

**ADROALDO BITTENCOURT**

**O PROCESSO DE CONTATO COM DROGAS: USO E  
ABUSO, SENTIDOS E LUGARES**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2007**

**ADROALDO BITTENCOURT**

**O PROCESSO DE CONTATO COM DROGAS: USO E  
ABUSO, SENTIDOS E LUGARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Vera Sônia Mincoff Menegon.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2007**

### Ficha Catalográfica

Bittencourt, Adroaldo  
B624p O processo de contato com drogas: uso e abuso , sentidos e lugares /  
Adroaldo Bittencourt; orientação Vera Sônia Mincoff Menegon. 2007.  
187 f. + anexo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa  
de Mestrado em Psicologia, 2007.  
Inclui bibliografias

1. Drogas – Aspectos psicológicos 2. Psicologia social da saúde 3.  
Drogas – Uso – Prevenção 4. Psicologia da saúde - Dissertação. Título II.  
Menegon, Vera Sônia Mincoff

CDD-616.86

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por ADROALDO BITTENCOURT, intitulada “O PROCESSO DE CONTATO COM DROGAS: USO E ABUSO, SENTIDOS E LUGARES”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Vera Sônia Mincoff Menegon  
(orientadora/UCDB)

---

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (UFAL)

---

Profª. Dra. Ângela Elizabeth Lapa Coêlho (UCDB)

---

Profª. Dra. Regina Célia Ciriano Calil (UCDB)

Campo Grande-MS, 10 de dezembro de 2007.

Dedico a minha esposa, Maria das Graças,  
pelo amor e carinho, companheirismo,  
compreensão. É uma alegria e uma dádiva tê-  
la ao meu lado.

## AGRADECIMENTOS

Ao Poder Superior;

À Profa. Dra. Vera Sônia, pela confiança depositada, pela disposição em ajudar e acolhimento nos momentos de dúvida, pelos conhecimentos compartilhados, pela dedicação, sabedoria e paciência transmitidas durante o processo de orientação;

Aos demais professores que, com paternal dedicação e abnegação, me legaram válidos e úteis conhecimentos;

Aos diretores do Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico – CARTA, Alberto Hirata, Ivaldo Sartor e Sergey Sendtko, amigos e exemplos de solidariedade humana e voluntários comprometidos com o bem-estar do próximo, por permitir e incentivar esta pesquisa;

Ao amigo Ronaldo e demais membros da equipe do Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico – CARTA, pela colaboração e compreensão da realização do trabalho e auxílio material;

Aos internos do Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico – CARTA pela valiosa colaboração nas oficinas e na disposição em fornecer os dados necessários para a realização deste trabalho;

Ao meu pai, Ariosvaldo, (*in memoriam*), que em vida sempre incentivou nos estudos e leitura;

À minha mãe, Maria Neli, que sempre acreditou e me estimulou com sua ternura e carinho;

Aos meus irmãos: Fábio, Ricardo, Júnior e Alexandre por acreditarem no meu esforço;

Aos tios, Antonio e Isabel, pela solidariedade e acolhida;

Ao Fábio, Ezequiel e Rogério, meus amigos, pelos momentos de companheirismo e acolhida, que foram importantes durante todo este processo; e

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente me apoiaram para que a presente obra se tornasse um fato marcante na senda da minha vida.

*Para se educar uma criança é necessário uma aldeia.*

Provérbio africano



## RESUMO

Esta dissertação insere-se no âmbito do Laboratório de Psicologia da Saúde, Cultura e Sociedade, do Mestrado em Psicologia, e alinha-se a estudos voltados à prevenção de doenças e promoção da saúde, enfocando a problemática da dependência de substâncias psicoativas. O objetivo geral da pesquisa foi compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas em tratamento para recuperação da dependência dessas substâncias. Para o seu desenvolvimento, adotamos o método qualitativo, tendo como base teórico-metodológica a abordagem sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano e a literatura especializada em drogadicção e nos processos de prevenção de doença e promoção da saúde. A pesquisa foi realizada no Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico (CARTA), envolvendo 37 pessoas, em tratamento, no período da pesquisa, e que aceitaram o convite para participar das “Oficinas sobre Substâncias Psicoativas”. No total realizamos oito oficinas, com uma média de quatro participantes cada uma. Como resultado desta pesquisa, apuramos que o primeiro contato com algum tipo de droga – usando ou presenciando – acontece com o tabaco e o álcool ao longo da infância e, geralmente, as pessoas envolvidas são do meio familiar ou conhecidas. Já o contato com as drogas ilícitas ocorre mais na adolescência, por volta dos quatorze anos, e embora possa envolver familiares, a maior parte desse contato dá-se fora do ambiente familiar, principalmente com colegas de escola, amigos e vizinhos. Segundo os participantes da pesquisa, o envolvimento com drogas trouxe diversos riscos à sua saúde e à sua vida e, ao discutirem as possibilidades de prevenção, ressaltaram alguns aspectos importantes para pensarmos estratégias de prevenção. Por exemplo, que são necessárias campanhas de prevenção direcionadas, também, contra o uso do álcool, uma vez que esse se caracteriza como a porta de entrada para outras drogas, principalmente em casos de recidiva. Em síntese, independentemente de serem lícitas ou ilícitas, as drogas trazem prejuízos às pessoas e à sociedade. Entretanto, a análise mostrou que é necessário evitar o moralismo como forma de abordagem e que as campanhas de prevenção devem ser elaboradas por equipes multidisciplinares que contenham diferentes profissionais da área de saúde, mas também pessoas que já tiveram problemas com drogas. Por fim, observamos que as oficinas usadas para esta pesquisa podem constituir uma estratégia a ser utilizada como parte do processo terapêutico com as pessoas em tratamento no CARTA.

Palavras-chave: Psicologia Social da Saúde. Substâncias psicoativas. Prevenção e Promoção. Produção de sentidos.

## ABSTRACT

This dissertation falls within the ambit of the Psychology Lab of Health, Culture and Society, from the Master of Psychology, and goes along with the studies about disease prevention and promotion of health focusing on the problem of dependency of psychoactive substances. The general aim of this search is to understand the reasons which are attached to the process of adherence, in the perspective on people who are in treatment of recovery of dependency of these kinds of substances. To develop it we used the qualitative method, taking as methodological-theory base the approaching about discursive practice and production of purposes in the daily routine and a literature specialized in drug-adhesion and in the process of disease prevention and promotion of health. The search took place in the Center of Support, Rehabilitation and Therapy to the Chemical Dependent (Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico/CARTA), where 37 people were involved, who were in treatment, during the search, and accepted the invitation to participate in the “Workshop about psychoactive substances”. In the total we made eight workshops, with the average of four participants in each of them. As a result, we found that the first contact with any kind of drug – using or just observing – happens with the tobacco and the alcohol along the infancy and, generally, the people who participate of this are the ones from the family or anyone who is known by the person. Whereas the contact with the illicit drugs occurs during the adolescence, around the 14’s, although it can involve relatives, the most part of this contact happens out of the family, specially with classmates, friends and neighbors. According to the participants of the search, the involvement with the drugs brought a lot of risks to the health and to the life and, while discussing the chance of prevention, some important aspects can be mentioned to think about strategies of prevention. As an example, it is necessary to have directed prevention campaigns, as well as, against alcohol, since this is characterized as the main way to get involved to the drugs, specially in recidivism. Whatever, it doesn’t matter if the drugs are licit or illicit, they cause damage to the people and to the society. However, the analyses showed that is necessary to avoid the moral majority as a form of approaching and that the prevention campaigns must be created by multidiscipline groups which must be formed by different professionals of the health, but also by people who had problems with drugs. To end it, we observed that the workshops which were used for this search can create a strategy to be used as part of the therapeutic process with the people who are in treatment in the Center of Support, Rehabilitation and Therapy to the Chemical Dependent (Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico/CARTA).

Key-words: Health Social Psychology. Psychoactive substances. Prevention and Promotion. Production of purposes.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Repertórios em destaque: presenciando o uso de drogas.....	86
QUADRO 2 - Repertórios em destaque: usando drogas pela primeira vez .....	87
QUADRO 3 - Ilustração de uso de repertórios que expressam sentimentos vivenciados em situações significadas como de risco.....	101
QUADRO 4 - Repertórios e reflexões sobre o medo de recaída no uso de drogas.....	107
QUADRO 5 - Caracterização dos participantes das oficinas.....	138
QUADRO 6 - Faixa etária dos participantes das oficinas.....	139
QUADRO 7 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 1 .....	148
QUADRO 8 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 2.....	150
QUADRO 9 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 3 .....	152
QUADRO 10 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 4.....	157
QUADRO 11 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 5.....	161
QUADRO 12 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 6.....	163
QUADRO 13 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 7.....	166
QUADRO 14 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 8.....	168
QUADRO 15 - Categorias das associações de Idéias com a palavra “droga” .....	171
QUADRO 16 - Categorias das situações em que presenciou o uso de drogas pela primeira vez.....	175
QUADRO 17 - Categorias das situações da primeira vez em que usou algum tipo de droga.....	178
QUADRO 18 - Categorias das situações de risco no uso de drogas .....	180

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 SITUANDO O CAMPO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS</b> .....	19
2.1 CONSTRUÇÃO SOCIAL DO USO DAS DROGAS: UMA BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA.....	20
2.1.1 Tabaco ( <i>Nicotiana tabacum</i> ).....	22
2.1.2 Bebidas alcoólicas.....	24
2.1.3 Outras drogas.....	28
2.2 DIMENSÕES POLÍTICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	32
2.2.1 Substâncias psicoativas.....	35
2.2.1.1 Drogas lícitas.....	37
2.2.1.2 Drogas ilícitas.....	38
2.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	40
<b>3 SITUANDO O CUIDADO COM A SAÚDE</b> .....	43
3.1 SAÚDE E DOENÇA.....	44
3.1.1 Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial.....	46
3.2 PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE E PREVENÇÃO.....	51
3.3 PREVENÇÃO E O USO DE DROGAS.....	54
3.3.1 Níveis de prevenção.....	56
3.3.2 A linguagem dos riscos na prevenção.....	58
<b>4 PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO COTIDIANO</b> .....	63
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	67
5.1 OBJETIVO GERAL.....	68
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	68

<b>6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	69
6.1 LOCAL DA PESQUISA: APRESENTANDO O CARTA.....	70
6.1.1 Histórico do CARTA .....	71
6.1.2 Filosofia do CARTA .....	72
6.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	74
6.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS: OFICINA TEMÁTICA.....	75
6.3.1 Síntese do contexto da oficina.....	76
6.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE .....	77
6.4.1 Passos da análise .....	77
6.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	78
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	80
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	81
7.2 REPERTÓRIOS ASSOCIADOS À PALAVRA DROGA .....	82
7.3 SITUAÇÕES E ESPAÇOS DO COTIDIANO: CONTATOS, USO E ABUSO DE DROGAS.....	84
7.3.1 Situações do cotidiano: contato e primeiro uso de droga.....	84
7.3.1.1 Repertórios em destaque: percepções, emoções, sentidos .....	85
7.3.1.2 Situações do cotidiano familiar .....	88
7.3.1.3 Situações do cotidiano escolar .....	92
7.3.1.4 Eventos sociais (esportes, bares, festas, vida noturna).....	95
7.3.1.5 Outras situações do cotidiano .....	98
7.3.2 Situações de risco e uso de drogas .....	99
7.3.2.1 Repertórios em destaque: vivendo o risco .....	100
7.3.2.2 Caracterizando as situações de risco .....	102
7.4 É POSSÍVEL PREVENIR A RECAÍDA DE USO DE DROGAS?.....	106
7.4.1 Estratégias facilitadoras da prevenção .....	108
7.4.2 Estratégias que dificultam a prevenção .....	112
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	115
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	121
<b>APÊNDICES</b> .....	129
<b>ANEXOS</b> .....	185

## **1 INTRODUÇÃO**

---

A palavra “droga” tem vários sentidos na língua portuguesa, que dependem do contexto de uso. As pessoas podem usar esse termo para se referir a alguma substância com qualidades ou potencialidades curativas, isto é, medicamentos. No cotidiano, droga é uma expressão popular muito usada para se referir a algo que não corresponde a uma expectativa, assim quando as pessoas dizem “a vida é uma droga”, estão querendo dizer que alguma coisa não está dando certo. Por fim, quando as pessoas querem se referir a determinadas substâncias alteradoras de comportamento, ou seja, substâncias psicoativas, também utilizam a expressão “droga” (SEIDL; COSTA, 1999).

Em nossa sociedade, algumas dessas substâncias são consumidas livremente sem quase nenhuma interferência; já para outras existem restrições maiores ao uso, devido ao fato de haver uma distinção do ponto de vista legal, entre drogas lícitas ou ilícitas, ou seja, existem drogas proibidas e drogas liberadas para o uso (GASPARINI, 2003).

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa que abarca o contexto das drogas, compreendidas como substâncias psicoativas. Esse contexto é amplo e, por conseguinte, há muitos aspectos a serem considerados quando falamos de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Por exemplo, o álcool considerada uma droga lícita, carrega de sua longa trajetória na humanidade, diferentes sentidos culturais e históricos, como teremos a oportunidade de discutir em nossa fundamentação teórica. Enfim, o álcool continua sendo aceito social e culturalmente e é consumido pelas pessoas em muitas ocasiões do cotidiano (LIMA, 1997; CARNEIRO, 2002).

No campo da prevenção, com exceção das campanhas contra o cigarro, que são relativamente recentes, as ações são direcionadas quase que exclusivamente às drogas não permitidas por lei, deixando em segundo plano as drogas lícitas. Um excelente exemplo disso são publicidades que mostram o álcool com valores positivos, mesmo com a advertência, “beba com moderação” (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2001).

Embora outras drogas, como cocaína e maconha, permaneçam relegadas ao campo da ilegalidade, não estando, portanto, livres para o consumo, elas são comercializadas constituindo-se em fonte de renda para muitas pessoas que podem estar à margem da sociedade. Essa situação perpetua o mercado negro das drogas, ou o tráfico de drogas proibidas (MINAYO; DESLANDES, 1998; CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

Conquanto exista uma compreensão maior de que o problema de uso de drogas deva

ser entendido mais como um problema de saúde, ainda assim, o usuário está, em termos legais, sendo classificado como criminoso e passível de punição pela justiça (LIMONGI, 2000). Apesar desse autor não se referir à problemática da discriminação social, geralmente, como veremos mais adiante, os usuários sofrem diferentes formas de preconceito. Embora predomine o sentido de que as drogas ilícitas são causadoras de violência, estudos vêm mostrando, como afirmam Minayo e Deslandes (1998), que o álcool – droga lícita – causa grandes prejuízos sociais, tais como metade dos homicídios, boa parte dos suicídios e a maior parte dos acidentes de trânsito.

Segundo Vespucci e Vespucci (1999), o álcool é a droga psicoativa mais usada. Para os autores, os especialistas tomam a dependência química, gerada pelo alcoolismo, como “um protótipo das dependências”. Do consumo consentido, e por vezes incentivado, o usuário pode passar à dependência química. O álcool ainda aparece na maior parte dos depoimentos de pessoas consideradas “drogadicto cruzados”. Ou seja, pessoas que são dependentes de mais de um tipo de droga.<sup>1</sup>

A despeito das questões que envolvam a permissão ou não do uso das drogas em nossa sociedade, o fato é que elas trazem prejuízos, como problemas: de saúde, de relacionamentos afetivos e sociais, e financeiros (OLIVEIRA; LUIS, 1996). Ou seja, como argumenta Twerski (1990), a dependência é um problema que atinge parte da população e traz transtornos que comprometem sua conduta individual e seu relacionamento social, o que dificulta a convivência com as pessoas em diversos campos relacionais: família, trabalho, amigos.

As primeiras experiências com drogas, segundo a literatura, ocorrem, freqüentemente, na adolescência, cuja fase, a pessoa é, particularmente, vulnerável do ponto de vista psicológico e social. Soldera et al. (2004), por exemplo, pesquisaram o uso de drogas entre estudantes do ensino de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, mostrando que as drogas mais utilizadas foram: álcool, tabaco e solventes. Com essa mesma preocupação Souza e Martins (1995) realizaram um estudo com estudantes de 1º e 2º graus, da rede estadual de ensino de Cuiabá, MT, verificando que o primeiro contato com as drogas ocorreu com bebidas alcoólicas.

---

<sup>1</sup> O termo *adicto* deriva da palavra *addictu* – palavra latina que na antiga Roma indicava pessoas que passavam a ser escravas por endividamento, assim o termo *drogadicto* significaria em sua acepção “escravo” da droga (CARNEIRO, 2002).



As pesquisas, portanto, mostram que o início do consumo de drogas ocorre por volta dos 10-11 anos, com o uso de álcool, tendendo a progredir para outras drogas por volta dos 14-16 anos (SCHIVOLETTO; HENRIQUES; ANDRADE, 1997; GODOI et al., 1991). Confirmando esses resultados, Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) acrescentam que o uso do álcool é incentivado no contexto familiar, sendo fornecido aos filhos ainda na infância, normalmente em ocasiões festivas e nas refeições. Em síntese, para Marques e Cruz (2000), é na passagem da infância para a adolescência que ocorre o início do uso do álcool e outras drogas.

Um outro aspecto relevante, é que as pesquisas apontam o álcool e o tabaco como porta de entrada para outras drogas: Andrade et al. (1997), em pesquisa realizada, mostram que entre estudantes de Medicina em São Paulo, a prevalência do uso de drogas é alta, sendo o álcool a substância mais utilizada na vida, seguida por tabaco, maconha, solventes e tranqüilizantes; para Goldfarb (1999), o tabaco seria a porta de entrada para outras drogas já que, segundo esse autor, os usuários de drogas ilícitas e lícitas primeiramente usam ou experimentam cigarros e, corroborando com esse argumento, Silva e Mattos (2004) afirmam que é na adolescência que se instala a maior parte dos quadros de dependência de tabagismo e que muitos adolescentes usam quantidades de nicotina análogas às utilizadas pelos adultos.

Complementando esse breve painel, de acordo com Schwambach (2002), é praticamente impossível indicar, com exatidão, o número de pessoas que usam substâncias químicas alteradoras de comportamento. Reforçando esse argumento, Schivoletto, Henriques e Andrade (1997) afirmam que milhares de jovens e adolescentes do mundo acabam sucumbindo à falsa sedução das drogas psicotrópicas, estimando que mais de 50% das crianças em idade escolar usam drogas lícitas ou ilícitas.

Vários autores estudam e buscam compreender o que exatamente seria dependência química: uma doença física (VESPUCCI; VESPUCCI, 1999), uma síndrome (HILL, 1985 apud OLIVEIRA; LUIS, 1996), distúrbios genéticos (BERNARDO, 1997a), ou uma combinação desses fatores com aspectos psicológicos, comportamentais, familiares, socioeconômicos, culturais e históricos (SILVEIRA FILHO, 1995). Entretanto, independente das razões que contribuem para o surgimento e instalação da dependência química, está claro que nas pessoas, caracterizadas como dependentes químicas, há e passam a existir comportamentos que incidem nas outras pessoas (TWERSKI, 1990).

Para a pesquisa que desenvolvemos, nós partimos do pressuposto de que para

compreendermos melhor a problemática do uso de drogas e de drogadicção é preciso ter um conhecimento mais abrangente sobre saúde e doença, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais (STROEBE; STROEBE, 1995). Dentro dessa lógica, a perspectiva da Psicologia Social da Saúde muito contribuiu para esta compreensão e esta pesquisa, pois ela dá importância especial à prevenção de doença e promoção de saúde, com ênfase na compreensão dos processos de produção de sentidos no cotidiano das pessoas (SPINK, 2003b).

A presente dissertação *O processo de contato com drogas: uso e abuso, sentidos e lugares* insere-se no âmbito do Laboratório de Psicologia da Saúde, Cultura e Sociedade, do Mestrado em Psicologia, e alinha-se a estudos voltados à prevenção de doenças e à promoção da saúde, enfocando a problemática da dependência de substâncias psicoativas.

O interesse por esse trabalho surgiu devido a experiência de trabalhar como psicólogo no Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico (CARTA), vivenciando, em virtude disso, o processo de recuperação de várias pessoas internadas, por meio de reuniões, aconselhamento e anamneses.

