua

¹³³ POSSA, DURMAN, 2007, p. 7.

capacidade de produção. Desenvolver uma atividade formal ou informal é, para o dependente químico, quase tão importante quanto a manutenção da abstinência.

(...) o trabalho tem que ser (...) um espaço intermediário entre a esfera social e a esfera subjetiva, que permita a construção de uma identidade, que faça com que o sujeito se conheça e seja reconhecido através dessa identidade e que não seja apenas algo para o indivíduo se ocupar (fazer), mas sim algo para o indivíduo professar como parte constituinte de si (ser ao fazer).¹³⁴

A discriminação quanto à capacidade do dependente estar apto ao trabalho faz com que ele experimente sentimentos ambivalentes de fracasso e de sucesso. Numa situação como a atual, onde se exige cada vez mais formação é importante considerar que a dificuldade de inserção no mercado de trabalho não depende apenas da aptidão ou do esforço dos indivíduos, pois, mesmo para indivíduos não-dependentes, a realidade não é muito diferente.

Neste sentido, o risco de fracassar não está, por vezes, na dificuldade de conquistar um trabalho, ou mesmo de mantê-lo, de estar bem com os familiares e amigos, ou de conseguir manter-se em abstinência do uso de drogas. O grande risco está na ausência de objetivos para a vida pessoal. É a ligação com o futuro que, interrompida, potencializa a sensação de impotência e de fracasso.¹³⁵

A indicação de voltar aos estudos ou frequentar cursos profissionalizantes e de aprimoramento pode favorecer a sua reinserção e melhorar a empregabilidade. A participação em grupos de apoio e a troca de amigos também podem abrir portas para a empregabilidade.

Trabalhos temporários e informais, assim como a baixa remuneração, não devem ser vistos como fracasso, mas como uma conquista ou uma etapa a ser valorizada como forma de treinamento de habilidades, justamente pela dificuldade que o dependente químico tem de manter-se no trabalho.

A inclusão do dependente em programas sociais de apoio como, por exemplo, os CAPSad (Centros de atenção psicossocial álcool e drogas) poderá ser a porta de acesso a outros benefícios, como melhoria da escolaridade e da qualificação profissional e principalmente o desenvolvimento da autoestima.

¹³⁴ RIBEIRO, 2004 apud BONADIO, 2010, p. 161.

¹³⁵ BONADIO, 2010, p. 166.

O serviço voluntário também é uma opção de iniciar num trabalho, de ter uma ocupação, uma forma de socialização e exercício da solidariedade e da cidadania.

3.5 Aspectos Econômicos e Financeiros

É implícito que, durante os anos de abuso de SPAs, haja, por vezes, irreparáveis perdas financeiras. Portanto, seria simplista pensar que a reinserção social do dependente não implique uma recuperação dessas perdas. O primeiro ponto nesse aspecto é não lamentar o que foi perdido. É preciso levantar criteriosamente a condição do momento. Listar as dívidas e definir uma programação para saldá-las ou, ao menos, renegociá-las, o que alivia a ansiedade do paciente e o coloca diante da responsabilidade de planejar o futuro.

3.6 Aspectos Comunitários

Em qualquer fase do desenvolvimento do ser humano, o reconhecimento social e a influência dos grupos a que pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de inclusão e de valorização pessoal.

No período de abuso da droga o dependente sofre uma gradativa deterioração pessoal, com o empobrecimento dos relacionamentos sociais. Sentimentos de rejeição, auto-depreciação, insegurança, dentre outros, o afastam do convívio social. A perda do emprego, da família ou problemas com a polícia e a justiça colocam-no em situações difíceis. Com o processo de tratamento e a abstinência, ele se vê diante do desafio de resgatar os relacionamentos destruídos. A participação na comunidade oferece a oportunidade de ele reescrever a própria história, de começar com a reparação de possíveis danos causados a si próprio ou a outrem. A busca de ajuda para prováveis problemas judiciais e a reaproximação de amigos de antes da dependência podem impulsioná-lo a retomar o gosto pelo lazer, pelas atividades culturais e associativas desprezadas até então.

3.7 Aspectos Espirituais

Independentemente da formação ou orientação religiosa, é importante que o dependente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Nesse sentido, a fé poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades, onde sonhos se transformam no projeto de uma nova vida. Como já visto anteriormente, os grupos religiosos têm grande potencial de reinserção social.