A partir desse interesse, pensando nas possibilidades de prevenção e promoção, é que formulamos o objetivo geral da pesquisa, que foi compreender os sentidos atribuídos ao processo de adicção, por pessoas em tratamento para recuperação da dependência de substâncias psicoativas. Para tanto, elegemos como participantes da pesquisa, pessoas em tratamento no CARTA, local onde realizamos as oficinas, com o tema uso de substâncias psicoativas.

Esta dissertação está organizada em três capítulos que agregam a fundamentação teórica que deu suporte à pesquisa, dois capítulos que trazem os objetivos e os caminhos metodológicos, um capítulo em que apresentamos os resultados, acompanhados de discussão e, para encerrarmos temos um capítulo com algumas considerações finais.

Nos capítulos teóricos, começamos *Situando o campo das substâncias psicoativas (drogas)*, trazendo algumas considerações, aspectos teóricos e conceitos que são essenciais para contextualizar o desenvolvimento desta pesquisa. Assim, fazemos um breve relato da trajetória histórica das substâncias psicoativas, enfocando sua dimensão política e econômica, além de fornecer um painel das diferentes drogas lícitas e ilícitas.

No capítulo seguinte, *Situando o cuidado com a saúde*, apresentamos alguns conceitos

e pressupostos da Psicologia da Saúde, dialogando com autores do campo da saúde, que discutem a prevenção de doenças e a promoção da saúde para, assim, termos uma compreensão sobre saúde e doença de forma mais clara. A partir desse diálogo, fazemos considerações sobre saúde e doença, modelos biomédico e biopsicossocial, as contribuições da Psicologia da Saúde para pensarmos prevenção e promoção no contexto das drogas, ressaltando a importância de compreendermos a linguagem dos riscos.

No último capítulo teórico, trazemos alguns conceitos da abordagem sobre *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*, mostrando que produzir sentidos é necessário para viver em sociedade, pois é por meio dos sentidos que atribuem aos fenômenos que as pessoas compreendem e interagem com o mundo a sua volta.

Nos capítulos cinco e seis, explanamos os *Objetivos*, geral e específicos, e relatamos os *Procedimentos metodológicos* que foram observados no desenvolvimento da pesquisa, explicamos a opção método qualitativo em pesquisa, apresentamos um breve histórico e a filosofia do CARTA, assim como os participantes da pesquisa. Descrevemos também, os procedimentos de coleta por meio da realização das oficinas, e discutimos os procedimentos de análise que foram utilizados para chegarmos aos resultados apresentados.

Na seqüência, temos o capítulo *Resultados e discussão*, em que relatamos os resultados, destacando as práticas discursivas e os repertórios utilizados para falar do processo de contato com as drogas, que inclui relatos sobre as situações do cotidiano e sobre as situações de risco, vividas em função do uso de drogas. Apresentamos, também a discussão feita a partir da pergunta, *É possível prevenir a recaída de uso de drogas?*, em que destacamos as estratégias que, segundo os participantes das oficinas, podem dificultar ou facilitar os processos de prevenção de uso e de sua recaída. Finalizamos com algumas *Considerações finais* e nossas conclusões sobre a pesquisa.

Com esta dissertação, esperamos contribuir para a produção de conhecimento sobre a problemática da dependência de substâncias psicoativas – lícitas e ilícitas – buscando sempre compreender como as substâncias químicas afetam a vida e a saúde das pessoas. Contamos, ainda, ter contribuído tanto para o aprimoramento de terapêuticas de pessoas com dependência química, como para programas de prevenção de doenças e promoção da saúde. Finalmente, esperamos que as oficinas, além de terem sido um instrumento importante na coleta de dados, tenham beneficiado as pessoas que dela participaram, auxiliando-as no seu processo de recuperação, ao possibilitar a troca de vivências, de lutas e de sonhos futuros.

## **2 SITUANDO O CAMPO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

---

Neste capítulo, apresentamos aspectos teóricos e conceituais que são centrais para contextualizarmos e desenvolvermos o tema pesquisado. Assim, relatamos uma breve trajetória histórica das substâncias psicoativas, enfocando sua dimensão política e econômica, além de fornecer um painel das diferentes drogas lícitas e ilícitas.

## 2.1 CONSTRUÇÃO SOCIAL DO USO DAS DROGAS: UMA BREVE TRAJETÓRIA HISTÓRICA

As substâncias psicoativas, principalmente a partir do final do século XIX, têm se configurado como um sério problema que afeta a vida de muitas pessoas (FIORE, 2004). A despeito disso, porém, o uso de drogas é milenar, remontando à pré-história da humanidade (MacRAE, 2001), passando pela Antiguidade clássica e chegando até os dias de hoje (LEMOS, 2004). Nessa trajetória, o que se observa é que o uso das substâncias psicoativas não é exclusividade de um grupo de pessoas, região ou cultura, uma vez que a maioria dos grupos sociais as tem experimentado eventualmente ou com frequência (LIMA; AZEVEDO, 2005).

Segundo a literatura consultada, os motivos pelos quais as drogas são usadas são variados. A experimentação tem razões medicinais ou motivação religiosa (GONTIÈS; ARAÚJO, 2003) e fins recreativos (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003). Bernardo (1997a) argumenta que o seu consumo estaria ligado a um desejo de a pessoa alterar estados de consciência. Concordando com essas afirmações, Gasparini (2003) afirma que em todas as épocas, o ser humano procurou e serviu-se das drogas encontradas na natureza para experiências místicas, tratamento de males do corpo ou para se divertir.

Em síntese, vários autores atestam que o uso de drogas é um fenômeno milenar e universal. Nessa perspectiva, o psicofarmacólogo Ronald K. Siegel (1989 apud MacRAE, 2001) radicaliza e propõe a existência do que ele denomina de “quarto impulso” – além da fome, sede e sexo, seria uma necessidade do ser humano intoxicar-se e alterar estados de consciência. Carneiro (2002) complementa, afirmando que as drogas fazem parte da cultura humana, já que em, praticamente, todos os povos existem indícios, relatos ou registros do consumo de algum tipo de substância, ou substâncias, que alteram o comportamento. Mesmo se sairmos da esfera do ser humano, MacRae (2001) afirma que a busca de substâncias

psicoativas para alterações psíquicas e comportamentais também seria comum a alguns animais.

Na Antigüidade, segundo Bernardo (1997a), havia em algumas sociedades uma relação especial com determinadas substâncias, em que era comum vincular a presença – ou aquiescência – do divino no que se refere ao uso de substâncias psicoativas, como é o caso de civilizações como a egípcia e a greco-romana. No caso do álcool, deuses como Osíris, para os egípcios, e Dionísio, para os gregos, teriam ofertado o vinho aos homens. Nas Américas, antes do descobrimento, as drogas eram consideradas como sagradas: para os incas a coca era um presente de Inti, o Deus Sol (FERREIRA; MARTINI, 2001).

No contexto do cristianismo, o próprio Jesus Cristo transformou água em vinho numa festa de casamento (RIVIERA-FLORES; CHAVIRA-ROMERO, 2004). No Novo Testamento, no evangelho de Marcos, capítulo 15, 23, quando é descrito Jesus pregado na cruz, o evangelista diz que os soldados “[...] davam-lhe a beber vinho misturado com mirra; mas não o tomou”; essa mistura de vinho com mirra nada mais era que uma espécie de anestésico rudimentar que os romanos ofereciam para aliviar as dores dos crucificados que padeciam de dores horríveis na crucificação (VALE; DELFINO, 2003, p. 128).

Embora, pelos exemplos anteriores, pareça que o álcool, na sua forma de vinho, apareça geralmente relacionado ao sagrado e, até com propósito terapêutico, de certa forma, há passagens bíblicas que aparentemente demonstram essa bebida utilizada com a intenção pura e simples de apenas beber, isto é, provocar embriaguez, como no caso da passagem bíblica em que mostra a relação do Patriarca Noé com o vinho (BÍBLIA, 2005, p. 56):

Noé, que era agricultor, plantou uma vinha. Tendo bebido vinho, embriagou-se, e apareceu nu no meio de sua tenda. Cam, o pai de Canaã, vendo a nudez de seu pai, saiu e foi contá-lo aos seus dois irmãos. Mas Sem e Jafet, tomando uma capa, puseram-na sobre os seus ombros e foram cobrir a nudez de seu pai, pois que tinham os rostos voltados.

Entretanto, o hábito de utilização de drogas transcendia o sentido do sagrado, do religioso, ou mesmo do recreativo. Comumente se buscava a cura de males diferentes do corpo e, portanto, em diversas sociedades ela teve um valor terapêutico. Por exemplo, as pesquisas demonstram que a *Cannabis sativa* teve uso medicinal em épocas diferentes. A maconha na Assíria, em 900 a.C., era usada como incenso (MacRAE, 2001); os chineses utilizavam-na no tratamento de doenças há 4.000 anos (GONTIÈS; ARAÚJO, 2003) e os

hindus usavam-na para melhorar a concentração, os distúrbios intestinais ou, ainda, como calmante e estimulador de apetite (OLIVEIRA, 2002). Além da procura dos supostos benefícios à saúde ou alteração dos estados de consciência, a maconha, ainda na Antigüidade, chegou a ser motivação econômica para alguns povos – os Celtas faziam comércio de cordas e estopa confeccionadas à base de cânhamo em 700 a.C. (MacRAE, 2001).

A literatura, portanto, informa-nos que as drogas variam de época e local e nem sempre foram as mesmas e tiveram os mesmos sentidos em diferentes lugares.

Na seqüência, discutiremos a trajetória de algumas das drogas, lícitas ou ilícitas, mais utilizadas pela humanidade, tais como: tabaco, álcool, *cannabis*, cocaína. Começamos pelo tabaco, uma vez que, segundo a literatura consultada, é uma das drogas mais antigas de que se tem registro.

### 2.1.1 Tabaco (*Nicotiana tabacum*)

De acordo com Carvalho (2000), os indígenas do continente americano consideravam o tabaco como uma planta sagrada, um meio de se comunicar com as suas divindades. Além do seu aspecto sagrado, o tabaco ainda era utilizado pelos nativos em momentos de decisão como: na guerra e paz; na cura de doenças; para suportar a fome e a sede. Provavelmente, o tabaco tenha sido a primeira substância psicoativa utilizada no continente americano pré-descobrimento. Segundo o mesmo autor, há indícios de sua utilização por habitantes antigos do continente por volta de 5.000 anos, na região que hoje corresponde à Guatemala.

Segundo os registros históricos, o tabaco era desconhecido no resto do mundo, sendo uma droga exclusiva das Américas. O hábito de utilizar o tabaco foi adquirido pelos colonizadores do Novo Mundo e, aos poucos, foi levado por estes para sua terra de origem e, paulatinamente, foi espalhando-se por outros lugares e sociedades (ROSEMBERG, 1987).

Ainda, de acordo com Carvalho (2000), a literatura existente sobre o tema afirma que Jean Nicot é o precursor do uso do tabaco na Europa, pois após curar uma úlcera na perna, durante uma missão ao Brasil, no século XVI, passou a alardear as propriedades terapêuticas dessa substância. Em sua homenagem, a planta foi denominada “nicotiana” e, inicialmente, o tabaco foi usado como remédio, em que se acreditava que poderiam ser tratadas 59 doenças (ROSEMBERG, 1987).

Dentre os benefícios trazidos pelo tabaco, Carvalho (2000, p. 19) lista o poder de “[...] curar a enxaqueca da rainha, [pois] lhe era atribuído o caráter eliminador de humores supérfluos, sendo considerado revigorador do cérebro, clareador da mente e purificador do aparelho respiratório”, além de ser recomendado como dentífrico. De acordo com essa autora, o tabaco virou remédio para todos os males, passando a fazer parte dos medicamentos em muitos países europeus por mais de 200 anos.

Além do sentido medicamentoso, já no início do século XX, o hábito de usar o tabaco em suas diversas formas – mascado, fumado ou aspirado na forma de rapé – passou a constituir *status* social. Assim, surgiram salões exclusivos para fumantes em hotéis e em vagões de trens, e até um traje foi confeccionado especialmente para esta finalidade: o *smoking* (CARVALHO, 2000). Com a glamourização do uso do tabaco, criam-se apetrechos como tabaqueiras ou escarradeiras que passam a fazer parte do cotidiano das pessoas, e a arte de tragar precisa ser aprendida com professores (ROSEMBERG, 1987). É ilustrativo desse glamour, o fato de que no início do século XX, o behaviorista e publicitário John B. Watson, um dos fundadores da chamada Psicologia científica, em 1913, ajudou a tornar popular o hábito de consumir cigarros ao utilizar o *slogan* “pegue um Lucky Strike ao invés de um doce” (WERTHEIMER, 1978 apud CARNEIRO, 2002).

Mesmo com todo o glamour e incentivo ao hábito de consumir tabaco, Rosemberg (1987) e Carvalho (2000) comentam que nem todos acreditavam que esse costume era benéfico e já havia outras vozes alertando sobre os malefícios da planta nos âmbitos governamental, religioso e científico. Segundo esses autores, mesmo antes de se tornar glamour, por volta do século XVII, os soberanos de países como Rússia, Turquia, Pérsia e Índia condenavam os fumantes à pena de morte e a Santa Sé chegou a considerar o ato de fumar um ato vinculado à forças demoníacas e passível de ser investigado pela Santa Inquisição, tendo o Papa Urbano VIII ameaçado de excomunhão os cristãos fumantes do Novo Mundo.

Portanto, desde o século XVII outras vozes – incluindo a científica – passaram a advertir sobre os males do fumo no organismo humano, em especial no aparelho respiratório. Constatou-se, nessa mesma época, que duas gotas de nicotina em estado puro tinham o poder de matar um animal. Com essa compreensão, em 1699, na França, surge a primeira menção científica sobre dependência de nicotina e, já no século XIX, pesquisas começam a mostrar o tabaco como poluidor de ambientes e causador de câncer de lábio e bexiga (CARVALHO,



2000). Para Rosenberg (1987), as primeiras provas científicas incontestáveis sobre as conseqüências danosas e nocivas sobre o tabagismo se firmaram a partir de 1930.

Atualmente, segundo Goldfarb (1999), o tabaco, isoladamente, é considerado como o elemento que mais causa mortes no mundo – matando mais do que Aids, cocaína, heroína, acidentes de trânsito e consumo de álcool – passando, então, a ser prioridade nas campanhas de prevenção da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1998.

### 2.1.2 Bebidas alcoólicas

O consumo de bebidas alcoólicas também é bastante antigo na história da humanidade, com registro de sua existência desde o período neolítico (RIVIERA-FLORES; CHAVIRA-ROMERO, 2004). Para Marques (2001), o álcool seria a substância psicoativa mais consumida pelos humanos em toda a história da humanidade, entretanto, como ela descobriu os efeitos do álcool no organismo é incerto. Segundo Vale e Delfino (2003, p. 128), provavelmente, a primeira bebida alcoólica tenha sido descoberta por acaso – algumas uvas esquecidas ou depositadas em “[...] algum buraco na rocha há 6.000 anos, sob ação do sol e criaturas invisíveis (fermentos) formou uma massa pastosa que saciou a sede de algum homem primitivo esfomeado. Estava descoberto o efeito estimulante-depressor do álcool”.

Como mencionamos anteriormente, existem registros antigos sobre o uso do álcool como medicamento, ou seja, o papel do álcool na antigüidade é semelhante ao de outras drogas, pois era reconhecido pelo seu poder de ajudar a curar doenças. Conforme MacRae (2001), escritos mesopotâmicos de 2200 a.C. fazem referência ao álcool como medicamento, assim como boa parte da farmacopéia egípcia antiga era composta de cervejas e vinhos.

Já na Idade Média, época de grandes epidemias, a bebida alcoólica conhecida como vermute foi considerada pelos médicos como um fantástico medicamento para combater doenças (BURGOS; BION; CAMPOS, 2004). Além disso, o álcool foi o primeiro tipo de droga usado com finalidades anestésicas em procedimentos cirúrgicos, prática presente ainda no século XIX, pois, segundo Vale e Delfino (2003), durante a invasão da Rússia por Napoleão, o vinho foi o único anestésico usado pelos cirurgiões-barbeiros daquela época.

De acordo com MacRae (2001), o Antigo Testamento é outra fonte que atesta como as bebidas alcoólicas são velhas conhecidas das pessoas, pois faz muitas menções sobre o uso do

vinho. Em várias partes da Bíblia, inclusive no Novo Testamento, há referências sobre a influência do beber abusivo do álcool nas ações das pessoas que, segundo Vale e Delfino (2003), podem ser interpretadas como impacto nos aspectos psicológicos, morais, ambientais e até genéticos. Evidentemente, segundo os autores, a relação com fatores genéticos é ainda muito controversa e deve ser mais pesquisada.<sup>2</sup>

Outros livros sagrados também fazem menção ao uso de bebidas e ao seu poder de alterar estados de consciência. Como exemplo, podemos citar os textos védicos escritos acerca de 3.000 anos atrás, na Índia, que fazem referência ao “soma”, descrita como uma bebida sagrada, que quando ingerida permitia contato com os deuses (MacRAE, 2001). De acordo com Oliveira e Luis (1996), além de estar relacionado historicamente a ritos religiosos ou práticas curativas, ao etanol sempre foi imputado outros tipos de efeitos: afrodisíaco, estimulador de apetite e desinibidor, dentre outros.

Entretanto, os registros sobre os efeitos nocivos são também antigos e abundantes. Segundo Silva (2000), os filósofos gregos já questionavam se filhos de mulheres que ingeriam bebidas alcoólicas durante a gestação poderiam ter algum tipo de prejuízo à sua saúde. Essa relação, por sua vez, demora muitos séculos para ser estabelecida, pois Burgos, Bion e Campos (2004) afirmam que o primeiro registro na literatura sobre a síndrome do alcoolismo fetal (FAS) data de 1973, quando se estabelece o efeito prejudicial no feto decorrente da ingestão de bebida alcoólica pela mãe gestante. Os autores afirmam, ainda, que esse tipo de síndrome se caracteriza por retardamento no crescimento antes e após o nascimento do bebê, mau funcionamento do sistema nervoso central e modificações na formação da face.

Outro efeito nocivo à saúde, observado pelos gregos, é relatado por Marques (2001) que diz que, por volta de 385 a.C., Hipócrates já se referia ao *delirium tremens*, relacionando-o ao uso do álcool. Esses exemplos mostram que, embora houvesse um apreço por certos benefícios do álcool, também era percebido como maléfico à saúde.

Como mencionamos anteriormente, a ingestão de bebidas alcoólicas através dos tempos não teve finalidades apenas transcendentais ou medicamentosas, mas tinham também

---

<sup>2</sup> Em Provérbios 20, 1 há uma citação afirmando que o vinho é uma “fonte de luxúria e a embriaguez é cheia de desordens”, e em Gênesis 19, 32-35 há o relato de um incesto entre Lot com suas duas filhas que acontece após a ingestão de uma bebida alcoólica: “Vem, embriaguemo-lo com vinho e durmamos com ele<sup>33</sup> [...] a filha mais velha dormiu com o pai; ele porém não sentiu nem quando ela deitou, nem quando ela se levantou; 36 e as duas filhas de Lot conceberam de seu pai” (VALE; DELFINO, 2003, p. 128).

motivações recreativas e festivas (OLIVEIRA, 2002). Elas estavam presentes em festas ditas pagãs (nomeação utilizada para referir-se às culturas não-cristãs), em festividades cristãs, em eventos comemorativos de reis e soberanos de antigas civilizações.

Na literatura, essa relação entre festividade e álcool é relatada como muito comum também entre comunidades indígenas. Por exemplo: no continente americano pré-descobrimto, Cunha (1985) relata que os índios Tupinambás – habitantes do território brasileiro – em suas festividades embriagavam-se com *cauim*, bebida alcoólica feita da macaxeira.

Em síntese, como argumentam Gigliotti e Bessa (2004, p. 11):

Através da história, o álcool tem tido múltiplas funções, atuando como veículo de remédios, perfumes e poções mágicas e, principalmente, sendo o componente essencial de bebidas que acompanham os ritos de alimentação dos povos. Faz parte do hábito diário de famílias em todo o mundo, servindo de alimento e de laço de comunhão entre as pessoas.

Para esses autores, entretanto, conforme as sociedades foram se tornando complexas em seus aspectos econômicos e sociais, tomando como marco a Revolução Industrial, as pessoas foram mudando sua forma de relacionamento com o álcool, consumindo-o com mais frequência, uma vez que o acesso ao etanol tornou-se mais fácil.

Algumas das conseqüências da Revolução Industrial foram o surgimento dos grandes aglomerados urbanos e a possibilidade de produzir em grande quantidade os diferentes produtos, entre eles, as bebidas alcoólicas. Um desses resultados foi a diminuição do preço, que tornou a bebida alcoólica barata e disponível a um número maior de pessoas. Ou seja, com um preço mais baixo e o aumento da oferta, as pessoas puderam comprar e consumir sem obstáculos. Há, portanto, uma popularização dessa droga (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O consumo massivo do álcool tornou ainda mais evidente o sentido de ambigüidade dessa bebida: por um lado, o álcool era visto como fator de comunhão, felicidade e alegria; por outro, mostrava um aspecto nocivo, isto é, ele afetava, de forma muitas vezes danosa, os campos relacionais – amizade, família e trabalho. Ou seja, como enfatizam Gigliotti e Bessa (2004), o álcool traz diversos prejuízos à saúde e à sociedade, mas é atravessado por sentidos e valores positivos. Vários são os benefícios apontados para o uso do álcool, como: eliminar de tensões, aliviar dores e aumentar o leite materno. No Brasil, ainda existe a crença popular

de que o consumo de cerveja preta seria benéfico para lactantes, fato esse sem nenhuma comprovação científica (BURGOS; BION; CAMPOS, 2004).

Laranjeira (2004) afirma que, a partir do século XVIII, já se tinha a percepção dos malefícios trazidos pelo álcool, pois Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana no século XIX, observou que 35% das internações psiquiátricas nos Estados Unidos da América (EUA) estavam relacionadas com o excesso de consumo de bebidas alcoólicas.

Para Burgos, Bion e Campos (2004), o álcool atualmente é a droga mais consumida na sociedade, e uma de suas conseqüências, o alcoolismo, é um problema que ultrapassa os problemas causados pela dependência de outras drogas. Pesquisas sobre o consumo de álcool parecem corroborar essa opinião, como é o caso de um estudo com estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo feito por Mesquita et al. (1995 apud DÉA et al., 2004), que mostrou que o álcool é a droga mais usada e aceita, com as seguintes taxas de prevalência: ao longo da vida 82% afirmaram ter consumido bebida alcoólica; 76%, no período de um ano; e 69%, no período de um mês. Nesse estudo, portanto, foram considerados tanto a experimentação ocasional quanto o uso regular.

Para Philipi (2004), não é só o alcoolismo o problema gerado pelo consumo de bebidas alcoólicas, há também que se considerarem prejuízos sociais, tais como: violência, criminalidade, problemas no trânsito, absenteísmo e acidentes no trabalho, dentre outros. Ainda para essa autora, o álcool foi fator de geração de violência e criminalidade mesmo quando houve momentos na história em que ele esteve na ilegalidade, como, durante a lei seca nos EUA, no início do século XX.

Os problemas desencadeados pelo álcool afetam todas as classes sociais, trazendo prejuízos nas esferas individual e social. Assim, para Castanha e Araújo (2006, p. 86), uma pessoa que padece da dependência do álcool passa a ser rotulado socialmente como “[...] viciado, bêbado e vagabundo, sendo, também, representado como sujeito sem vontade. Tal estigma acaba levando esse grupo à marginalização e exclusão do restante da população”.

Ainda segundo esses autores, o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, que é uma prática socialmente aceita e incentivada, e os problemas relacionados ao seu uso chegaram a limites assustadores, representando um desafio à saúde pública. Nesse particular, como afirmam Oliveira e Luis (1996), é interessante observar que, embora o álcool seja a substância

psicoativa utilizada pelo ser humano há muitos séculos, somente no século XX apareceram estudos científicos sobre os prejuízos que o álcool acarreta às pessoas.

### 2.1.3 Outras drogas

Além do álcool e do tabaco, a literatura discute a trajetória de outras drogas, tais como: ópio, *cannabis*, cocaína, LSD. De acordo com Gontiès e Araújo (2003), o ópio era consumido pelos gregos, principalmente líderes políticos e era utilizado, também, no tratamento de doenças diversas. Na Grécia Antiga, a maconha era utilizada em cultos aos deuses, em rituais públicos e celebrações de oferendas à natureza. Nessas cerimônias, ingeria-se uma bebida denominada “pansperma”, em que um dos componentes era a *cannabis*.

MacRae (2001) relata que, na Roma Antiga, os cidadãos faziam o uso de *cannabis* em reuniões sociais. Entretanto, as plantas mais consumidas pelos romanos – pelos seus apregoados efeitos medicinais – eram a papoula e a videira. Outra substância psicoativa apreciada por esse povo, eram as bebidas alcoólicas, popular na forma de vinho. Com o início e crescimento da Cristandade, os costumes sobre a utilização de diversos tipos de drogas foram perdendo força.

No Cristianismo, os que exerciam cerimônias e cultos religiosos eram vistos como rivais pagãos e foram, implacavelmente, perseguidos. Pouco a pouco, suas práticas e crenças foram eliminadas e, nesse processo, foi destruída uma enorme farmacopéia, isto é, medicamentos que usavam em sua composição determinadas substâncias psicoativas não puderam mais ser produzidos (MacRAE, 2001).

Esse autor também faz referência aos árabes que faziam restrições ao uso de bebidas alcoólicas, pois Maomé advertia que pessoas embriagadas apresentavam comportamento ridículo, além de não serem de confiança. Entretanto, outras substâncias psicoativas como a maconha, o ópio e o haxixe eram aceitas para diferentes fins. Com o fim do poderio islâmico e com a subida dos fundamentalistas ao poder, as diversas substâncias psicoativas passaram a ser combatidas e os usuários perseguidos.

Segundo Gontiès e Araújo (2003), a maconha chegou ao Oriente Médio através da Índia, e teve ampla aceitação pelas pessoas, uma vez que o álcool era proibido no Islamismo. Com a chegada do povo árabe no norte do continente africano, a maconha (ou *Cannabis*

*sativa*) foi levada ao Egito e deste ao Marrocos. Assim, de acordo com esses autores, essa droga se difunde pelo continente europeu durante as cruzadas e já no século XIII era comum conter nos livros de Medicina prescrições de maconha por parte de feiticeiros e curandeiros para o tratamento de vários males. Por exemplo: os cirurgiões do Renascimento tornaram a repetir o antigo costume chinês da utilização do cânhamo como elemento anestésico em práticas cirúrgicas.

De acordo com os estudos realizados por Pio Correia (1931 apud GONTIÈS; ARAÚJO, 2003), a *Cannabis sativa* chegou ao Brasil no século XV, vinda pelas mãos dos escravos oriundos do continente africano e teria sido bastante consumida e cultivada no Norte e Nordeste do país, regiões que tiveram o seu desenvolvimento no primeiro ciclo da cana de açúcar. Esses autores levantam uma segunda hipótese sobre as origens da maconha no Brasil, segundo a qual, os nativos da região amazônica já faziam uso da erva, por intermédio dos pajés, tanto para realizar rituais sagrados como para a cura de doenças.

O uso da maconha, nos tempos do domínio português no Brasil, fica caracterizado como exclusivo de camadas sociais consideradas mais baixas como escravos e indígenas. Entretanto, há relatos de que a princesa Carlota Joaquina de Bourbon fazia uso de maconha – fornecida pelo seu escravo Filisbino – e teria dito em seu leito de morte: “[...] traga-me um chá com as fibras de diamba do Amazonas, com que despedimos para o inferno tantos inimigos” (DÓRIA, 1958 apud GONTIÈS; ARAÚJO, 2003). Esse relato mostra que a maconha não era de uso exclusivo apenas de indígenas e negros no Brasil colonial.

No cenário ocidental, o crescimento do Cristianismo impactou o uso das drogas, que passaram a ser condenadas por duas razões: primeiro, porque estavam relacionadas a ritos mágicos e cultos religiosos ditos pagãos e o Cristianismo precisava impor seus ritos; segundo, porque o uso das plantas psicoativas para aliviar a dor e o sofrimento também era condenado, pois nessa nova religião adotada pelo Estado a mortificação da carne, o sofrimento do corpo, a resignação e o infortúnio eram meios de se aproximar de Deus. Assim, na Idade Média, tais conhecimentos medicinais foram tão combatidos e perseguidos, pois a utilização de drogas para propósitos medicinais significava heresia. Nessa ordem religiosa, a cura de doenças só podia ser alcançada com velas, água benta ou bênçãos eclesiais. A utilização de qualquer tipo de droga para qualquer fim, com exceção do álcool, passou a ser vinculada com libertinagem e feitiçaria, punida com morte e tortura pela inquisição (MacRAE, 2001).

Com o advento do Iluminismo, o poder da ortodoxia religiosa cristã diminuiu, isto é, a Igreja perde parte de seu poder e as drogas voltam a ser de novo utilizadas sem receio. Substâncias psicoativas, como o ópio, passaram a ser utilizadas no tratamento de doenças e tanto de pessoas da plebe como da nobreza usavam psicoativos, com finalidade terapêutica ou não. O aumento do consumo das substâncias psicoativas e, conseqüentemente, o aumento do comércio começou a gerar riquezas. Os lucros obtidos com o comércio do ópio, segundo MacRae (2001), provocou a guerra do ópio entre China e Inglaterra na disputa por esse mercado.

Esse mesmo autor afirma que, a partir do século XIX, as pessoas começaram a utilizar uma grande variedade de substâncias psicoativas (éter, clorofórmio, óxido nitroso, opiáceos<sup>3</sup>, cocaína e álcool), com diferentes finalidades: terapêuticas, artísticas, recreativas ou científicas. Dois eminentes nomes da Psicologia fizeram experiências com substâncias psicoativas: William James estuda e experimenta o óxido nitroso, um gás hilariante (FADIMAN; FRAGER, 1986) e Freud pesquisa e faz publicações sobre cocaína (FERREIRA; MARTINI, 2001). A princípio Freud se mostrou favorável à ampla utilização da cocaína, tendo experimentado os efeitos dessa substância em si mesmo, além de receitá-la a alguns de seus pacientes (GUIMARÃES, 2004). Entretanto, mudou seu posicionamento ao perceber que a coca tinha algumas desvantagens, como: criar um quadro sério de dependência.

Segundo Ferreira e Martini (2001), a cocaína foi a primeira substância utilizada como anestesia local em intervenções oftalmológicas e outros procedimentos médicos no início do século XX. Esses autores relatam que o uso da cocaína não se restringiu apenas às experiências médicas, psicológicas ou científicas. Ela passou a compor outros produtos e foi disseminada para outras esferas da sociedade, tornando popular o contato com essa droga. Por exemplo: em meados do século XIX, um químico da Córsega criou um vinho muito conhecido na época, que tinha em sua composição cocaína, o célebre “Vin Mariani”, que foi apreciado por pessoas ilustres da sociedade da época, entre elas, o famoso escritor de ficção científica Julio Verne e o Papa Leão XIII. Guimarães (2004) relata que, nas festividades da

---

<sup>3</sup> Opiáceos são substâncias psicoativas derivadas do ópio, podendo ser naturais como a morfina e codeína, ou semi-sintéticas, como a heroína. Existem ainda os opióides que são substâncias fabricadas dentro de laboratórios – isto é, sintéticos –, com efeitos parecidos com os opiáceos. São alguns exemplos de opióides a meperidina, propoxifeno e a metadona. Opiáceos e opióides têm a capacidade de eliminar a dor e induzir ao sono, sendo, por isso, também chamados de narcóticos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

alta sociedade europeia desse tempo, não havia restrições morais ou legais para o consumo da coca, ou seja, o consumo era livre e até incentivado.

De acordo com Ferreira e Martini (2001), em fins do século XIX, um farmacêutico inventou uma bebida considerada leve, sem álcool em sua composição, uma bebida à base de folhas de coca, uma planta cultivada nos Andes, e cafeína, extraída de uma planta africana, a noz de cola. Era um tônico que ficou conhecido como xarope de coca e cola e, posteriormente, coca-cola<sup>4</sup>. A cocaína era utilizada em outros produtos livremente vendidos em estabelecimentos comerciais variados (farmácias, bares, mercearias), tais como: cigarros, charutos, inalantes, licores e soluções, dentre outros. No Brasil, o comércio de maconha e cocaína para fins terapêuticos perdurou até 1938 (GUIMARÃES, 2004).

Segundo Ferreira e Martini (2001), o surgimento das seringas hipodérmicas facilitou o uso intravenoso da cocaína e em outras áreas da sociedade, a cocaína deixou sua marca, como: na guerra, esporte, arte e literatura – o escritor Arthur Conan Doyle era consumidor dessa droga. Na guerra civil americana, o ópio e a morfina foram amplamente consumidos pelos soldados por seus efeitos anestésicos e capacidade de produzir euforia (BERNARDO, 1997a).

Durante a Segunda Guerra Mundial, foram utilizadas anfetaminas para aumentar a capacidade dos pilotos e os comandos para combaterem e melhor suportarem a fome, sede e cansaço (COMITÊ OLÍMPICO BRASILEIRO, 2004). O primeiro acontecimento histórico de que se tem registro e em que houve um consumo em massa de drogas, foi durante a guerra do Vietnã. No tempo em que durou este conflito, 40% dos soldados dos Estados Unidos usaram heroína e 80% consumiram maconha (CAGGIOLA, 2005). De acordo com Lima e Azevedo (2005), no século XX registra-se um aumento do consumo de drogas pesadas, após as duas grandes guerras mundiais pelos adultos e, a partir dos anos 1960, as drogas passaram a ser consumidas por pessoas cada vez mais jovens.

Os registros mostram, entretanto, que esse uso de drogas faz parte do tempo longo de nossa história, pois nos primeiros jogos olímpicos da Idade Moderna (em Atenas, na Grécia), atletas já conheciam estimulantes, em especial cocaína e efedrina, utilizando-as no formato de

---

<sup>4</sup> Atualmente a coca-cola ainda usa em sua fabricação folhas de coca, porém, as folhas de coca são “descocainizadas” (GUIMARÃES, 2004).



pequenas esferas; deste episódio surgem os termos “usar bola” e “emboletar-se” (COMITÊ OLÍMPICO BRASILEIRO, 2004).

Segundo Ferreira e Martini (2001), depois de um período de bastante uso de cocaína, no início do século XX, a utilização dessa droga aparentemente diminuiu de maneira considerável, provavelmente, em virtude de leis restritivas, do surgimento de estimulantes mais baratos como as anfetaminas e da divulgação de informações dos prejuízos causados pelo uso da droga. A partir dos anos 1980, entretanto, volta ser uma droga amplamente consumida e, atualmente, a sociedade presencia um novo estágio da cocaína com o aparecimento do “*crack*” – derivado da cocaína com uma potencialidade tóxica maior que a droga de origem.

Com essa breve retrospectiva, pudemos observar que o uso das diferentes substâncias psicoativas esteve atrelado a maior ou menor permissividade social e cultural, dependendo de contextos religiosos, políticos e econômicos. No próximo tópico, destacaremos alguns desses contextos, a partir do século XIX.

## 2.2 DIMENSÕES POLÍTICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A matriz da restrição de algumas substâncias psicoativas é composta por fatores variados. Um elemento significativo foi o surgimento da indústria química e farmacêutica que trouxe novas técnicas que, além de isolar, produzem princípios ativos de plantas alteradoras de comportamento (CARNEIRO, 2002). Surge, então, o debate entre médicos, farmacêuticos, fabricantes e praticantes populares sobre quem deveria receitar e fabricar certos tipos de drogas (MacRAE, 2001). Outro aspecto importante é que se passou a ter um conhecimento maior sobre os malefícios de determinadas drogas como a cocaína, por exemplo, que são difundidos por meio de revistas de Medicina e outras publicações, como no livro *Der Kokainismu's* (1926), de Hans Maier (FERREIRA; MARTINI, 2001). Também em fins do século XIX e início do século XX, movimentos populares nos Estados Unidos da América mobilizaram-se contra o uso de drogas na sociedade.

As campanhas, embora tivessem, a princípio, um caráter religioso e se posicionassem contra os prejuízos diversos causados pelas substâncias químicas, com o tempo passaram a

relacionar algumas drogas com determinados grupos sociais, como, a vinculação, nos EUA, entre o ato de beber e o preconceito social. Assim, imigrantes irlandeses do século XIX seriam consumidores de álcool (MacRAE, 2001). O comércio clandestino e consumo de substâncias, como: ópio, cocaína, morfina e maconha passaram a ser imputados a minorias étnicas, como evidencia o estudo de Helmer (1975 apud LEEDS, 1998, p. 247)<sup>5</sup>:

O suposto uso excessivo de ópio pelos imigrantes chineses em fins do século XIX, de cocaína pelos negros no início do século XX e de maconha pelos mexicanos durante a Depressão não passava de um mito criado durante períodos de crise econômica. Em todos esses casos, as populações visadas estavam tirando vagas dos operários norte-americanos nos mercados de trabalho em São Francisco, Nova York, e no Sudeste. [...] o uso de drogas como pretexto para a repressão de classe tem sido generalizado em ambos os países.

De acordo com Guimarães (2004), no Brasil, a maconha estaria relacionada, no século XIX, como produto de uso dos escravos, ou dizendo de outra forma, utilizada por negros. Assim, começavam a se relacionar algumas substâncias psicoativas com marginalidade e racismo. A primeira experiência de colocar na ilegalidade a maconha no Brasil data de 1830, no tempo do Império, e cuja proibição está relacionada com a tentativa de impor algum controle a uma grande população negra – livre ou não – que era a maior no continente americano. Assim, segundo Fiore (2004, p. 18), “A maconha, já era, então, diretamente associada às classes baixas, aos negros, aos ‘mulatos’ e a ‘bandidagem’ em geral, o que de certa forma, influencia o significado social do consumo da planta até hoje”.

Um outro estigma que havia no Brasil era relacionado com o álcool. Chegou-se a relacionar bebida alcoólica, principalmente a cachaça, com delinquência, ou seja, criminoso era sinônimo de cachaceiro. Em meados do século XX, o termo “maconheiro” começou a ser relacionado com características depreciativas, antes atribuídas aos bebedores de cachaça, ou seja, a expressão “cachaceiro” deixou de significar “banditismo”, deixando essa marca para o termo “maconheiro”, e, com o ressurgimento da cocaína, passou-se a chamar o usuário de “viciado” ou “traficante”, e não mais de “maconheiro” (MISSE, 2004).

Finalmente, de acordo com Guimarães (2004), há o fato do interesse do controle internacional do comércio de drogas pelos países dominadores da época. As grandes potências

---

<sup>5</sup> Conforme literatura pesquisada, a acusação de certas drogas a grupos étnicos considerados inferiores tinham, também, como objetivos a repressão de classe ou explicitamente o preconceito racial (GUIMARÃES, 2004).

européias do início do século XX – Inglaterra e Alemanha – possuíam uma forte indústria farmacêutica e detinham o monopólio no lucrativo mercado de substâncias psicoativas (RODRIGUES, 2002 apud GUIMARÃES, 2004). Antes da Primeira Guerra Mundial, a Inglaterra comerciava livremente opiáceos – heroína, codeína e morfina –; a Alemanha refinava e produzia cocaína, tornando-se grande produtora e distribuidora desta droga (GUIMARÃES, 2004) e do “[...] lado americano, a vontade de estancar tal fonte de riqueza se coadunava aos interesses de um Estado que queria se firmar sobre a cena internacional e que não possuía nenhum manancial de ópio” (BARBOSA, 1998 apud GUIMARÃES, 2004, p. 22).

De acordo com Caggiola (2005), os Estados Unidos, estabelecendo-se como nação forte e dominante no mundo, com aumento do poderio militar e econômico, passam, paulatinamente, a influenciar outros países para o controle e posterior proibição das drogas. O primeiro passo nesse sentido, para MacRae (2001), foi a convocação da primeira reunião internacional em Xangai em 1909, durante a qual não se chegou a nenhum consenso internacional sobre a regulação do comércio de algumas drogas, mas gerou incômodos naqueles países que obtinham grande lucros com esse tipo de comércio.