3.8 Suporte Social

Os agentes socializantes, que também podem ser considerados fatores de proteção mais importantes na reinserção social, são: a família - suporte e apoio nas tomadas de decisão; o grupo social onde está inserido; o ambiente de trabalho; a escola; as pessoas associadas às relações afetivas; as pessoas associadas à utilização do tempo livre; as atividades culturais; as atividades ligadas ao lazer; os amigos -verdadeiramente os novos amigos do período da abstinência e fazer atividades que dêem prazer e alegria, mas que não exponham o dependente desnecessariamente.

Os fatores de risco na reinserção social são: os amigos e lugares do período da ativa; e as situações que provoquem um nível de ansiedade muito elevado.

CONCLUSÃO

As pessoas com histórico de dependência química, ao longo de seu viver, vão perdendo os vínculos que constituíram: família, cônjuge, filhos, amigos. Isso acontece porque pessoas envolvidas com algum tipo de substância invertem os valores, têm outras necessidades e não conseguem responder adequadamente ao e pelo vínculo familiar. Desta forma, vão sendo desenvolvidos sentimentos de raiva, hostilidade e medo. E, para romper com esse processo, tanto a família quanto o dependente precisam dar-se conta dessa situação e estarem dispostos a receber ajuda.

A vivência em um ambiente familiar instável, intolerante, com falta de compreensão e afetividade, rejeição ou até mesmo excesso de mimo e cuidado, desconfiança, insegurança, medo, falta de limites e disciplina pode favorecer o uso de algum tipo de substância e dificulta até mesmo a permanência do indivíduo em sobriedade após um tratamento.

Quando uma família entende o processo de recuperação dela e de seu dependente ela tende a criar mecanismos para fortalecer suas relações ajudando desta forma o dependente. Para isso, a família também necessita de apoio, informação e diálogo. Quando os vínculos sociais e familiares são desfeitos, podem acontecer emoções negativas, causando, muitas vezes, rompimento e esvaziamento de vínculos e, em consequência, a insignificância da própria vida.

Usuários de substâncias psicoativas são, em sua maioria, pessoas solitárias, com dificuldades para estabelecer vínculos profundos e duradouros. Apresentam baixa tolerância à frustração e vários outros problemas em decorrência de baixa autoestima. Quando o dependente químico passa por um tratamento, parte-se do princípio de que queira recomeçar sua vida. Isso significa reatar vínculos perdidos ou constituir novos. Isso inclui família, ter uma vida social, amigos, participar de atividades, voltar ao trabalho, enfim, sentir-se útil.

Durante o tratamento, o dependente planeja, idealiza, sonha. No entanto, quando retorna ao convívio social quase sempre sente grande dificuldade de encontrar um trabalho e de ter um convívio social sadio. Isso é reflexo da falta de articulação em redes sociais que possam fortalecer e apoiar o dependente químico em recuperação, seja

pela falta de informações, seja até mesmo de falta de vontade por parte da sociedade ou da própria família.

Estar em recuperação significa recuperar também suas forças, saber o que quer, reivindicar seu papel na sociedade e na família, papel este que deixou de exercer ou talvez nunca tenha exercido. Como indivíduo que usava SPAs, estava alheio à realidade que o cercava, mesmo que a sua atitude tenha denunciado o lado obscuro da sociedade que está doente, ele não tinha voz ativa.

Portanto, a dependência química não é um problema para ser analisado de forma isolada, mas dentro de um contexto amplo, de natureza social, econômica, psíquica e até mesmo espiritual.

As drogas mais usadas em nossa sociedade são aquelas comercializadas e compradas livremente, como as bebidas alcoólicas, o cigarro e os tranquilizantes. Seus usos são estimulados pela mídia e pela sociedade em geral, e estão intimamente associados aos maiores problemas de saúde pública, não somente em nosso país. Paradoxalmente, as ações de prevenção ao uso indevido dessas substâncias, quando existentes, são extremamente acanhadas.

Diante dessas circunstâncias, vemos muitos dependentes e inúmeros problemas causados pela dependência de SPAs, como acidentes de trânsito e trabalho, problemas de saúde, desestruturação familiar, poucas oportunidades no mercado formal de trabalho, processos, inquéritos e outros.

A família, como rede social também necessita de tratamento. Para tanto, os grupos, sejam terapêuticos ou de convívio, são fundamentais, tanto no tratamento dos dependentes em recuperação, quanto no tratamento da família.