Segundo Guimarães (2004), a campanha pela proibição das drogas é encampada pelo governo estadunidense que, em 1912, organiza a Conferência de Haia para discutir, dentre outras coisas, as questões relacionadas ao ópio. Na seqüência, de acordo com MacRae (2001), os EUA aprovam leis que restringem o uso e o comércio de substâncias psicoativas em seu território. A primeira lei é aprovada em 1914 – o Harrison Act – e passa a controlar a comercialização de opiáceos e cocaína no país e, posteriormente, a proibição se estende à maconha e outras drogas (MacRAE, 2001).

Uma segunda lei é aprovada em 1919, a lei Volstead, a popular “lei seca” que durou apenas 12 anos, proibindo o consumo e comércio de bebidas alcoólicas. No âmbito internacional, são firmados vários acordos entre países para se combater o comércio e produção de drogas (MacRAE, 2001).

Assim, segundo Carneiro (2002), desde o início do século XX, a utilização de tabaco, álcool e outras drogas – legais e ilegais – passou a ser controlada e regulada pelo Estado. A proibição legal da comercialização de opiáceos, cocaína e outras drogas teve um efeito perverso: gerou e encorajou o surgimento do comércio ilícito – o mercado negro das drogas.

Caggiola (2005) afirma que o narcotráfico, atualmente, ultrapassa os lucros obtidos com a venda de petróleo no mundo e somente é superado pela venda ilegal de armas. Ou seja, as drogas, a despeito da proibição por lei, continuam sendo comercializadas e consumidas.

A utilização pelas pessoas das substâncias psicoativas, permitidas ou não permitidas por lei na sociedade, como o álcool e a cocaína, por exemplo, trouxe muitos problemas que acabaram se tornando freqüentes e graves. Os estudos mostram que, nas últimas décadas, o consumo de drogas tornou-se preocupante, com conseqüências nefastas, notadamente para os jovens (FERREIRA; MARTINI, 2001). Essas conseqüências trazem prejuízos em vários aspectos da vida das pessoas, tais como: conflitos familiares, comprometimento de vínculos afetivos, problemas no trânsito, comprometimento no trabalho, prejuízos à saúde e transmissão do HIV, entre outros (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003), constituindo um grave problema de saúde pública (MARQUES; CRUZ, 2000).

Assim, de acordo com Oliveira e Luis (1996), no Brasil, atualmente, o alcoolismo é um dos maiores causadores de prejuízos à saúde, trazendo danos ao indivíduo – no aspecto físico e psíquico – e em outros aspectos, no meio social – acidentes de trânsito, absenteísmo, deterioração das relações interpessoais e doenças resultantes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Os autores afirmam que o alcoolismo, na década de 1980, já ocupava o oitavo lugar nos casos de auxílio-doença concedidos pela Previdência Social.

### 2.2.1 Substâncias psicoativas

De acordo com Seidl e Costa (1999), a palavra “droga” pode ter vários sentidos na língua portuguesa. Pode ter o sentido de medicamento ou remédio, que comumente são receitados pelos profissionais da área da saúde e comercializados em estabelecimentos autorizados (farmácias). São substâncias de uso medicinal, como: aspirina e antibióticos e são ingeridas quando a pessoa apresenta algum tipo de mal estar – dor de cabeça, febre, etc.

Na linguagem do dia-a-dia, o termo “droga” corresponde a algo que incomoda, algo que não é bom, “[...] como nas exclamações: ‘Isto é uma droga!’, ‘Que droga!’” (SEIDL; COSTA, 1999, p. 16).

Há, também, as chamadas drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, conhecidas, ainda, pela denominação de tóxicos<sup>6</sup>, estupefacientes, entorpecentes ou narcóticos, que agem no cérebro e alteram sua maneira de funcionar e têm o poder de modificar o humor, a percepção, o comportamento, estados da consciência e outras funções psicológicas da pessoa que está sob o efeito delas. Assim, podem ser classificadas como drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas as bebidas alcoólicas, benzodiazepínicos, inalantes ou solventes, maconha, cocaína, *crack*, barbitúricos, heroína, anfetaminas, ácido lisérgico – popularmente conhecido como dietilamida do ácido lisérgico (LSD) –, ecstasy, tabaco, cafeína e alucinógenos encontrados na natureza em alguns vegetais (SEIDL; COSTA, 1999).

A palavra “droga”, aqui entendida como substância psicoativa, gera controvérsias entre os pesquisadores no que se refere à origem do termo. Apontam-se várias versões e a mais aceita diz que “droga” derivaria do termo holandês *droog* (seco) que, de acordo com Carneiro (1993 apud FIORE, 2006, p. 56), antigamente referia-se:

[...] aos carregamentos de peixe seco que chegavam à Europa, muitas vezes em mal estado, aplicando-se por extensão às mercadorias e substâncias químicas de gosto diferente e proveniência estrangeira. Droga teria, então, um parentesco lingüístico com alimento e também com coisa má. Essas acepções também existem nas outras palavras que são sinônimos contemporâneos de drogas: “tóxico” vem do grego “toxicon”, que significa veneno, e fármaco, de “pharmakon” que significa tanto remédio como veneno.

De acordo com Seidl e Costa (1999), apesar de todas as substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, poderem ser classificadas como drogas, há uma tendência de associar o termo aos psicotrópicos ilegais. Isto acaba sendo reforçado porque os meios de comunicação, a mídia em geral, usam o vocábulo para se referir ao tráfico. No decorrer deste capítulo, e subseqüentemente, quando nos referirmos ao termo “droga” estaremos nos referindo às drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas.

Os psicotrópicos contribuem para a desorganização do indivíduo, família e sociedade, além de causar elevado custo sócio-econômico e sanitário. A utilização das drogas ocorre em pessoas com idade cada vez mais nova e com substâncias com teor tóxico cada vez mais alto (RIGOTTO; GOMES, 2002).

---

<sup>6</sup> O uso do termo tóxico foi preponderante para designar o termo “droga” até recentemente, anos 1980 –, o que conotava a problemática das drogas mais como um problema de criminalidade do que de saúde pública (MISSE, 2004).

De acordo com Seidl e Costa (1999), as drogas podem ser classificadas em relação à origem como naturais, semi-sintéticas e sintéticas. As naturais são extraídas de uma fonte exclusivamente natural, ou seja, estão disponíveis na natureza, como os cogumelos e a trombeta, e comumente são consumidas sob a forma de chá. As semi-sintéticas, que necessitam de algum tipo de beneficiamento, como: a maconha, cocaína, álcool, tabaco. Finalmente, as sintéticas que são artificiais e obtidas exclusivamente em laboratório, como: o LSD e o ecstasy. Neste grupo, incluem-se alguns medicamentos – barbitúricos e anfetaminas, por exemplo – que, ao serem usados com dosagem alterada ou em combinação com álcool ou outras substâncias psicoativas, acabam por ter um efeito psicotrópico.

Quanto ao mecanismo de ação no sistema nervoso central as drogas podem ser classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras (GASPARINI, 2003). De uma maneira geral, do ponto de vista legal, as drogas são compreendidas (e classificadas) como lícitas e ilícitas, conforme discutiremos a seguir.

#### 2.2.1.1 Drogas lícitas

Drogas lícitas, segundo Gasparini (2003), são substâncias que alteram comportamentos, e são comercializadas legalmente, tais como: bebidas alcoólicas, tabaco, inalantes e solventes, e alguns medicamentos que podem ser adquiridos somente por prescrição médica. De acordo com a lei brasileira, é proibida a comercialização de álcool e tabaco para pessoas com idade menor de 18 anos.

Vespucci e Vespucci (1999, p. 25) afirmam que, no Brasil, o álcool é a substância psicoativa mais usada e no mundo é a mais produzida e tributada pelos governos, além de ser a mais “consumida, anunciada, idealizada e glamourizada”. No mundo, as bebidas alcoólicas são consumidas em grande quantidade e muitos são os problemas trazidos ao âmbito social por esse tipo de droga, tais como: acidentes de automóvel, violência doméstica, problemas no trabalho, cirrose hepática, etc. (PINSKY; SILVA, 1995).

Um estudo realizado por Carlini e Carlini-Cotrim (1991 apud PINSKY; SILVA, 1995) mostra que das 67.478 pessoas internadas por dependência química no Brasil, 94,8% foram diagnosticadas por alcoolismo. Outro estudo realizado numa população indígena estadunidense (BOHN, 1993 apud SIMÃO et al., 1997) analisa como o uso de bebidas

alcoólicas abala seus valores tradicionais e contribui no aumento da violência (suicídio, homicídios e violência doméstica). Seidl e Costa (1999) argumentam que, por serem as mais consumidas, as drogas lícitas são as que trazem maior prejuízo à saúde pública.

Segundo Minayo e Deslandes (1998), dada à condição de legalidade e aceitação social do álcool, este ocupa lugar de destaque na sociedade. Lima (1997) afirma que o consumo de bebidas alcoólicas aumentou consideravelmente e, na mesma proporção, a sua produção. O Brasil disputa o primeiro lugar entre os maiores produtores mundiais de bebidas fermentadas, como: a cerveja e o vinho, e destiladas, como, o uísque, cachaça, vodka, isso sem considerar a produção clandestina e o contrabando.

Para esse autor, além desses fatores, há um outro fator importante a ser considerado nesse universo: o aspecto histórico-cultural das bebidas alcoólicas na civilização. Como discutimos no capítulo anterior, as bebidas feitas à base de álcool faziam parte de antigos rituais religiosos; basta lembrar que, ainda hoje, a Igreja Católica utiliza vinho em suas celebrações religiosas (CARNEIRO, 2002). Além disso, essas bebidas continuam presentes nos eventos sociais mais diversos, tais como: comemorações futebolísticas, festas de aniversário ou confraternizações de fim de ano, entre outros (LIMA, 1997).

As políticas públicas do Brasil e de outros países têm colocado grande empenho no combate às drogas ilícitas – com ênfase maior na repressão e pouca ação na prevenção – dando pouca atenção, ou quase nenhuma, às drogas lícitas. Apesar das campanhas do Ministério da Saúde contra o fumo, a publicidade continua identificando o álcool com “sucesso, poder, bom gosto e finesse”, como ocorria anteriormente com as peças publicitárias sobre tabaco (CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL, 2001). A publicidade contribui para o alto índice de consumo, embora existam iniciativas e tentativas em controlar seu uso.

#### 2.2.1.2 Drogas ilícitas

Segundo Gasparini (2003), as drogas ilícitas são definidas como substâncias químicas que alteram o comportamento e os níveis de consciência, cuja produção, comercialização e consumo são considerados crime, sendo proibidas por leis específicas. No Brasil, as drogas ilícitas mais conhecidas e consumidas são a maconha, a cocaína e o *crack* (VESPUCCI; VESPUCCI, 1999).

A regulamentação das drogas ilícitas está contida na Lei n. 6.368/1976 – ainda em vigor – que classifica o usuário como criminoso. Todavia, a tendência atual é buscar compreender essa pessoa a partir de uma perspectiva da saúde e não criminal (LIMONGI, 2000). A proibição por lei, no entanto, não diminui o comércio dessas substâncias.

[...] no Brasil, o crime organizado floresceu e se institucionalizou a partir da década de 80 [...] tornando-se uma verdadeira resposta social, como mercado de trabalho, sobretudo para os jovens das periferias e favelas, sem expectativas de conseguir emprego formal, e que, então na ilegalidade, buscam saciar seus sonhos de consumo, status e reconhecimento social [...] tornaram-se força de trabalho preferencial para o tráfico [...] (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 38).

Crives e Dimenstein (2003) complementam, afirmando que, para sobreviver numa sociedade em que a miséria social é uma dura realidade, cada vez mais pessoas, em sua maioria jovens, entram no comércio ilícito das drogas, o narcotráfico.

O negócio das drogas é altamente lucrativo. Em 1995, a indústria das drogas superou as indústrias petroquímicas e a de alimentos em rendimentos, e estima-se que a venda de *crack* movimentou, em 1997, na Grande São Paulo, US\$ 18 milhões por mês (SERRAT, 1998).

Esse tipo de mercado gera ações violentas entre vendedores e compradores por variados motivos: disputas territoriais, disputas de poder e motivações econômicas. O narcotráfico, por não estar sujeito aos aspectos legais, para resolver disputas acaba por reforçar a violência. Minayo e Deslandes (1998, p. 39) argumentam que os interesses financeiros envolvidos ultrapassam aquelas ambições de sonho de consumo individual, pois o “[...] comércio ilegal, também está muitas vezes ligado ao tráfico de armas, misturando-se constantemente a negócios oficiais”.

Para essas autoras, no Brasil, existe a adoção de uma política de criminalização de certas drogas, ou seja, uma visão jurídica em detrimento de uma visão voltada à saúde. Dizendo de outra forma, o usuário de drogas ilícitas acaba sendo mais um problema para a polícia do que para profissionais da área da saúde. Entretanto, enquanto parece existir uma visão que identifica as drogas ilícitas como perpetradoras da violência, os dados apresentados pela Organização Panamericana de Saúde indicam que o álcool (uma droga lícita) é responsável pela perpetração de 50,0% dos homicídios, por mais de 30,0% dos suicídios e tentativas de suicídio, além de estar associado à grande maioria dos acidentes de trânsito



(MINAYO; DESLANDES, 1998). Corroborando com esses dados, o relatório da OMS sobre a saúde no mundo, segundo Mendes e Luis (2004), indica que 8,9% das doenças são resultado do consumo de substâncias psicoativas, esclarecendo que, no ano de 2000, do total mundial de doenças, o tabaco foi responsável por 4,1%, o álcool 4,0% e as drogas ilícitas 0,8%.

É um pressuposto simplista, portanto, dizer que a droga ilícita causa ações criminosas ou perversas. A ação, destrutiva ou não, de uma pessoa sob efeito de psicotrópicos também dependerá de aspectos e circunstâncias emocionais, sociais e culturais que propiciam ou favorecem o consumo desses psicotrópicos (BRASIL, 1991).

### 2.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Dependência química é um termo genérico, que abrange um leque considerável de comportamentos toxicomaníacos (SILVEIRA FILHO, 1995). Os efeitos do álcool e de outras substâncias químicas no cérebro podem levar a pessoa, com dependência química, a agir de diferentes maneiras que, segundo Twerski (1990, p. 34), acarreta, invariavelmente, algumas das seguintes complicações:

Erros no dispêndio do dinheiro, nos negócios empresariais impulsivos, no ato de mandar o patrão para o inferno e deixar o emprego, em explosões irascíveis com os filhos, em violentas tempestades raivosas contra a esposa, nos maus tratos físicos dos membros da família, nos deslizos sexuais, na cobertura para ocultar alguma coisa mal feita, em mau desempenho no trabalho, em conduta desordeira e violações da lei.

De acordo com Vespucci e Vespucci (1999), a dependência química é uma doença de base física, com fatores psíquicos que favorecem sua instalação e desenvolvimento, havendo uma perda de controle sobre a substância psicoativa e levando à submissão inteira do usuário às exigências físicas e emocionais dos psicotrópicos. Entretanto, a problemática da causalidade da dependência é controversa em várias áreas da ciência e, em geral, é mais aceita a tese da multicausalidade.

De acordo com Hill (1985 apud OLIVEIRA; LUIS, 1996), não há subsídios suficientes para se afirmar que alcoolismo seja ou não um tipo de doença e alguns autores

preferem conceituar alcoolismo mais como uma síndrome do que uma doença.<sup>7</sup> Participando desse debate, Twerski (1990, p. 134) formula uma série de perguntas:

O que pretendemos exatamente quando dizemos que o alcoolismo é uma doença? Seria uma doença fisiológica, na qual certas mudanças nos tecidos ou na química do corpo no alcoólatra são diferentes das que ocorrem no bebedor não-alcoólatra? Tratar-se-ia de uma moléstia psicológica semelhante aos outros tipos de doenças mentais, que são geralmente consideradas doenças, embora não se possa demonstrar alteração no tecido ou na química? Ou seria uma combinação das duas coisas?

De qualquer forma, para Twerski (1990), fica evidente que ocorrem reações comportamentais na pessoa com dependência química que não ocorrem naqueles que não são dependentes. Por exemplo: o primeiro apresenta incapacidade de controle no uso do álcool e de outras drogas. Silva e Mattos (2004, p. 42) complementam, afirmando que uma das características das dependências químicas é o “[...] fato de o indivíduo consumir uma substância apesar dos problemas que ela lhe traz”.

Vespucci e Vespucci (1999) dizem que há um metabolismo diferenciado no organismo do “alcoólatra”, no processamento do álcool. Segundo esse autor, um organismo de funcionamento “normal”, ao “quebrar” (transformar) a molécula do álcool, tem como produto final o carbono e a água, eliminados pelo organismo naturalmente pelo suor, respiração e urina. Um organismo “não normal”, segundo esse autor, ao invés de formar carbono e água tem como produto final o que autor denomina de isoquinolinas e carbonilas, que são substâncias tóxicas de difícil eliminação pelo corpo humano. Essas toxinas causam desconforto e mal-estar, estando presentes em grande quantidade no organismo da pessoa que consome álcool. Na síndrome de abstinência, é somente ingestão de mais álcool que pode trazer alívio novamente, instaurando assim um círculo vicioso.

Com relação a tornar-se uma pessoa dependente ou não de substâncias psicoativas, Vespucci e Vespucci (1999) afirmam que, a partir do primeiro contato, as pessoas podem ser enquadradas em três grupos de comportamento. A maioria tem experiências eventuais ou usa com moderação, sem nunca ter problemas duradouros, tendo, no máximo, problemas eventuais. Outra pequena parcela de pessoas manifesta, desde logo, tal aversão física pelas

---

<sup>7</sup> O termo alcoolismo foi utilizado pela primeira vez em 1856 por um médico sueco chamado Magnus-Huss, para se referir aos sintomas que se manifestavam no organismo humano – físicos e psíquicos – como consequência do excesso de bebidas alcoólicas (OLIVEIRA; LUIS, 1996).

substâncias psicoativas que, naturalmente, passam a evitá-las, permanecendo sempre em abstinência. Um terceiro grupo, de 12% a 15% da população, ao iniciar o contato desenvolverá uma relação especial e permanente com as substâncias químicas. Para esses autores, parte desta última população procura ou freqüenta programas de reabilitação.

Para Bernardo (1997b), a correlação entre o consumo de substâncias psicoativas e doença repousa na compreensão de que sua origem está relacionada a fatores genéticos e deficiências orgânicas, que alterariam e influenciariam o metabolismo e a química cerebral e o funcionamento de neurotransmissores. Dessa maneira, num organismo apto ou pré-disposto, num ambiente propício ao contato com as substâncias psicoativas irromperia a doença.

Entretanto, como afirmamos anteriormente, atualmente a maior parte dos pesquisadores considera que o uso de drogas não é causado por um único fator, mas por uma combinação variada que envolve fatores genéticos, fisiológicos, psicológicos, comportamentais, familiares, socioeconômicos e culturais (SILVEIRA FILHO, 1995).

Em nossa compreensão, é necessário problematizar o uso de substâncias psicoativas a partir de uma visão ampliada do que sejam saúde e doença que segundo Stroebe e Stroebe (1995), significa levarem-se em consideração fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais. Com essa perspectiva, entendemos que a Psicologia Social da Saúde esteja em maior consonância com a problemática desta dissertação, uma vez que privilegia os processos de prevenção de doença e promoção de saúde (SPINK, 2003b).

### **3 SITUANDO O CUIDADO COM A SAÚDE**

---

Como afirmamos anteriormente, nossa fundamentação para discutir a prevenção de agravos à saúde, em decorrência do uso de substâncias psicoativas, será feita pelo diálogo entre a Psicologia Social da Saúde e autores do campo da saúde que enfocam a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Nessa perspectiva, é fundamental compreendermos o binômio saúde e doença de forma ampliada.

Na seqüência, discutiremos aspectos ligados ao cuidado com a saúde, defendendo uma visão ampliada de prevenção e promoção da saúde, tomando como eixo a perspectiva da Psicologia Social da Saúde.

### 3.1 SAÚDE E DOENÇA

Com base na literatura consultada, fica claro que a compreensão do que seja saúde e doença foi modificando-se ao longo da história. Scliar (2002) discute essa trajetória a partir da metáfora do olhar: do olhar mágico, passando pelos olhares empírico, autoritário e científico, antes de chegar ao olhar social. Isso não significa que cada novo conjunto de conhecimento produzido sobre saúde e doença vai substituir totalmente as maneiras explicativas anteriormente dadas. Segundo o autor, as novas formas explicativas não excluem as anteriores, mas se entrelaçam. Um exemplo significativo dessa convivência são os poderes mágicos que ainda se atribuem aos medicamentos, muitas vezes, vistos como a panacéia para todos os males que nos afligem.

O próprio conceito de saúde da OMS, formulado em 1948, mostra-nos essa maneira mutante de compreendermos os processos de saúde e doença. Nessa época, saúde era definida como “O estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade”, em oposição ao entendimento de enfermidade baseado na manifestação de sintomas e sinais que evidenciavam uma doença (SCLIAR, 2002, p. 93). Ou seja, as pessoas consideravam que havia saúde apenas por não apresentarem sintomas físicos de alguma doença. Assim, os cuidados com a saúde se baseavam em exames de rotina para se fazer diagnósticos e detectar algum problema. Com a manifestação da doença, havia procedimentos médicos e cirúrgicos para a melhora do paciente.

A definição da OMS de 1948, apesar de ter representado um avanço para a época, foi sendo criticada e ampliada. Nessa perspectiva, Segre e Ferraz (1997, p. 539) dizem que essa

definição é “[...] irreal, ultrapassada e unilateral”. Os autores usam o termo “irreal” porque, segundo eles, é muito difícil definir o que seria um completo bem-estar físico mental e emocional, uma vez que essas noções podem variar conforme o contexto e as pessoas envolvidas. Problematizam, portanto, a idéia de perfeição no que diz respeito à saúde. Para esses autores, é impossível o completo bem-estar. Como exemplo, Segre e Ferraz (1997, p. 539) discutem a questão da angústia uma vez que ela tem,

[...] repercussão somática maior ou menor (por exemplo, um cólon irritativo ou uma gastrite), configura situação habitual, inerente às próprias condições do ser humano. Divergir de posturas da sociedade, e até marginalizar-se ou de ser marginalizado frente a essa mesma sociedade, não obstante o sofrimento que essas situações trazem, é comum e até desejável para o homem sintonizado com o ambiente em que vive.

Ou seja, se o mal-estar é algo que parece ser inerente ao ser humano torna-se incoerente falar em completo bem-estar. Para Segre e Ferraz (1997, p. 540), também, ao discutirem a divisão conceitual de físico, mental e social, a definição da OMS é “ultrapassada”, pois

Mesmo a expressão “medicina psicossomática” encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados [...] Caberia aqui acrescentar que as injunções sociais atuam sobre este aparato complexo que é o sujeito. O estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, a modalidade da organização do trabalho, a vida nas metrópoles, entre tantos outros fatores, poderiam fazer pensar, até mesmo, em uma suposta unidade “sociopsicossomática”.

Dessa forma, os três aspectos são integrados e interagem entre si, não sendo possível dissociá-los ou classificá-los separadamente quando buscarmos compreender os aspectos que estão implicados nos processos de saúde e doença.

Uma outra noção que Segre e Ferraz (1997, p. 541) criticam é a questão da compreensão do que seja qualidade de vida, que está implicada na definição unilateral da OMS, afirmando que a qualidade de vida é uma questão subjetiva de cada pessoa. “Será que alguém, pelo simples fato de não ter recursos para se alimentar de acordo como nossos padrões, poderá ser considerado com qualidade pior de vida do que uma pessoa bem alimentada?”. De acordo com essa lógica, não poderia haver uma classificação universal sobre o que seja uma boa ou má qualidade vida.

Nessa discussão sobre as diferentes compreensões sobre os processos de saúde e doença, não podemos deixar de lado as matrizes que formam dois grandes eixos que perpassam o cuidado com a saúde, principalmente na cultura ocidental: o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial que, na seqüência, caracterizaremos brevemente.

### 3.1.1 Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial

Com o advento das práticas de anatomia, caracterizadas pela possibilidade da dissecação do corpo humano, por volta dos séculos XIV e XV, a Medicina passou a compreender de forma diferente a constituição e funcionamento biológico e neurológico dos seres humanos. Segundo Koifman (2001, p. 51), foi a partir do século XVI que o organismo humano começou a ser visto como uma máquina, o que influenciou o desenvolvimento de novas práticas clínicas e o “[...] corpo humano tornou-se, então, a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas”. Ou seja, a saúde passa a ser concebida como inexistência de doenças, e a cura, a supressão dos sinais e sintomas.

Essa maneira de explicar e conceituar doença é fruto de uma visão construída há séculos que se formata seguindo o eixo cartesiano na concepção dos fenômenos que nos rodeiam:

[...] o método cartesiano tornou-se o paradigma dominante da ciência e o universo passou a ser concebido como um sistema mecânico, consistindo em objetos separados que, por sua vez, foram reduzidos aos seus menores elementos materiais (VAITSMAN, 1992 apud KOIFMAN, 2001, p. 51).

Dessa forma, esse modelo enfatiza o orgânico e sugere que as doenças são resultados de modificações fisiológicas e biológicas, causadas por ferimentos ou infecções (YÉPEZ, 2001). Essa nova forma de tratar doença e saúde implicou num distanciamento entre médico e doente, em que a pessoa era vista somente como alguém que possuía uma doença (KOIFMAN, 2001).

Para Koifman (2001), o modelo explicativo cartesiano, na Medicina, redundou no Modelo Biomédico que considera o corpo humano como uma máquina que não é perfeita e que, eventualmente, terá problemas de funcionamento e que necessitará de uma pessoa capacitada para resolver o problema. Nessa perspectiva, não há espaço para discussão dos aspectos sociais e psicológicos como elementos constitutivos dos processos de saúde e

doença, ou seja, nessa concepção a doença passa a ser um dano automaticamente reparável com uma intervenção técnica. Esse modelo embora tenha contribuído na compreensão da saúde e doença – e tendo como objetivo a cura – é uma prática reducionista, segundo a autora, pois tem como consequência o distanciamento do médico em relação ao paciente.

A despeito do predomínio do Modelo Biomédico, que se forma a partir da racionalidade cartesiana, permanecendo até os dias atuais, segundo Yépez (2001), desde a época de Hipócrates, convivemos com a busca da interação entre os aspectos psicológicos, orgânicos, sociais e culturais no que diz respeito ao adoecer e ao levar uma vida saudável e, ao longo dos séculos, existiram vários registros de que alguns profissionais, inseridos no cuidado com a saúde, e mostraram preocupação em possibilitar uma relação mais humanizada entre médico e paciente. Logicamente, as propostas de humanização e uma compreensão ampliada da saúde ganharam maior visibilidade ao longo do século XX e começo do XXI.

Algumas formas de oposição ao Modelo Biomédico, conforme discute Koifman (2001), fortalecem-se no campo da chamada Medicina social, que se desenvolveram em alguns países da Europa em meados do século XIX, em que se defende, dentre outras coisas, que a investigação científica relacionada às questões de saúde e doença devem, obrigatoriamente, considerar, também, os aspectos econômicos e sociais. Assim, segundo a autora, surgiram algumas leis que obrigavam o Estado a dispor de profissionais treinados para a prevenção e promoção da saúde da população, proporcionando um desenvolvimento saudável tanto físico como mental. Estamos, portanto, nos referindo às matrizes do Modelo Biopsicossocial.

Contribuindo para essas formas de oposição ao modelo estritamente biomédico, segundo Yépez (2001, p. 50, grifo do autor), podemos considerar os estudos desenvolvidos por Freud, em princípios do século XX:

[...] os trabalhos de Freud, apontando o papel de conflitos emocionais na aparição de sintomas que não mostravam nenhuma causa física imediata, geraram, a partir da década de 1930, toda uma linha de desenvolvimento teórico da denominada *Medicina Psicossomática*.

Não resta dúvida que as proposições de Freud no início do século XX serviram como oposição ao modelo biomédico, entretanto, como afirmam Segre e Ferraz (1997), que discutimos anteriormente, a lógica da Psicossomática mantém a cisão entre mente e corpo,



sendo refutada por vários autores uma vez que mente, soma, social e cultura estão integrados e interagem entre si, não sendo possível dissociá-los quando buscarmos compreender os aspectos implicados nos processos de saúde e doença.

Outro importante aspecto, levantado por Yépez (2001), é a diminuição de determinadas doenças, em consequência de ações preventivas que mostram a importância de aspectos sociais, culturais e psicológicos, além dos biológicos, no que diz respeito às práticas de saúde. Exemplo: doenças infecciosas causadas por vírus e bactérias. Para o autor, torna-se importante o entrelaçamento de outras áreas de conhecimento, tais como a Antropologia, Sociologia, Psicologia, dentre outras.

Alinhadas a essa compreensão, diferentes vozes entram em cena na formação de diferentes concepções com o cuidado com a saúde. Uma dessas vozes vem da Psicologia Social, em que Stroebe e Stroebe (1995) analisam as especificidades dos dois modelos, o biomédico e o biopsicosocial. Para eles, a Medicina progrediu de forma impressionante, ressaltando o surgimento das vacinas e outros tipos de intervenções médicas, e o entendimento das causas das doenças que diminuíram a morte por doenças infecciosas, por exemplo, com o uso da penicilina. Todavia, os autores enfatizam que o aumento da expectativa de vida da população, em grande parte, resulta da eliminação dos perigos trazidos à saúde em decorrência de sistemas sanitários precários. Ou seja, a saúde melhorou, também, em função do desenvolvimento de sistemas sanitários, tais como: o tratamento de água e esgotos.

Em síntese, Stroebe e Stroebe (1995) argumentam que para compreendermos a melhora nos níveis de mortalidade temos que considerar as mudanças em vários pontos: melhores condições de saneamento básico, a importância da ênfase dada à nutrição e à educação em saúde a qual busca sensibilizar as pessoas para que adotem estilos de vida saudável, evitando, assim, o adoecimento. Ou seja, para os autores as questões de saúde não são apenas de responsabilidade da área biomédica, mas devem ser tratadas de forma interdisciplinar.

Também se posicionando a partir da Psicologia Social, Spink (2003b) discute a construção social dos saberes sobre saúde e doença, no campo da Psicologia, a partir de três grandes vertentes: a) saúde como algo intra-individual; b) saúde como resultado de aspectos psicossociais multicausais; c) sentidos atribuídos ao processo saúde-doença.

A primeira vertente, segundo a autora, explica a saúde e a doença como algo intra-individual e pode ser exemplificada, partindo de duas correntes. A primeira tem como representante Franz Alexander que, entre 1930-1968, trabalhava com psicossomática, em uma perspectiva psicanalítica, segundo a qual,

Os conflitos inconscientes não resolvidos entre os desejos e as forças antagonísticas do ego e do superego geravam tensões emocionais crônicas, cujos correlatos fisiológicos podiam resultar em disfunção, ou mesmo, em mudanças estruturais em determinados órgãos do corpo (SPINK, 2003b, p. 44).

Dizendo de outra forma, as emoções não controladas ou não resolvidas se reverteriam em doença.

A segunda corrente dessa vertente parte da lógica de que determinados tipos de personalidades estariam propensas a gerar determinados tipos de doenças como o câncer ou doenças cardíacas (SPINK, 2003b).

A segunda vertente, que explica saúde e doença como resultado de aspectos psicossociais multicausais, é representada por estudos do tipo epidemiológico em que se buscam nexos causais entre experiências de vida e adoecimento. Isto é, o indivíduo não é visto apenas como único causador de sua morbidade, mas fatores sociais estariam relacionados ao processo. Essa vertente, segundo Spink (2003b, p. 46), propiciou o surgimento e

[...] popularização de mensagens emocionalmente ameaçadoras como a famosa conclusão de que o câncer tende a surgir entre seis e dezoito meses após a experiência de tensões críticas (como, por exemplo, a morte do companheiro).

A terceira vertente discutida pela autora alinha-se à perspectiva psicossocial, e enfoca a importância dos sentidos que as pessoas atribuem aos processos de saúde e doença. Muito mais que procurar a origem da doença é buscar entender esta como um fenômeno psicossocial que é historicamente construído. Ao deixar de legitimar apenas a perspectiva médica e reconhecer, também, o ponto de vista do sujeito na significação da doença é possibilitado “O confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo” (SPINK, 2003b, p. 47).

Esse último eixo explicativo traz três contribuições importantes para pensarmos no

cuidado com a saúde. A primeira contribuição é possibilitar a conscientização para a orientação de formas saudáveis de viver; a segunda é o reconhecimento do sentido que a pessoa dá à experiência vivida. Já a terceira contribuição diz respeito ao próprio exercício da Psicologia como profissão na área da saúde, isto é, a postura clínica tradicional deve ser reorientada para uma prática mais condizente com uma Psicologia Social da Saúde que deve atuar tanto nos serviços de saúde como na comunidade.

Nesta terceira vertente, a mesma autora destaca vários estudos realizados a partir da abordagem de representação social e de posturas alinhadas à perspectiva do construcionismo social, segundo a qual, as pessoas são vistas não apenas como produtos, mas também, como produtoras da realidade social. Com relação ao construcionismo, a autora afirma que “A perspectiva construcionista é recente na psicologia social e mais recente ainda nas aplicações ao campo da saúde onde tradicionalmente, a psicologia tem atuado embasada numa ótica intra-individual” (SPINK, 2003b, p. 43).

Tomando como base essa breve trajetória das concepções sobre saúde e doença e seus cuidados, concordamos com Scliar (2002) quando afirma que novas formas explicativas não excluem modelos anteriores, mas se entrelaçam. Ou como advoga a abordagem de práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK; FREZZA, 1999); em termos de linguagens sociais, há sempre a concomitância de sentidos novos e antigos na explicação das coisas que nos rodeiam. Podemos, assim, entender que as práticas discursivas que sustentam o modelo biomédico convivem com as práticas discursivas que advogam práticas pautadas pelo modelo biopsicossocial.

No que se refere à manutenção da hegemonia do modelo biomédico, Yépez (2001) argumenta que o interesse nessa manutenção está, também, atrelado à força da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos médicos de última geração. Para o autor, essas indústrias detêm um mercado gerador de renda em todo o mundo. Assim, ao invés de proporem alternativas também voltadas para modelos preventivos, os interesses econômicos dessas indústrias levam à ênfase em práticas curativas, reforçando os chamados processos de “medicalização da vida”. Um outro aspecto importante, ressaltado por Menegon (2006), é que, a partir de meados do século XX, há uma aceleração no desenvolvimento da biotecnologia moderna, que resulta em uma verdadeira revolução biotecnológica, com grandes investimentos voltados às possibilidades de recombinações genéticas, em detrimento de investimentos em outras áreas, o que acaba por fortalecer ainda mais o modelo biomédico.

### 3.2 PSICOLOGIA SOCIAL DA SAÚDE E PREVENÇÃO

Na discussão sobre a construção de diferentes concepções sobre saúde, fica claro que a Psicologia passa a ter importância no cuidado com a saúde, quando nos reportarmos ao entrelaçamento de aspectos sociais, culturais, biológicos e psicológicos. Assim, alguns autores creditam a constituição do campo da Psicologia da Saúde, como também, uma oposição ao Modelo Biomédico (ENUMO, 2003). Logicamente, esse entendimento é correto, mas muito reducionista, pois em cada país a constituição desse campo comportou especificidades, conforme nos mostra a literatura consultada (STROEBE; STROEBE, 1995; SEBASTIANI, 2000; SPINK, 2003b; MENEGON; COELHO, 2006).

Cuba é o primeiro país a utilizar o termo Psicologia da Saúde na década de 1960, em que se buscava desenvolver práticas mais centradas na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e a Psicologia era convidada a dar sua contribuição às equipes interdisciplinares (SEBASTIANI, 2000; SPINK, 2003b; MENEGON; COELHO, 2006). Segundo Spink (2003a, p. 33),

[...] em Cuba, a Psicologia da Saúde ampliou seu objeto de estudo, que passou a englobar não apenas os processos psicológicos e psicopatológicos, que caracterizavam a Psicologia Clínica tradicional, como também, o conhecimento dos processos sociopsicológicos relevantes para a manutenção da saúde e a compreensão da origem e do desenvolvimento da doença e dos diversos aspectos da prática médica, entre eles a relação médico-paciente, a satisfação da população com os serviços, as formas de utilização dos serviços e a participação da comunidade em sua avaliação.

Nos Estados Unidos, a formalização desse campo ocorre na década de 1970 e, segundo Spink (2003b), traz em sua constituição diferentes concepções da Psicologia, transitando de perspectivas mais conservadoras e biologicistas (Medicina comportamental e a perspectiva behaviorista da Psicologia) a posturas mais psicossociais. A definição da Psicologia da Saúde dada por Matarazzo (1980 apud YÉPEZ, 2001, p. 50) passa a ser a mais aceita por incluir a perspectiva psicossocial, sendo assim definida como,

O conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais, que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, à doença e às disfunções relacionadas, à melhora do sistema sanitário e à formação de uma política sanitária.

Segundo Spink (2003b), essa definição é aceita pela Sociedade Européia de Psicologia

da Saúde, que data desde de 1986. Stroebe e Stroebe (1995), autores europeus, discutem a Psicologia Social e Saúde, enfatizando a necessidade de se compreenderem as maneiras como as pessoas vivem o seu cotidiano, considerando o que chamam de *stress* psicossocial – fatores que colaboram para o surgimento de doenças. Para os autores, essa compreensão contribuiu com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, uma vez que o conhecimento psicológico se torna importante para compreender os fatores relacionados à doença e à promoção da saúde.

No Brasil, a constituição do campo da Psicologia da Saúde surge a partir de 1980. Antes desse período, existiam atuações de vanguarda no sistema de saúde, como, a atuação de psicólogos no Hospital das Clínicas de São Paulo na década de 1950. Entretanto, os primeiros concursos públicos para a contratação de psicólogos para a rede de serviços de saúde ocorreram somente na década de 1980 (SEBASTIANI, 2000; SPINK, 2003b). Segundo a literatura consultada, a constituição desse campo no Brasil sofreu grande influência dos movimentos da Psicologia no âmbito da América Latina no que se refere à necessidade de trabalharmos a demanda psicossocial, que pode ser exemplificada pelas mudanças ocorridas na Psicologia Social, retratadas na organização da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), em 1980.

Menegon e Coêlho (2006) argumentam que a compreensão ampliada de saúde pode ser considerada um elemento de destaque na matriz do campo da Psicologia da Saúde. Conforme discutimos anteriormente, o conceito de saúde foi definido como o bem-estar integral – físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978 apud ENUMO, 2003), ou seja, ao ser humano devem ser possibilitadas condições que viabilizem acesso à condições sociais, ambientais, econômicas para que tenha uma vida plena e digna (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002). Assim, em que pesem as críticas a essa definição que já discutimos, podemos afirmar que ter saúde não significa apenas a pessoa ter ausência de doença, isto é, não apresentar somatização ou aspectos patológicos cuja causa tenha origem em fatores de fora do organismo, tais como, fungos ou bactérias.

No que se refere à inserção do psicólogo no campo da saúde, segundo Sebastiani (2000), ao compreendermos que a doença tem em sua origem também aspectos psicossociais, é importante a participação do psicólogo no cuidado com a saúde. Nesse particular, Enumo (2003) complementa que cuidar da saúde não é apenas preocupar-se em haver mais profissionais na área de saúde, hospitais, remédios ou centros de saúde, mas preocupar-se, também, em criar condições para que as pessoas possam ter uma melhor qualidade de vida.

Para Stroebe e Stroebe (1995), as melhores condições de saúde de que desfruta a humanidade podem ser creditadas, também, ao comportamento das pessoas. Ou seja, as maneiras como as pessoas se comportam e os sentidos que dão ao cuidado com a saúde têm influência na sua saúde e na sua doença. Assim, as formas como as pessoas vivem são indicadores de vida saudável ou da possibilidade de adoecimento. De acordo com um estudo realizado por Belloc e Breslow (1972 apud STROEBE; STROEBE, 1995), há comportamentos que favorecem uma pessoa ter boas condições de saúde: alimentar-se somente nos horários das refeições; tomar café da manhã diariamente; ter um peso compatível em relação a sua altura; não fazer uso de cigarros; tomar bebida alcoólica moderadamente ou fazer a abstinência total delas; e atividade física regular. Entretanto, embora praticar atos saudáveis seja favorável para alcançar a saúde, é importante não só aumentar o tempo de vida, mas ter vida com qualidade (STROEBE; STROEBE, 1995).