As redes sociais estão presentes na sociedade há muito tempo, mas somente na atualidade tem se reconhecido sua importância e relevância. O trabalho em redes se faz urgente e necessário, tanto como forma de prevenção ao uso de substâncias, como na manutenção da sobriedade e abstinência dos indivíduos que passaram ou passam por tratamento.

Redes sociais podem possibilitar um tempo maior de abstinência dos dependentes, seja pela função terapêutica que os grupos exercem, pelo apoio mútuo ou pelo convívio com pessoas com os mesmos problemas. No entanto, também é da sociedade a tarefa de colaborar na manutenção da sobriedade, bem como entender a

dimensão do problema da dependência química e promover a prevenção; e pode colaborar articulando essas redes sociais, proporcionando participação em grupos e um ambiente acolhedor. A dependência química não é um problema isolado, mas um problema social e de saúde pública. Portanto, responsabilidade de todos.

REFERÊNCIAS

ALIANE, Poliana Patrício; LOURENÇO, Lélío Moura; RONZANI, Telmo Mota. **Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool.** Maringá, Psicol. estud., vol. 11, no. 1, Jan./Abr. 2006.

AMAR, Ayush Morad. **A verdade sobre as drogas.** São Paulo: Ícone, 2. v., 1988.

ANDOLFI, Maurizio. **A Terapia Familiar.** Lisboa: Veja, 1981.

ANTÓN, Diego Macià. **Drogas. Conhecer e Educar para Prevenir.** São Paulo: Scipione, 2000.

AQUINO, Julio Groppa (org.). **Drogas na Escola. Alternativas Teóricas e Práticas.** São Paulo: Summus, 1998.

ASSIS, Simone Gonçalves de; PESCE, Renata Pires; AVANCI, Joviana Quintes. **Resiliência: Enfatizando a Proteção dos Adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

BAILEY, Joseph V. **O Princípio da Serenidade.** Encontrando a paz interior na recuperação. São Paulo: Paulus, 1996.

BAUMAN, Zigmunt. **Em busca da política.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

BEATTIE, Melody. **Co-dependência nunca mais.** Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

_____. **Para além da co-dependência.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2005.

BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevista e grupos.** 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BOFF, Leonardo. **O despertar da águia: o dia-bólico e sim-bólico na construção da realidade.** 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

BUBER, Martin. **Do diálogo e do dialógico.** São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. **Eu e tu**. 2. ed. Revista, São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

_____. **O socialismo utópico**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1986.

BUBER, Martin. DASCAL, MARCELO. ZIMMERMANN, OSCAR. **Sobre comunidade**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BUCHER, Richard (org). **As Drogas e a Vida: Uma Abordagem Biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1988.

BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BURNS, John E. **O caminho dos doze passos: o tratamento de dependência de álcool e outras drogas**. São Paulo: Loyola, 1995.

CAPRA, Fritjof. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de; SUDBRACK, Maria Fátima Oliver; SILVA, Maria Terezinha. **Crianças e Adolescentes em situação de Rua e Consumo de Drogas**. Brasília: Plano Editora, 2004.

CERVENY, Ceneide M. de O. (org.). **Família e comunicação, divórcio mudanças, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição**. 2. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

CHARBONNEAU, Paul-Eugène. **Drogas: prevenção, escola**. 6. ed. São Paulo: Paulus, 1988.

CORDEIRO, Daniel Cruz. FIGLIE, Neliana Buzi. LARANJEIRA, Ronaldo. (orgs.). **Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias**. São Paulo: Roca. 2007.

COSTA, Patrícia. **Falando de drogas sem hipocrisia**. Cadernos do Terceiro Mundo, Vol./No. 176 , p. 18-21, 1994.

COUTINHO, Valdenir de Souza. **Bioética, toxicomania: 2001 - por um século sem drogas**. Grande Sinal, Vol./No. 55/1 , p. 79-92, 2001.

CURY, Augusto Jorge. **A Pior Prisão do Mundo**. São Paulo: Academia da Inteligência, 2000.

DABAS, Elina Nora. **Red de redes: lasprácticas de laintervención en redes sociales**. Buenos Aires: Paidós, 1993. 2001 (3a. impresión).

DABAS, Elina; NAJMANOVICH, Denise. **Redes: ell enguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil**. Buenos Aires: Paidós, 1995. 2002 (2. impresión).

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

DEMARI, Erivelton Schwantz; STRECK, Valburga Schmiedt. **Igreja cristã: uma família terapêutica**. São Leopoldo, 2008. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2008 (TCC Bacharelado em Teologia).