De acordo com essa lógica, podemos dizer que prevenir é promover saúde. No caso da nossa pesquisa no campo da drogadicção, essa discussão é muito importante, pois a prevenção de uso de drogas é uma maneira de promoção de saúde, como explicita a citação abaixo:

A prevenção ao uso e abuso de drogas, pelos seus objetivos, aproxima-se bastante da promoção da saúde, da saúde ideal. Ela convida a trabalhar o seu desenvolvimento integral de forma mais harmoniosa, através da prática pessoal em todos os instantes da vida, na linha de desenvolver todo o potencial que a vida humana tem (BUCHER, 1992 apud GASPARINI, 2003, p. 48).

No que se refere à prevenção e promoção da saúde, entendemos ser muito importante considerar os sentidos que as pessoas atribuem ao seu próprio processo de adoecimento, conforme discutimos no tópico anterior. Nessa perspectiva, as posturas construcionistas podem possibilitar transformações qualitativas, pois como afirmam Guanaes e Japur (2003, p. 138),

O construcionismo social busca investigar o contínuo fluxo da atividade comunicativa humana, dando destaque aos processos lingüísticos e relacionais que possibilitam a produção de conhecimento sobre o *self* e sobre o mundo em que vivemos.

Adotar uma postura construcionista significa buscar compreender os sentidos que a pessoa dá para a sua experiência e pode auxiliar na prevenção e promoção da saúde (SPINK, 2003b). Entendemos que a Psicologia Social da Saúde tem muito a contribuir na busca de estratégias de prevenção ao uso de substâncias psicoativas.

Por exemplo: para evitar o surgimento de doenças causadas por agentes de fora do organismo – vírus, bacilos – algumas abordagens partem do pressuposto de que apenas levar informações às pessoas pode fazer com que elas ressignifiquem os sentidos sobre o cuidado com a saúde, modificando suas atitudes e comportamentos. Entretanto, nem sempre a informação leva as pessoas a terem comportamentos condizentes com a promoção da saúde – basta ver o caso do tabagismo que, apesar de informações sobre seus malefícios, muitas pessoas ainda continuam fumando (SCLIAR, 2002). Ou seja, apesar da produção de conhecimento contra o tabaco e da forte pressão social de confinamento das pessoas que fumam, mesmo com expressiva diminuição, um quinto da população mundial ainda é composta por pessoas que fumam (CIORLIA; GODOY, 2005).

### 3.3 PREVENÇÃO E O USO DE DROGAS

Para o problema das drogas, os estudiosos, segundo Gasparini (2003), concordam que a melhor forma de combate é a prevenção. Isso significa desenvolver ações que possam desestimular o consumo de substâncias psicoativas.

De acordo com Lima e Azevedo (2005), a utilização de substâncias psicoativas pelos mais diversos motivos construídos através dos tempos transpôs os motivos místicos ou medicinais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1974 apud LIMA; AZEVEDO, 2005), os motivos atuais seriam satisfação, curiosidade, inclusão no grupo social, independência, novas experiências, aventura, melhorar a criatividade, relaxar, enfrentar situações desconfortáveis. As drogas foram difundindo-se através da história e hoje constituem uma das faces de nossa realidade social (BUCHER, 2002).

Para Lima e Azevedo (2005), outros dois fatores são relevantes para a compreensão do problema. Um é o surgimento das drogas semi-sintéticas e sintéticas, mais potentes, que potencializam o desenvolvimento da dependência. O outro fator é a questão relacionada com a idade de contato inicial ou de uso, que se dá em idades cada vez mais precoces. Assim, independente de toda a trajetória das drogas na história da humanidade, o fato é que elas se tornaram um problema de saúde pública.

No Brasil, somente a partir dos anos de 1990, devido à propagação do vírus da Aids, é que se começou a pesquisar a problemática do consumo de drogas, quando começou a haver

uma atenção maior ao usuário de drogas injetáveis. O que acontecia antes disso é que, mesmo no consumo de drogas ilícitas, considerado baixo em comparação a outros países, usava-se como parâmetro outras realidades que nada tinham a ver com o nosso país. Os programas de prevenção eram ações isoladas, sem continuidade, caracterizando um descaso pelo tema (CANOLETTI; SOARES, 2005).

Mesmo tendo surgido recentemente estudos e pesquisas preocupados com estratégias preventivas, uma avaliação dos programas de prevenção ao uso de drogas

[...] mostra o predomínio de palestras e a focalização em disciplinas específicas entre as atividades de prevenção; e aponta a ausência de gestão e de institucionalização das ações, demonstrando a persistência de padrões inconsistentes nos programas (CANOLETTI; SOARES, 2005, p 117).

As campanhas e palestras, segundo Gasparini (2003), muitas vezes trazem um discurso moralista ou uma discussão religiosa sobre o que é o bem e o que é o mal, considerando, às vezes, o uso de drogas como uma ação pecaminosa. Pais, professores e outras pessoas muitas vezes usam argumentos simplistas como frases do tipo “a droga mata”, que acabam por ter um efeito praticamente nulo, já que os jovens podem indagar porque colegas, ou outras pessoas, que eles conhecem e que usam drogas, não morrem. Portanto, para Canoletti e Soares (2005), torna-se necessário um enfoque educacional que proporcione reflexão e desenvolvimento de senso crítico, com valorização da vida, do que uma prática preventiva moralista e repressiva. Por isso,

[...] é fundamental que as suas ações sejam norteadas por idéias construtivas, por valores humanos claramente pensados e enunciados, por objetivos baseados em uma concepção humana do humano do homem, em suma, por balizes bem definidas que levem em conta as características psicológicas e sociais do ser humano sobre o qual se quer “intervir” (BUCHER, 1992 apud GASPARIANI, 2003, p. 46).

Os modelos de prevenção têm uma evolução histórica. O modelo inicial era o chamado Modelo Jurídico-Moral, pelo qual se compreendia que apenas as drogas ilícitas traziam risco à pessoa, sendo estes um modelo repressor. Depois se passou a conceber o Modelo de Saúde Pública em que não se consideravam mais somente os aspectos legais, mas passou a ser, também, um problema dos profissionais da área da saúde – em específico dos profissionais da Medicina – porém, o agente responsável ainda era a droga (GASPARIANI, 2003). O desenvolvimento do pensamento, em que o comportamento das pessoas também era



causador dos estados de doença, contribuiu para que as políticas de saúde começassem a trazer informações de forma a conscientizar as pessoas a mudarem comportamentos que seriam considerados nocivos – tais como, alguns tipos de alimentos e tabagismo (ADAM; HERZLICH, 2001). Com a proposta do modelo psicossocial de prevenção, a pessoa também passa a ser considerada como agente ativo e responsável em relação ao consumo de drogas (GASPARINI, 2003).

A diferença entre o modelo biomédico e o modelo psicossocial é que a primeira parte do princípio “[...] de que para cada doença existe uma causa biológica primária que é objectivamente identificável” (STROEBE; STROEBE, 1995, p. 24). No caso do uso de substâncias psicoativas, então, e de acordo com o pressuposto anterior, apenas se consideraria a droga como o agente externo causador dos problemas relacionados ao seu uso. Dessa forma, não se precisaria levar em consideração os aspectos psicossociais - fatores psicológicos, culturais e sociais que, segundo os autores, são determinadores importantes da saúde e doença. Engel (1977 apud STROEBE; STROEBE, 1995) propõe que o modelo biomédico considere os aspectos psicossociais. Com base nessa compreensão, Silva e Laranjeira (2004) argumentam que no campo da saúde é preciso pensar a dependência química não somente como um problema médico ou psicológico.

“No Modelo Psicossocial de prevenção, o indivíduo não é visto como vítima de um ataque de um agente externo, como um vírus, por exemplo, mas como agente de uma relação droga-indivíduo-sociedade”. (MESQUITA, 1996 apud GASPARINI, 2003, p. 46).

### 3.3.1 Níveis de prevenção

A prevenção tem como um dos objetivos a adoção de uma conduta responsável em relação às substâncias psicoativas. Em última instância, espera-se que os indivíduos não abusem das drogas, não causando, assim, prejuízos de ordem pessoal ou social (LIMA; AZEVEDO, 2005).

Atualmente classificam-se as ações preventivas em três tipos: primária, secundária e terciária. A prevenção primária tem como objetivo desenvolver ações que possam evitar um primeiro contato com as substâncias psicoativas, com iniciativas voltadas para promoção da saúde, incluindo a disponibilização de informação na escola, empresa e comunidade. A

prevenção secundária visa impedir a instalação da dependência química, sendo dirigida para pessoas que de alguma forma já experimentaram drogas, ou seja, procura-se abordar os usuários de substâncias psicoativas, visando criar conscientização para que não haja continuidade no uso. A prevenção terciária está relacionada às medidas de recuperação, isto é, quando se necessita enviar o usuário para centros de reabilitação específicos (SUZIN, 1998)<sup>8</sup>. Atualmente, alguns autores propõem a substituição dos termos “prevenção primária, secundária” e terciária para “prevenção universal, seletiva e indicada”, respectivamente (SILVA; MATTOS, 2004).

Entretanto, a política dominante ainda é o combate às drogas ilícitas e esquece-se que as drogas mais consumidas no Brasil são as lícitas. É alto o consumo de álcool, tabaco, inalantes ou solventes e medicamentos psicotrópicos (SUZIN, 1998). A visão comumente disseminada, vinculando as drogas ilícitas à marginalidade, dificulta uma melhor compreensão do problema, pois não se leva em conta que o uso de drogas lícitas podem provocar tantos prejuízos quanto as drogas proibidas (CALDEIRA, 1999).

Uma pesquisa sobre o “Consumo de Drogas Lícitas e Ilícitas por Estudantes do Primeiro e Segundo Grau de Escolas Públicas do Rio de Janeiro” (1995-1997), realizada no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mostra que as três principais drogas mais consumidas são: álcool, tabaco e inalantes ou solventes, sendo que o álcool tem um percentual maior de uso do que todas as outras drogas somadas (CALDEIRA, 1999).

O álcool, segundo Galduróz e Caetano (2004), é responsável pelo surgimento e manutenção de muitos problemas sociais, econômicos e de saúde, caracterizando-se como uma droga de caráter ambíguo na sociedade. Mattos (2004) afirma que essa ambigüidade é reforçada pelos meios de comunicação, pois, ao mesmo tempo em que informam sobre os malefícios do álcool, recomendam beber moderadamente. Dessa forma, fica evidente que se torna necessária a implantação de campanhas e políticas públicas que minimizem ou

---

<sup>8</sup> Na prevenção terciária para uma melhor eficácia não se deveria levar em conta – ou priorizar – apenas a internação em si, mas também outros aspectos, tais como, retorno à sociedade e estrutura familiar, pois dificuldades de lidar com situações externas também podem levar ao uso de drogas. A reinserção social em programas de recuperação no Brasil é tarefa árdua, pois mesmo pessoas que nunca usaram drogas encontram dificuldades de inserção, ou seja, a questão da exclusão social ultrapassa a questão do uso de drogas (SILVA; MATTOS, 2004).

diminuem o consumo de bebidas alcoólicas na sociedade. Ou seja, como propõe Laranjeira (2004), além de se enfatizar em campanhas de prevenção a questão das outras drogas, é importante discutir o papel do álcool na sociedade no que tange à questão das substâncias psicoativas.

Finalmente, falar em prevenção seja ela do nível e do âmbito que for, em nossa cultura, é importante entendermos o uso da linguagem dos riscos. Em prevenção, a metáfora “correr riscos” significa evitar possíveis situações ou fatores que tragam algum dano à saúde. Por exemplo: evitar o uso de drogas, de alimentos gordurosos, etc. “Correr riscos”, segundo Spink (2003c), é uma das metáforas mais significativas utilizadas na área da saúde para falar sobre o enfrentamento de riscos. De alguma forma, essa metáfora reorganizou as maneiras de tratarmos o cuidado com a saúde. Por exemplo: é devido à formação do repertório “correr riscos” que se torna possível falar em estilo de vida como forma de autocontrole e autogerenciamento de riscos. Nessa perspectiva, a pessoa seria responsável pelo controle da própria saúde, logicamente, sob o olhar de um especialista. Falar em “risco”, entretanto, significa adentrar, também, uma pluralidade de possíveis sentidos, conforme abordaremos no próximo item.

### 3.3.2 A linguagem dos riscos na prevenção

Risco é mais do que um conceito, é uma linguagem social formada por repertórios, tais como: perigo, azar, incertezas, controle, possibilidade, probabilidade, mas também, por repertórios, como: chance, sucesso, adrenalina, coragem, etc. Essa pluralidade de sentidos pode ser melhor compreendida a partir da sistematização de três tradições discursivas sobre risco. Essa sistematização é resultado de pesquisas realizadas sobre o uso do conceito de risco em diferentes campos sociais (SPINK, 2001; SPINK; MENEGON, 2005; MENEGON; SPINK, 2007).

A primeira tradição nos remete ao sentido de risco como perigo, estando associada às falas de senso comum. Risco, nessa tradição discursiva, não está associado à possibilidade de cálculo e, normalmente, é usado para qualquer situação de infortúnio.

A segunda tradição discursiva vem da possibilidade de controle e disciplina. Risco, portanto, é compreendido como probabilidade, constituindo-se como estratégias de

governamentalidade: o governo de populações que objetiva o controle de pessoas em espaços físicos e sociais, seja na distribuição, seja no movimento. Estar em risco é a metáfora utilizada nessa tradição disciplinar; uma outra estratégia é a disciplina dos corpos, que tem como meta a educação continuada como meio de levar a informação, visando à adoção de estilos de vida saudáveis. Aplica-se, portanto, à vida privada das pessoas. Risco, como probabilidade e nessa tradição disciplinar, tem sentido negativo e a meta é sempre prevenir os possíveis riscos, ou seja, evitar correr riscos.

Por fim, a terceira tradição discursiva carrega um sentido de positividade herdado da aventura, tornando os campos da economia e da aventura bastante próximos. Assim, no campo da Economia, falar em “risco” é utilizar repertórios tanto de risco-probabilidade como de risco-aventura, pois “correr riscos” significa a possibilidade de obter ganhos. Aqui o risco faz parte de processos em que, no final, a pessoa pode ter uma recompensa. Nessa terceira tradição discursiva, transitamos entre riscos e benefícios. Na Economia, os repertórios típicos são: coragem, adrenalina, ousadia, medo e, até mesmo o risco de falência ou de síncope cardíaca; o campo do esporte-aventura inclui as chamadas emoções radicais e se caracteriza pela lógica do risco desejado, cujos repertórios mais característicos são: aventura, adrenalina, emoção, radical, extremo, desafio e ousadia (SPINK, 2001; MENEGON, 2006).

Ao levarmos essas tradições discursivas para o âmbito da drogadicção e como veremos na análise do material discursivo desta pesquisa, observamos que alguns repertórios da tradição risco-aventura estão presentes nos sentidos atribuídos aos riscos enfrentados. Os diferentes sentidos dados à palavra “risco” por pessoas que usaram drogas são dos mais diversos e o sentido de “correr riscos” não se refere apenas a questões relacionadas ao perigo, mas também a repertórios, tais como adrenalina, alegria, coragem, excitação, orgasmo e outros.

As três tradições acima discutidas incluem repertórios advindos dos vários conceitos de risco que foram produzidos em diferentes abordagens que são classificadas como técnico-científicas e socioculturais. As técnico-científicas agrupam as seguintes áreas: Atuarial, Estatística, Epidemiológica (e toxicológica), Engenharias, incluindo as abordagens da Economia e da Psicologia (método psicométrico para percepção de risco). Nesse grupo, parte-se do pressuposto de que os danos podem ser sempre objetivados por meio de cálculos de probabilidade (LUPTON, 1999 apud MENEGON, 2006). No caso da Psicologia, as abordagens sobre risco, na perspectiva de algumas abordagens da Psicologia Social, estão

muito mais alinhadas às vertentes socioculturais sobre risco, uma vez que não seguem a lógica das estratégias técnico-científicas.

No que se refere às abordagens socioculturais, Lupton (1999 apud MENEGON, 2006) discute três perspectivas para a compreensão de risco: a) a perspectiva “cultural-simbólica”, que é representada pela antropóloga Mary Douglas, defende que a determinação do que seja risco é permeada por questões políticas, morais e estéticas; b) a perspectiva da “sociedade de risco” é representada por dois sociólogos Ulrich Beck e Anthony Giddens, e discute as conseqüências da modernidade com sua quebra de tradição, cuja discussão central é a “distribuição social dos riscos”; c) a perspectiva da governamentalidade agrupa pesquisadores que partem do conceito de governamentalidade proposto por Michel Foucault, tendo como principal objetivo entender como os conceitos de risco formam normas de comportamento, utilizadas para motivar o autocontrole nas pessoas.

Menegon (2006), ao discutir as críticas feitas pela antropóloga Mary Douglas às análises técnicas sobre risco, ressalta a importância da teoria cultural dos riscos no que se refere aos diferentes sentidos que são atribuídos a risco, pois as pessoas percebem o mundo por meio de filtros sociais e culturais que são incorporados ao longo do processo de socialização, que inclui a família, amigos, chefias e colegas do trabalho.

Entendemos que as três tradições discursivas, discutidas no início desse item, nos mostram repertórios que foram produzidos nas diferentes perspectivas sobre risco e podem nos ajudar a compreender os diversos sentidos que são dados às situações em que envolvem risco no contexto de usuários de substâncias psicoativas.

Uma outra discussão que pode nos auxiliar nos trabalhos de prevenção são as classificações de risco que pressupõem diferentes graus de responsabilidade e de controle. As pesquisadoras australianas Kavanagh e Broom (1998 apud MENEGON, 2006) classificam os riscos em três categorias: a) riscos ambientais (próprios da natureza e produzidos pelo homem); b) riscos provocados pelos estilos de vida das pessoas (drogas, alimentação, etc.); e c) riscos corporificados (doenças relacionadas aos fatores genéticos).

Conforme essa classificação, o controle de riscos pressupõe diferentes graus de responsabilidades, dependendo de sua origem ser individual ou coletiva. No caso de riscos causados pelos estilos de vida, podemos reportar-nos ao uso de substâncias psicoativas, ou seja, o consumo de drogas é na nossa sociedade um grande fator de risco, podendo trazer

outros tipos de riscos relacionados a esse consumo tais como risco de acidente, risco de contravenção, risco de morte, risco de perda de afeto e risco de ser descoberto e como mostram os repertórios de risco que surgiram em nossa pesquisa, que discutiremos mais adiante.

Já Kenen (1996 apud MENEGON, 2006), apesar de também partir da classificação de riscos ambientais e riscos biológicos, centra a sua discussão na questão do controle que a pessoa pode ter sobre esses riscos. Para os riscos ambientais, os graus de controle (alto ou baixo) dependem sempre de trabalhos coletivos. Com relação aos riscos biológicos, foco de discussão da autora, ela propõe uma divisão relativa ao grau de controle que a pessoa pode exercer:

- a) alto controle: teoricamente a pessoa pode ter maior controle se a prevenção de determinadas doenças depende do estilo de vida. Nesse caso, o acompanhamento médico é colocado como fator central, pois para detectar possíveis problemas são necessários diagnósticos e exames de laboratório;
- b) baixo controle: quando a pessoa é portadora de problema genético ou faz parte de família que tenha esse problema, pois, até o presente, ainda não se pode alterar a herança genética.

De acordo com essa categorização, os riscos associados ao estilo de vida teriam, teoricamente, possibilidade de ser mais bem controlados pelas pessoas que, no caso de nossa pesquisa, envolve o controle que leva a não fumar cigarros, não beber bebidas alcoólicas e não usar outras drogas. Esse controle, conforme discutimos anteriormente, não depende apenas de informação, pois como afirma Scliar (2002), nem sempre a informação leva as pessoas a terem comportamentos condizentes com a prevenção e a promoção da saúde. Todavia, a educação continuada das pessoas pode dar condições para exercer um autocontrole em relação ao uso de substâncias psicoativas por serem maléficis à saúde que, na perspectiva da governamentalidade, é discutida como disciplina dos corpos.

Na lógica do controle e da gestão dos riscos, uma pessoa, bem informada e que compreende a importância do cuidado preventivo com a saúde, é considerada responsável pelo autocontrole, pois assim afirma Spink (2001, p. 163):

Provê-se a informação necessária para que as pessoas, como seres racionais, gerenciem seus comportamentos em busca de saúde plena. É nessa esfera que vemos emergir uma das mais potentes metáforas sobre os comportamentos ante risco: Correr riscos.

A informação pode ser levada às pessoas, educando-as e prevenindo-as para o risco de uso de drogas. Espera-se que as pessoas tenham conhecimento dos riscos envolvidos em suas ações e possam tornar-se responsáveis e que seus comportamentos sejam o de não usar substâncias psicoativas evitando, assim, correr riscos. Ao se tornar consciente dos riscos que ela pode correr, passa a ser responsável pelos riscos que o uso de substâncias psicoativas pode trazer à sua saúde. Para isso, entretanto, entendemos ser necessário levar em conta os diferentes sentidos que as pessoas atribuem ao que é informado como sendo um risco.

Como veremos no próximo capítulo, produzir sentidos é necessário para viver em sociedade, pois é por meio dos sentidos atribuídos aos fenômenos que as pessoas constroem, interagem e compreendem o mundo à sua volta (SPINK; FREZZA, 1999).

## **4 PRÁTICAS DISCURSIVAS E PRODUÇÃO DE SENTIDOS NO COTIDIANO**

---



A abordagem teórico-metodológica sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK; MEDRADO, 1999), insere-se no campo da Psicologia Social e alinha-se aos pressupostos do construcionismo social em pesquisa e sobre a produção de conhecimento. Na perspectiva construcionista, tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas. Ibáñez (1994 apud SPINK; MENEGON, 2005) discute que afirmar que, algo foi construído, não significa negar a existência de um dado fenômeno, mas poder problematizar e examinar certas convenções e regras sociais que são historicamente datadas.

A abordagem sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK, 2004), por sua vez, entende que a compreensão do mundo e de nós mesmos deve levar em conta: a) os processos históricos, compreendendo o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto; b) as inter-relações entre as pessoas, dando destaque para o diálogo que caracteriza essas relações; c) o lugar central que a linguagem em uso ocupa no processo de produção de sentidos, além de outras materialidades. Todas essas dimensões fazem parte dos processos de construção social dos fenômenos, mas, dependendo do objetivo da pesquisa serão mais ou menos enfatizadas.

Segundo Spink e Medrado (1999, p. 42), os sentidos são construídos socialmente e sempre de forma interativa. Dessa forma, são muito mais do que uma atividade cognitiva intra-individual, mas “[...] uma prática social, dialógica que implica linguagem em uso”. Produzir sentidos é necessário para viver em sociedade, pois é por meio dos sentidos atribuídos aos fenômenos que as pessoas constroem, interagem e compreendem o mundo a sua volta.

Ao se privilegiar as relações e o diálogo, percebemos a importância de levar em conta, no campo da pesquisa, a linguagem em uso, isto é, nossas práticas discursivas do cotidiano. Práticas discursivas, segundo os autores, são as maneiras como as pessoas explicam o mundo à sua volta e a si mesmas. Nessa perspectiva, é importante entender os sentidos que são expressos nas linguagens em uso, assim como e por que as pessoas falam certas coisas num determinado momento.

Prática discursiva é a linguagem em ação que possibilita que as pessoas produzam sentidos nos seus relacionamentos sociais do dia-a-dia e dêem novos sentidos a outros discursos hegemônicos e institucionalizados. As práticas discursivas têm em sua constituição elementos tais como os enunciados e os repertórios interpretativos. Segundo Bakhtin (1994

apud SPINK; MEDRADO, 1999), enunciados e vozes estão juntos nos processos dialógicos, ou seja, uma pessoa sempre direciona para alguém o que ela enuncia ou pretende enunciar; os enunciados, por sua vez, são constituídos por diferentes vozes. Para Spink (2004, p. 49)

Os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato ou são endereçados a uma outra pessoa e esses endereçamentos se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos; ou seja, na perspectiva bakhtiniana não existe o monólogo.

Os repertórios interpretativos são unidades de construção dos conteúdos das práticas discursivas, e seu estudo deve levar em consideração o contexto de produção dessas práticas e estilos gramaticais específicos (SPINK; MEDRADO, 1999). Repertórios lingüísticos interpretativos são definidos como,

[...] os elementos — termos ou conjuntos de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem —, que utilizamos para falar de um fenômeno, seja no contexto dinâmico das práticas discursivas ou nos discursos já cristalizados das linguagens sociais. Considerar repertórios interpretativos implica pesquisar o contexto de formulação de conceitos e origens de termos centrais ou prototípicos, buscando entender possíveis ressignificações — suas continuidades e descontinuidades — produzidas nos diferentes contextos de uso. Não se trata aqui de realizar pesquisas históricas, mas fazer uso de histórias contadas por outras pessoas (POTTER; WETHERELL, 1987 apud MENEGON, 2006, p. 62-63).

Essa dimensão da linguagem, segundo Menegon (2006), nos remete à noção de linguagens presentes nas discussões de Bakhtin (1995), que argumenta que toda linguagem é social. Ou seja, linguagens sociais são discursos formados em diferentes esferas e grupos sociais: em textos científicos, religiosos, filosóficos, no campo das artes, nos grupos profissionais, nas maneiras de falar nas diferentes faixas etárias, nos discursos que envolvem relações de gênero, etc.

Como mencionamos no início deste item, além da importância das inter-relações das pessoas e da linguagem em uso nessas relações, a abordagem das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK; FREZZA, 1999) leva em conta o entrelaçamento de diferentes tempos históricos nos processos de produção de sentidos: o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto.

O tempo longo diz respeito aos conteúdos e linguagens sociais constituídas ao longo da história da humanidade, ou seja, os discursos de determinada época – produzidos em

diferentes campos do saber. O tempo vivido é o tempo de resignificação desses conteúdos históricos nos processos de socialização, é o tempo de vida de cada pessoa e o tempo dos processos de socialização na família, na escola, enfim, nas relações estabelecidas ao longo da vida. O tempo curto é o tempo das relações no presente, dos encontros face-a-face, que se constituem em espaços privilegiados de diálogos entre as pessoas (SPINK, 2004). Nesses diálogos do presente está o tempo longo de uma cultura e o tempo vivido das pessoas em interação.

Em resumo, a abordagem teórica sobre práticas discursivas advoga que “[...] o sentido é uma construção social, e, como tal, um empreendimento coletivo [...] um processo interativo: ninguém produz sentido individualmente”, ao contrário, eles são produzidos em um determinado contexto e são perpassados por questões históricas e culturais (SPINK, 2004, p. 48).

No caso desta pesquisa, entender os sentidos atribuídos ao uso de drogas lícitas e ilícitas, tanto no tempo longo da história como no tempo vivido de cada pessoa, é muito importante para pensarmos sobre processos de prevenção aplicados à drogadicção.

## **5 OBJETIVOS**

---

## 5.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral desta dissertação foi compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas, atualmente em tratamento para recuperação da dependência de substâncias psicoativas, no Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a situação em que a pessoa presenciou o uso de droga pela primeira vez.

Identificar a situação em que a pessoa usou algum tipo de droga pela primeira vez.

Compreender como as pessoas com dependência de substâncias psicoativas dão sentido ao processo de contato com as drogas.

Analisar as práticas discursivas, com ênfase nos repertórios utilizados para falar de drogas.

Analisar as práticas discursivas utilizadas para falar de prevenção e promoção, no que se refere ao uso de drogas e nos processos de recaída.

## **6 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS**

---

O delineamento metodológico desta pesquisa orientou-se pelo método qualitativo. Optamos por esse método, pois, como afirmam Bauer, Gaskell e Allum (2000, p. 23), nos permite lidar melhor “[...] com interpretações das realidades sociais”. Para esses autores, a vantagem da pesquisa qualitativa é que ela oportuniza às pessoas falarem mais livremente, possibilitando também o exercício da crítica.

Segundo Turato (2001, p. 26), o “[...] método qualitativo torna possível, na investigação lado a lado com o ser humano, não só obter conhecimento, mas possibilitar mudanças ao participante em um contexto mais amplo”. O método qualitativo, enfim, permite maior compreensão da realidade social, pois, segundo Calil e Arruda (2004), ao compreendermos os fenômenos humanos, mais do que apenas explicá-los, procuramos dar a eles um outro sentido, por meio do exercício crítico.

Em termos teórico-metodológicos, os caminhos percorridos tiveram como base a abordagem sobre práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK; FREZZA, 1999), que acata pressupostos do construcionismo social em pesquisa e sobre a produção de conhecimento. Dentre esses pressupostos destacamos a postura em que, segundo Spink (2003b), o construcionismo compreende o ser humano como produto e produtor da realidade social, posicionando os processos de saúde e de doença como um fenômeno também coletivo e não apenas como uma experiência apenas individual. Outro aspecto importante, é que há uma legitimação da visão do paciente, em contraponto ao modelo que privilegia somente a ótica médica. Ou seja, o padrão de comparação deixa de ser unilateral, assim, esta abordagem “[...] possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo” (SPINK, 2003b, p. 47). Para a autora, a postura construcionista traz um salto qualitativo no que se refere à participação das pessoas na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

## 6.1 LOCAL DA PESQUISA: APRESENTANDO O CARTA

Após os trâmites para obter a autorização da instituição (ANEXO A), realizamos a pesquisa no Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico (CARTA), localizado no município de Palotina, no Extremo Oeste do Estado do Paraná, a 600 quilômetros da capital. Nesse centro, as pessoas buscam recuperação da dependência de substâncias psicoativas, residindo ali por tempo determinado – nove meses. Trata-se, portanto,

de uma comunidade onde as pessoas convivem e buscam dar sentido tanto ao uso de drogas como para o seu processo de recuperação. Ou seja, entendemos ser esse um contexto importante para se estudar e compreender os sentidos atribuídos à dependência de substâncias psicoativas. Para melhor conhecermos o local da pesquisa, na seqüência, apresentaremos o histórico e a filosofia do CARTA. Além, desses dois aspectos do CARTA, o Apêndice A fornece maiores detalhes de seu funcionamento.

### 6.1.1 Histórico do CARTA

Esse centro de apoio surgiu da idéia do Padre Palotino Lino Baggio em desenvolver um trabalho voltado à recuperação de pessoas com dependência química. Motivados por esse ideal, jovens da cidade de Palotina, Paraná, e outros representantes da sociedade, fundaram em 16 de agosto de 1988, nas dependências do Seminário São Vicente Palotti, na cidade de Palotina, inicialmente denominado o Centro de Apoio e Recuperação de Toxicômanos e Alcoólatras (CARTA).

No princípio o CARTA desenvolvia suas atividades de recuperação em forma de grupo de auto-ajuda com reuniões semanais. Com o passar do tempo, verificou-se que algumas pessoas não conseguiam parar de usar drogas, mesmo freqüentando as reuniões. Decidiu-se, então, elaborar um tipo de programa que atendesse essa necessidade. Dessa forma, em 27 de julho de 1990, foi inaugurada a Comunidade Terapêutica – Fazenda do Senhor Jesus (FSJ) – localizada numa chácara no interior do município, distante 16 quilômetros da cidade de Palotina, na Vila Santo Antônio, às margens do Rio Azul.

A partir de 9 de novembro de 2005, o Centro de Apoio e Recuperação de Toxicômanos e Alcoólatras de Palotina alterou sua razão social para Centro de Apoio e Reabilitação de Toxicômanos e Alcoolistas e, em 30 de abril de 2007, alterou novamente a razão social para Centro de Apoio, Reabilitação e Terapia ao Dependente Químico, mantendo a sigla CARTA.

Para administrar a entidade, o CARTA conta com uma diretoria voluntária, não remunerada, eleita por assembléia, que administra os trabalhos gerais e busca recursos para manutenção. Para orientar no que tange aos aspectos espirituais conta-se com o trabalho de um sacerdote que uma vez por semana presta assistência aos internos. Para os trabalhos



terapêuticos existe uma equipe composta por: um psicólogo contratado, que é responsável pela parte técnica; uma psicóloga voluntária para auxiliar no processo terapêutico; um clínico geral voluntário para avaliações médicas; um coordenador que ajuda a dirigir atividades internas – reuniões, disciplina e outras atividades –; um auxiliar de coordenador e um monitor.

### 6.1.2 Filosofia do CARTA

O objetivo do Centro é atender pessoas com dependência de substâncias psicoativas visando sua recuperação e promoção da saúde. O critério de admissão é que essas pessoas sejam do sexo masculino, maiores de 18 anos e estejam em condições físicas e mentais adequadas para entender e participar do programa proposto, realizado em regime de internato.

Relacionamos a seguir alguns princípios orientadores do CARTA:

- a) Atender pessoas com dependência química sem discriminação de raça, etnia, religião ou preferência sexual;
- b) Promover saúde, a partir de uma perspectiva que considere aspectos biológicos, psicológicos, religiosos, sociais e culturais, ou seja, uma perspectiva biopsicossocial;
- c) Internar a pessoa com dependência química por um tempo de nove meses;
- d) Atender um número máximo de 30 pessoas;
- e) Não realizar internações forçadas, ou seja, só atender as pessoas que se propuserem a participar do programa por livre e espontânea vontade;
- f) Proporcionar, por meio da programação diária, condições para que a pessoa possa refletir sobre sua dependência e consiga perceber uma nova forma de viver, sem o uso de substâncias psicoativas, podendo retornar a viver junto à família;
- g) Entender a pessoa com dependência química como um agente transformador de sua própria condição, sendo ele também responsável pelo estabelecimento de sua doença ou saúde;

- h) Manter contato com grupos de mútua-ajuda, tais como, Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos, para dar opção às pessoas que concluem o programa de frequentar ambientes de recuperação;
- i) Trabalhar junto aos familiares de pessoas com dependência química internadas, a fim de dar orientações sobre as questões relacionadas à dependência química;
- j) Conscientizar a sociedade em geral dos males causados pelas drogas e/ou álcool por meio de encontros, programas de rádio, palestras, seminários, etc.;
- k) Dar orientações às pessoas e famílias que tenham esse tipo de problema em seu meio;
- l) Manter intercâmbio com entidades congêneres para trocas de experiências; e
- m) Programar e realizar promoções junto à sociedade com o objetivo de buscar recursos para a sua manutenção.

São admitidas no programa, as pessoas que se caracterizem como dependentes químicos e que reconhecem a necessidade do internamento. Tendo como critérios de admissão:

- a) Toda e qualquer internação é feita se o candidato assim o desejar, portanto, não se fazendo nenhuma internação forçada em nenhuma circunstância;
- b) O programa atende candidatos envolvidos com substâncias psicoativas;
- c) São aceitos apenas candidatos do sexo masculino, na faixa etária com idade mínima de 18 anos;
- d) Nos casos em que houver um alto grau de intoxicação de substância psicoativa, como em casos de *delirium tremens*, a família, ou responsável é orientada para primeiro desintoxicar a pessoa dependente numa clínica adequada, para depois fazer a internação no CARTA;
- e) Nos casos em que a pessoa, com dependência química, tenha algum tipo de transtorno depressivo, é aceita desde que encaminhada por um psiquiatra, com sua orientação para administrar eventuais medicamentos;

- f) Não são internados os candidatos que apresentem transtornos mentais, com necessidade de uso de psicotrópicos, como esquizofrenia;
- g) É feita uma entrevista de triagem com a pessoa com dependência química, bem como, com a família, antes da internação, para orientar e esclarecer todos os pontos referentes à internação e ao programa;
- h) Ao final da triagem, é entregue aos familiares e à pessoa internada um regimento interno com todas as normas e regras a serem seguidas na Comunidade Terapêutica, bem como, o cronograma diário e resumo das atividades;
- i) Depois de admitido, o candidato tem a opção de desistir do programa no momento que desejar, não sendo obrigatória, portanto, a sua permanência no tratamento;
- j) Encaminhar pessoas com dependência química do sexo feminino que buscam recuperação para Comunidades Terapêuticas femininas; e
- k) Encaminhar pessoas com dependência química que tenham menos de 18 anos de idade, que buscam recuperação, para Comunidades Terapêuticas específicas.

## 6.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 37 pessoas do sexo masculino, que, na ocasião da coleta de dados, estavam participando, em regime de internato, do programa de reabilitação para dependentes de substâncias psicoativas. Essa é uma população heterogênea e apresenta realidades sociais distintas, mas compartilham problemas relacionados ao uso de drogas. Todos os participantes foram convidados e aceitaram participar das oficinas de maneira espontânea. Assim, o critério de exclusão foi a própria recusa em participar da pesquisa. Das 37 pessoas em tratamento, na ocasião da coleta de dados, que foi realizada por meio de oficinas temáticas, apenas uma pessoa declinou o convite para participar da pesquisa, cuja recusa ocorreu na realização da oitava oficina.

### 6.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS: OFICINA TEMÁTICA

No total, foram realizadas oito oficinas, tendo como eixo temático a dependência de substâncias psicoativas. O número de participantes por oficina variou de quatro a seis pessoas. Realizamos as oficinas no período de 22 de novembro de 2005 a 23 de maio de 2006, sempre as segundas-feiras, das 20 às 22h30, com um intervalo de 15 minutos. Cada grupo de participantes realizou uma oficina.

A técnica de oficina utilizada baseou-se na metodologia proposta por Spink (2003c), desenvolvida no Núcleo de Estudos e de Pesquisa sobre Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, do Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Para a autora, essa metodologia cumpre dois objetivos: sensibilizar os participantes da oficina para a temática discutida e coletar informações para fins de pesquisa.

Conforme discute Spink (2003c), as oficinas resultam da articulação entre aspectos do grupo focal e das técnicas de dinâmica de grupo. No caso desta pesquisa, caracterizou-se como focal porque se limitou a abordar temas de interesse para a pesquisa, que, neste caso, foi o uso de substâncias psicoativas, popularmente referidas como drogas. Caracterizou-se, outrossim, como dinâmica de grupo porque se estruturou em torno de quatro atividades previamente planejadas, conforme informamos abaixo:

- a) primeira atividade (associação de idéias com a palavra “droga”): visou sensibilizar os participantes para o tema e para a diversidade de sentidos que a palavra “droga” abriga;
- b) segunda atividade (situações de contato com algum tipo de droga e situações de risco no uso de drogas): envolveu a lembrança de experiências com situações de uso das substâncias psicoativas, e procurou entender o sentido dado às primeiras experiências com drogas e entender como seu uso passou a configurar um risco na vida dessas pessoas;
- c) terceira atividade (*É possível prevenir a recaída?*): procurou fomentar o debate sobre como prevenir a reincidência, isto é, a possibilidade de voltar a usar novamente as substâncias psicoativas;

- d) quarta atividade: consistiu na devolutiva por parte dos participantes sobre sua participação nas oficinas.

### 6.3.1 Síntese do contexto da oficina

Seguindo as recomendações da metodologia proposta por Spink (2003c), após a explicação dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos envolvidos na realização das oficinas, as pessoas eram convidadas a participar da pesquisa e, portanto, das oficinas sobre substâncias psicoativas. Para maiores detalhes, a metodologia da oficina adaptada para esta pesquisa encontra-se no Apêndice C. Antes do início da pesquisa, realizamos uma oficina piloto, com o objetivo de afinar a linguagem e metodologia das atividades.

Como mencionamos anteriormente, as oficinas foram realizadas sempre as segundas-feiras, às 20 horas, logo após o jantar, no refeitório da Comunidade, por ter espaço suficiente e mesas adequadas para os trabalhos. Os voluntários então eram convidados a sentar em círculo para que todos os integrantes do grupo pudessem interagir durante a oficina. providenciamos cafezinho, bolachas e água. Como é da cultura da Comunidade, deixamos à disposição água quente e fria, para o hábito do chimarrão e do tererê.

Após todos terem se acomodado nos seus devidos lugares, mais uma vez os objetivos da oficina eram retomados para sanar possíveis dúvidas. Nesse momento, era novamente enfatizada a necessidade do uso do gravador para o registro da oficina, perguntando se todos concordavam com esse procedimento. Em todas as oficinas não houve restrição quanto ao uso do gravador, uma vez que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dispunha sobre a questão do anonimato e do uso a ser feito do material coletado durante as oficinas (APÊNDICE D).