EHRAT, Mariane Beyer. **Intervisão fraterna: um método de aconselhamento mútuo**. São Leopoldo: Instituto Ecumênico de Pós-Graduação da Escola Superior de Teologia, 2005.

DIAS, Fernando Nogueira. **Educação e Projecto de Vida**. Antes e depois da Toxicodependencia. Lisboa/Portugal: Instituto Piaget, 2003.

_____. **Padrões de Comunicação na Família**. Uma Análise Sociológica. Lisboa/Portugal: Instituto Piaget. 2001.

_____. **Sociologia da Toxicodependencia**. Lisboa/Portugal: Instituto Piaget, 2002.

EDWARDS, Griffith. et al. **A Política do Álcool e do bem comum**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ELIAS, Norbert apud MARTINS, Paulo Henrique, FONTES, Breno (org). **Redes Sociais e Saúde: Novas Possibilidades Teóricas**. Recife: UFPE, 2009.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1994.

EVANS, Abigail Rian. **O Ministério Terapêutico da Igreja: Programas práticos para Ministérios da Saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FILHO, Júlio Paupitz. **O Alcolóico: análise, dependência, recuperação**. Relisul, 1987.

FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro de. **Adolescência, Família e Drogas**. A função Paterna e a questão de limites. Rio de Janeiro: Manad, 2002.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A.: **IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 1997.

GAUSMANN, Samuel; PAIXÃO, Márcia Eliane L. da. **Amor-exigente: um compromisso na busca de uma vida cada vez melhor**. São Leopoldo: Bacharelado em Teologia da Escola Superior de Teologia, 2005.

GIMENEZ, Miriam Noronha Mota; STRECK, Valburga Schmiedt. **A comunidade de apoio no contexto da Igreja Batista Ágape em Campo Grande**. São Leopoldo: Instituto Ecumênico de Pós-Graduação da Escola Superior de Teologia, Monografia do Curso de Especialização em Aconselhamento e Psicologia Pastoral, 2008.

GITLOW, Stuart. **Transtornos relacionados ao uso de substâncias**. Tradução Magda França Lopes. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GODBOUT, Jacques T. **O Espírito da Dádiva**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUEVARA, Edwin Mora. Espiritualidade a partir da graça em um programa de tratamento de dependência de drogas. IN: SANTOS, Hugo N. (editor). **Dimensões do cuidado e aconselhamento pastoral**: Contribuições a partir da América Latina e do Caribe. São Paulo: ASTE; São Leopoldo: CETELA, 2008.

GUTJAHR, Méris. **Prevenção do uso de Drogas com Crianças e Adolescentes**. Anais do Simpósio do Mestrado Profissional em Teologia. São Leopoldo: EST, v. 2, 2010.

HOCH, Lothar Carlos. L. ROCCA, Suzana M. **Sofrimento, Resiliência e Fé**. Implicações para as relações de cuidado. São Leopoldo: Sinodal/EST. 2007.

HOCH, Lothar Carlos. NOÉ, Sidnei Vilmar. **Comunidade Terapêutica**. Cuidando do ser através das relações de ajuda. 2. ed. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

HOCH, Lothar Carlos; SCHEUNEMANN, Arno Vorpapel. **Redes de apoio na crise**. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Associação Brasileira de Aconselhamento, 2003.

INABA, Darryl S.; COHEN, William E. **Drogas: efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

INSTITUTO SOCIAL MORUMBI. **Entorpecentes**: estudos sobre tóxicos e toxicomania. São Paulo: Loyola, 1971.

KALINA, Eduardo. **Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

KNAPP, Paulo; BERTOLOTE, José Manoel; WOITOWITZ, Arnaldo; MONTI, Marco. **Prevenção da recaída**: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KRUEGER, Rolf Roberto; GAEDE NETO, Rodolfo. **Comunidade terapêutica: como acolher egressos de instituições de recuperação de dependentes químicos?** : um exemplo da IECLB em Florianópolis. São Leopoldo: Instituto Ecumênico de Pós-graduação da ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA, 2005.

LEITE, M. C., ANDRADE, A. G.: **Cocaína e Crack: Dos Fundamentos Ao Tratamento**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1999.

LOPES, Caho. **Cara a cara com as drogas**: guia prático para entender e enfrentar a complexidade da dependência. Porto Alegre: Sulina, 1996.

MAFFESOLI, Michel. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

MARLATT, G. Alan; GORDON, Judith R. **Prevenção de recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARLATT, G. Alan, DONOVAN, Dennis M. et al. **Prevenção de recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

MATURANA, R. Humberto, et al. (org.). **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: UFMG, 1997.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a dádiva**. Lisboa: Edições 70, 1988.

_____. **Ensaio de Sociologia**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1981.

MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Nestor Suárez e colaboradores. **Resiliência**: Descobrimos as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELMAN, Charles. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania**: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992.

MESSAS, Guilherme. **Álcool e drogas**: uma visão fenômeno-estrutural. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MOTA, Leonardo de Araújo. **Dependência Química**: problema biológico, psicológico ou social? São Paulo: Paulus, 2007.

MOTA, Leonardo. **Dependência Química e Representações Sociais**: pecado, crime ou doença? Curitiba: Juruá, 2009.

MUNUCHIM, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. **Trabalhando com famílias pobres**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Neurociência do uso e Dependência de Substâncias Psicoativas**. São Paulo: Roca, 2006.

OSORIO, Luiz Carlos. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

OUTEIRAL, José. **Drogas: uma conversa difícil, necessária e urgente**. 2. ed. ampliada. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

PAGÈS, Max. **A Vida Afetiva dos Grupos**: esboço de uma teoria da relação humana. Petrópolis: Vozes, 1982.

PALMA, Regina H. Blandy Figueredo; JESIERSKI, Marta Ana. **Drogas, prevenção e tratamento**. São Paulo: Ícone, 1988.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. Tradução Marco A. F. Velloso. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PINSKY, Ilana, BESSA, Marco Antônio (org.). **Adolescência e Drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

POSSA, Terezinha e DURMAN, Solânia. **Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., vol. 3, no. 2, ago. 2007.

ROESE, Anete; DEIFELT, Wanda. **Espaços de cuidado, movimentos de ressurreição**: teoria e método para o processo de acompanhamento pastoral terapêutico de grupos. São Leopoldo: Instituto Ecumênico de Pós-Graduação da Escola Superior de Teologia (tese de doutorado), 2004.

SAFRA, Gilberto. **A fragmentação do éthos no mundo contemporâneo**. In: NOÉ, Sidnei Vilmar. Espiritualidade e saúde. Da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

SANCHEZ, Amauri M. Tonucci. **Drogas e drogados**: o indivíduo, a família, a sociedade. São Paulo: EPU, 1982.

SANTA CATARINA - Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão - Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN/SC POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS – **Manual de Orientações** – 2007.

SANTOS, Jacqueline Araújo dos; GAEDE NETO, Rodolfo. **A comunidade cristã como comunidade terapêutica: o cuidado integral com adolescentes e jovens dependentes de substâncias psicoativas**. São Leopoldo: ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA, 2007.

SANTOS, Rosa Maria Silvestre. **Prevenção de Droga na Escola**. Uma abordagem psicodramática. 4. ed. Campinas, SP: Papirus, 1997.

SCHUCKIT, Marc. **Abuso de álcool e drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SILVA, Marta Nörnberg da. Cuidado(s) em movimento: A ética do cuidado e a escuta sensível como fundamento do cuidado. In: NOÉ, Sidnei Vilmar. **Espiritualidade e saúde**. Da cura d'almas ao cuidado integral. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (org.). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SOUZA, Marli Olina de; STRECK, Valburga Schmiedt. **Tecendo redes sociais de solidariedade e formando multiplicadores: descobrindo competências através da resiliência**. São Leopoldo: Instituto Ecumênico de Pós-Graduação da ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA, 2007.

SULLEROT, Evelyne. **A Família**. Da crise a necessidade. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

TÜRCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

VILLASANTE, Tomás R. **Redes e alternativas: estratégias e estilos criativos na complexidade social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

WEIL, Andrew. **Drogas e estados superiores da consciência**. São Paulo: Editora Ground, 1986.

WERNER, Jairo. **A relação sujeito-drogas na perspectiva histórico-cultural:** abordagens preventivas e terapêuticas. Revista de Educação do COGEIME, n. 25 , p. 77-87, 2004.

WUESTHOF, Roberto. **O que é prevenção de drogas.** São Paulo: Brasiliense, 1991.

YARÍA, Juan Alberto. **A existência tóxica:** manual para pais e educadores. São Paulo: Loyola, 1995.