Na seqüência, era repassado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e feita a leitura grupal do termo. As dúvidas mais comuns eram com relação à assinatura, ou seja, se deveriam escrever o nome por extenso. Nessas ocasiões, enfatizamos, também, que participar ou não das oficinas não fazia parte do contrato que tinham com o CARTA. Ou seja, era uma atividade independente e a participação era totalmente voluntária. Após o esclarecimento das eventuais dúvidas, era solicitado a todos os participantes que assinassem o Termo, para se iniciar a oficina.

Ao término de cada oficina, perguntávamos se todos estavam bem, se havia alguém muito mobilizado que precisasse conversar após o término do grupo. Além disso, sempre era solicitado que as pessoas dessem a sua opinião sobre a oficina.

Em todas as oficinas, os integrantes participaram da discussão, com exceção de duas pessoas. Na Oficina 1, um participante pronunciou-se apenas no final, dizendo que aprendeu muito com todos, e na Oficina 8, um integrante pronunciou-se somente no final, comentando que aprendeu muito com os depoimentos que ali foram dados. Essas duas pessoas participaram das atividades escritas, mas não da discussão das situações em que foram escritas nas papeletas.

## 6.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

O material analisado consistiu nas situações escritas em papeletas e nas gravações das discussões realizadas durante as oficinas. Para a análise desse material discursivo, como já mencionamos, apoiamos-nos na abordagem teórico-metodológica de produção de sentidos no cotidiano (SPINK; MEDRADO, 1999), que se alinha ao construcionismo social. A própria metodologia da oficina utilizada fornece um roteiro para a sistematização do material coletado.

### 6.4.1 Passos da análise

Em um primeiro momento, após cada oficina as fitas gravadas eram ouvidas e transcritas. Sintetizamos o material escrito, conforme os formulários de registro que constam da metodologia da oficina.

Para a análise, fizemos uma síntese das oito oficinas de todas as atividades realizadas e os procedimentos de análise seguiam a lógica da oficina, conforme descreveremos a seguir:

- a) primeira atividade – associação de idéias com a palavra droga –: para esta atividade as associações foram listadas e agrupadas em categorias, definidas *a posteriori*;

- b) segunda atividade – situações de contato com as drogas –: esta atividade se subdivide em três tópicos: situações em que viu alguém usando drogas”; situações em que usou droga pela primeira vez; e situações de risco no uso de drogas.

Como explicamos nos procedimentos de coleta dos dados, os participantes escreveram situações relatando esses tópicos cujas papeletas serviram como disparador para a discussão desses tópicos.

Transcrevemos a discussão por sua vez na íntegra e, num segundo momento, realizamos uma síntese seqüencial dessa transcrição (APÊNDICE E), que segue a ordem de fala dos participantes. Por exemplo, P4, P2, P1, P2, P1;

- c) sistematização sobre a pergunta *É possível prevenir a recaída?*: para esta atividade, fizemos a síntese da discussão obedecendo a mesma lógica da atividade anterior, com a exceção de que aqui não utilizamos as papeletas;
- d) sistematização da devolutiva dos participantes sobre sua participação nas oficinas: para esta atividade fizemos uma síntese obedecendo a mesma lógica da atividade anterior e também aqui não utilizamos as papeletas.

## 6.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Segundo Spink e Menegon (1999), há dois pontos que podem e devem ser considerados quando se fala de ética em pesquisa. O primeiro é aquele pautado pelos códigos de ética que foram concebidos para proteger a humanidade contra possíveis abusos cometidos em nome do avanço científico. Esse aspecto teve grande repercussão ao término da segunda guerra mundial ao serem revelados os horrores nela cometidos pelos médicos nazistas. A partir do Julgamento de Nuremberg, deliberou-se criar o Código de Nuremberg, em 1947, que dispunha sobre a obrigatoriedade da obtenção do consentimento dos participantes de pesquisa clínica (VIEIRA; HOSSNE, 1998 apud SPINK; MENEGON, 1999). Diretrizes e declarações éticas, embora não tenham força de lei, têm importância, pois exercem influência sobre a legislação dos países e servem de parâmetro para as políticas das agências financiadoras de pesquisa.

No Brasil, as pesquisas envolvendo seres humanos são regulamentadas pela Comissão

Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), no Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), criada pela Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), que na UCDB é representada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – a autorização para realização desta pesquisa encontra-se no Anexo B. Na psicologia a Resolução n. 196/1996 é complementada pela Resolução 016, de 20 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia (BRASIL, 2005).

O segundo aspecto a ser observado, segundo Spink e Menegon (1999), é conceber a ética para além das diretrizes oficiais. Isto é, ir além do respeito pelas normas prescritivas das resoluções. Na perspectiva construcionista, busca-se discutir a ética a partir do próprio processo de pesquisa compreendendo a pesquisa como uma prática social que é ética e política e refletindo sobre o que significa produzir conhecimento. As autoras enfatizam a necessidade de garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e de análise de dados, e ter clareza de que a dialogia é inerente à relação estabelecida entre pesquisadores e participantes.

Na relação entre pesquisador e participantes são três os cuidados éticos que devem ser observados: a) o Consentimento Livre e Esclarecido que fala da transparência no que se refere aos procedimentos e aos direitos e deveres de todos os envolvidos na pesquisa; b) o resguardo de relações de poder abusivas, o que implica em uma relação de confiança entre pesquisador e participantes, assim: se o participante pedir para desligar o gravador ele deverá ser respeitado; c) o terceiro cuidado é o anonimato, isto é, a não-revelação de informações que possam identificar o participante ou pessoas a ele relacionados. No caso das pessoas que estão residindo no CARTA, garantimos que os registros das oficinas seriam utilizados apenas na pesquisa e em publicações científicas. Ou seja, essas informações não serão utilizadas pela instituição e as oficinas não foram caracterizadas como parte da programação obrigatória da Comunidade Terapêutica.



## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Como apresentamos anteriormente, esta dissertação buscou compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas, atualmente em tratamento para recuperação da dependência de substâncias psicoativas, visando contribuir para o campo da prevenção e da promoção da saúde. Como subsídio para alcançar esse objetivo, detectamos os contextos e situações em que ocorreram os primeiros contatos com algum tipo de droga, ou seja, quando presenciou alguém usando droga e quando experimentou droga pela primeira vez. Em virtude disso, analisamos as práticas discursivas e os repertórios utilizados para falar desses contatos, das situações de risco e sobre possibilidades de prevenção.

O material discursivo obtido com a realização das oito oficinas foi sistematizado e analisado, conforme indicamos em nossos procedimentos de análise que inclui a própria metodologia desenvolvida por Spink (2003c), para a Oficina de Risco, adaptada para a temática de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).

Apresentamos os resultados e sua discussão observando o seguinte roteiro: a) a caracterização dos participantes da pesquisa; b) os repertórios que foram associados à palavra droga; c) os relatos sobre as situações de contato com as drogas que incluem os primeiros contatos, a primeira experiência de uso, e as situações que foram significadas como de risco devido ao uso de drogas; d) a discussão em torno da pergunta, *É possível prevenir a recaída de uso de drogas?*, que se articula aos comentários sobre a participação na oficina.

## 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A seguir, apresentamos na Tabela 1, uma síntese com características básicas dos participantes das oito oficinas realizadas. A caracterização dos participantes, por oficina, encontra-se no Apêndice B, Quadros 5-6.

**TABELA 1** - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa (N=37)

Variáveis	Participantes	
	n	%
<i>Idade</i>		
18 – 29	27	73,0
30 – 39	7	18,9
40 – 55	3	8,1
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	22	59,5
Divorciado	3	8,1
Amasiado	4	10,8
Separado	2	5,4
Casado	6	16,2
<i>Escolaridade</i>		
Ensino básico incompleto	4	10,8
Ensino básico completo	7	18,9
Ensino médio incompleto	11	29,7
Ensino médio completo	9	24,3
Ensino superior incompleto	6	16,2

A tabela mostra que a maioria dos participantes, que estavam em tratamento no CARTA no período desta pesquisa, são jovens, solteiros, apresentando uma concentração na faixa etária entre 18 e 29 anos. Um outro aspecto relevante é o grau de escolaridade, pois observamos que a maioria dos participantes desta pesquisa possuem ensino médio completo e incompleto. Esse dado pode ser um indicativo de que a dependência de substância psicoativa pode ser uma das causas da evasão escolar, ou do não prosseguimento nos estudos entre a população jovem.

## 7.2 REPERTÓRIOS ASSOCIADOS À PALAVRA DROGA

A atividade de associação de repertórios lingüísticos permitiu-nos discutir os diferentes sentidos que foram atribuídos à palavra “droga” pelos participantes das oficinas.

Essa atividade levou em conta a linguagem em uso que as pessoas utilizam em seu dia-a-dia para se referirem às substâncias psicoativas (“drogas” na nomenclatura popular), com ênfase nas associações que expressam sensações e sentimentos e nas materialidades dos contextos relacionais.

Em termos quantitativos, computando as oito oficinas e subtraindo as palavras repetidas, chegamos a 151 repertórios distintos associados à palavra “droga”. No Apêndice F, Quadro 15, está a categorização das associações com a palavra droga.

A partir dessa categorização e das maneiras como esses repertórios foram empregados nas discussões subsequentes, que discutimos mais adiante, agrupamos os repertórios em quatro grandes grupos, a saber:

- a) droga como substância psicoativa (álcool, bebidas, cocaína, *crack*, haxixe, maconha);
- b) droga como substantivos variados (exemplos: boné, celular, *skate*);
- c) droga como campo relacional (exemplos: amigo, balada, parentes); e
- d) droga como valor, que se subdivide em: 1) valor positivado (adrenalina, espavorecer, alegria, boa, coragem, gostosa, poder, prazer e outras); 2) valor negativado (depressão, fundo de poço, angústia, ansiedade, arrependimento, desgraça, fracasso, inferno, mortal, sofrimento, violência e outros).

No que se refere aos processos de produção de sentidos associados ao uso de substâncias psicoativas, destacamos a importância dos dois últimos grupos: o que agrega repertórios que remetem ao campo relacional e o que associa droga a sentidos subjetivados (sensações, emoções, sentimentos). Como veremos nos próximos itens, esses repertórios lingüísticos compõem as práticas discursivas utilizadas pelos participantes das oficinas para relatar situações em que envolvem o uso de algum tipo de droga, considerada lícita ou ilícita.

### 7.3 SITUAÇÕES E ESPAÇOS DO COTIDIANO: CONTATOS, USO E ABUSO DE DROGAS

Para compreendermos as situações do cotidiano que propiciam os primeiros contatos e o uso de drogas, desenvolvemos três possibilidades nas oficinas: a) situações em que apenas presenciou o uso de drogas; b) situações em que utilizou droga pela primeira vez; c) situações de risco que foram associadas ao uso de drogas.

As duas primeiras situações, que discutimos a seguir, apresentam contextos semelhantes que se reportam ao tempo vivido (SPINK, 2004) de cada participante das oficinas, envolvendo processos de socialização primária (tempo das relações familiares) e secundária (tempo de relações escolares, de esporte, de festas, trabalho e outros contextos do cotidiano).

#### 7.3.1 Situações do cotidiano: contato e primeiro uso de droga

No primeiro momento, a análise dos relatos evidencia as situações em que os participantes apenas presenciaram o uso de algum tipo de droga e, em um segundo momento, evidencia também, situações em que experimentaram alguma droga pela primeira vez, mostrou quatro contextos da vida cotidiana: a) situações do cotidiano familiar; b) situações do cotidiano escolar; c) eventos sociais (esportes, festas, vida noturna); d) outras situações do cotidiano (trabalho, rua, etc.).

Os relatos que os participantes das oficinas fizeram sobre as situações em que viram alguém usando alguma droga e sobre a primeira experiência de uso, as sensações e sentimentos (com valoração positiva, negativa ou carregada de ambigüidade), que são expressos por meio de diferentes repertórios, são importantes para entendermos os sentidos que permeiam os campos relacionais, no que se refere ao uso e abuso de substâncias psicoativas.

### 7.3.1.1 Repertórios em destaque: percepções, emoções, sentidos

Antes de focarmos cada contexto específico, conforme enunciado acima, apresentamos exemplos de repertórios que se destacam nos processos de produção de sentidos sobre o uso de drogas, extraídos dos relatos sobre presenciar o uso (QUADRO 1) e nos relatos sobre a primeira experiência de uso (QUADRO 2). Para a lista completa de situações ver Apêndice F, Quadros 16 e 17. É importante apresentarmos alguns desses repertórios, uma vez que são utilizados nos relatos que serão apresentados mais adiante.

De acordo com Spink e Medrado (1999), repertórios interpretativos são unidades de construção dos conteúdos das práticas discursivas. Ao estudar-se os repertórios interpretativos deve levar-se em conta o contexto em que aconteceram. Nesta pesquisa, o contexto é o de pessoas internadas para recuperação de substâncias psicoativas em Comunidade Terapêutica, em que as atividades das oficinas trazem para dentro dos relatos os contextos vividos pelos participantes.

Como discutimos na fundamentação teórica, repertórios lingüísticos interpretativos, que compõem as práticas discursivas, podem ser definidos como as partes que são usadas para dizer sobre e explicar os fenômenos que ocorrem no cotidiano. Levar em consideração esses repertórios auxilia compreender a origem de termos e ressignificações nos seus devidos contextos. O que está em questão na busca do contexto de origem desses termos, como afirma Menegon (2006, p. 63), não “[...] é realizar pesquisas históricas, mas fazer uso de histórias contadas por outras pessoas”.

Ao apresentarmos os repertórios interpretativos, procuramos entender, dentro do contexto de uso de substâncias psicoativas, de que maneira esses repertórios são originados e reinterpretados.

**QUADRO 1** - Repertórios em destaque: presenciando o uso de drogas

<b>Repertórios</b>	<b>Situação relatada</b>	<b>Oficina</b>
Feliz da vida; todo mundo rindo	<i>[...] a primeira coisa que eu me recordo é de uma festa em família e todo mundo tava bebendo. Tinha lá meus nove [...] Meu pai sempre foi um cara sério, sabe [...] E aí, pô, foi desenrolando a festa, foi rolando, a galera bebendo e tal. De repente tava todo mundo rindo, feliz, sabe. Todo mundo dançando, cantando, feliz da vida. Isso me chamou a atenção, porque eu nunca tinha visto meu pai dessa forma, entendeu [...] Falei 'esse negócio deve ser legal', né.</i>	1
Curiosidade	<i>[...] tinha um vizinho meu, um pouco mais velho do que eu [...] deparei com ele [...] fumando um cigarro. [...] perguntei pra ele o que era aquilo, aí ele falou que se tratava de um cigarro de maconha. [...] Naquele exato tempo da minha vida eu tinha medo daquilo, né, mas a minha curiosidade era muito grande.</i>	2
Medo	<i>Aos 9 anos de idade vi meu tio fumar maconha no quintal de casa. Senti medo por não saber a reação.</i>	7
Raiva	<i>Eu tinha nove anos quando estávamos na praia e meus pais fizeram uma festa que era o meu aniversário. Só que apesar de a festa ser para mim mais parecia que era para ele, pois ele e os amigos dele ficavam bebendo bastante. Aí era aquela bagunça, aquele monte de conversa, fiquei com raiva porque ele não me dava atenção [...].</i>	6

Nesses exemplos, fica claro que presenciar pessoas bebendo e fumando drogas lícitas ou ilícitas provoca sentimentos que misturam emoções positivas (felicidade) e negativas (medo, raiva). Entretanto, o fator curiosidade mostra-se muito importante, se pensarmos que esses relatos são de situações ocorridas na infância.

No Quadro 2, que traz relatos que efetivamente envolvem a primeira experiência com algum tipo de droga, observamos que permanecem repertórios destacados na primeira situação e o entrelaçamento de sentimentos que podem ser negativos, positivos e ambivalentes, entretanto, os repertórios em uso expressam sensações e emoções mais intensas.

QUADRO 2 - Repertórios em destaque: usando drogas pela primeira vez

Repertórios	Situação relatada	Oficina
Alucinante; divertido, engraçado	<i>[...] me recordo que a primeira vez que usei álcool, minha primeira droga, foi realmente alucinante. Eu estava com dois amigos, compramos cachaça, vinho e cerveja. Realmente não estávamos com vontade de beber, mas com intenção de ficar entorpecidos com alguma substância. Realmente me recordo bem. Foi muito divertido e engraçado [...].</i>	8
Curiosidade; euforia	<i>[...] uma noite ele disse que ia fumar maconha na casa dele. Fomos lá e me deu aquela curiosidade ao ver o bagulho na mão dele. Ele fez o baseado e foi fumar lá fora. Ai eu fui junto e então fumei. E eu gostei de fumar maconha. Aquela euforia, aquele zunido dentro da cabeça. Foi uma sensação gostosa.</i>	7
Excitante	<i>Eu lembro do meu primeiro contato com o ecstasy. Eu trabalhava numa boate de go go boy e era muita atividade, tinha hora que o corpo não agüentava então tinha que tomar alguma coisa. Ai o cara apareceu, um cara que morava comigo e trabalhava lá, e disse toma aí, é ecstasy. [...] Ai misturado com bebida já viu, né. Sei que uma hora eu tava dançando e parecia que meus pés estavam a 30 cm do chão. Era excitante.</i>	8
Ficar a mil por hora; dar coragem	<i>[...] a primeira vez que eu bebi. Fui eu e um primo meu num numa boate lá em São Paulo [...] mistura de pinga com groselha e limão. Era doce. Na hora você tomava e não sentia mas depois você ficava a mil por hora. [...] Isso eu gostei porque eu era tímido e de repente dava coragem pra fazer coisas. Essa foi a primeira vez que eu usei uma substância que alterasse meu comportamento. [...].</i>	7
Coisa pra se arrebrantar	<i>[...] com quatorze anos e eu e mais dois colegas [...] a gente foi beber já comprou cerveja, comprou cachaça, comprou vinho. Foi uma coisa pra se arrebrantar mesmo [...] pra fazer bagunça mesmo, foi pra se divertir. E foi bom, foi bom mesmo. A gente se embebedou e foi bom [...].</i>	8
Medo; sentir-se estranho, assustado	<i>[...] acabei fazendo pela primeira vez o uso aí da maconha. Assim de ter terminado de fumar o baseado eu me senti meio estranho, assim. A gente tava fumando agachado atrás da cidreira e a hora que eu levantei as minhas vista escureceu na hora, as minhas vista apagou e a hora que eu vim perceber eu já tava no chão, os cara me abanando com o caderno, perguntando o quê que tinha acontecido. Na hora eu fiquei com medo, né. ‘Será que eu vou morrer’. Fiquei assustado, mas passado alguns minutos depois comecei a dar risadas, né. [...]</i>	2
Passar mal; ficar confuso	<i>Eu passei mal uma vez que um amigo meu me apresentou haxixe. Eu dei duas bolas no haxixe e comecei a passar mal. Fiquei tonto, tonto. Fui pra casa minha mãe abriu a porta e eu tava perdido, perdido. Tava confuso. Não sabia se tomava banho ou se não tomava. Comecei a ter alucinações. Quando fui sentar parecia que tava caindo num precipício.</i>	5



O fator curiosidade e medo permanecem nesses relatos. Porém, merece destaque o sentido de que experimentar droga é divertido, dá coragem, energia e proporciona a sensação de êxtase (euforia, mil por hora, alucinação).

Conforme afirmamos anteriormente, a análise sobre as situações relatadas nos apontou quatro contextos da vida cotidiana que se mostraram como espaços recorrentes das memórias de tempo vivido no contato com diferentes usos e espécies de drogas: a) situações do cotidiano familiar; b) situações do cotidiano escolar; c) eventos sociais (esportes, festas, vida noturna); 4) outras situações do cotidiano (trabalho, rua, etc.).

### 7.3.1.2 Situações do cotidiano familiar

Em todos os relatos analisados, o cotidiano familiar aparece como um espaço que abriga lembranças dos primeiros contatos com o uso de algum tipo de droga, lícita ou ilícita.

#### a) Situação em que apenas presenciou o uso de drogas.

Nos relatos sobre presenciar o uso de drogas no ambiente familiar, observamos que a idade mencionada varia de cinco a quinze anos. O álcool e o tabaco são as drogas mais mencionadas. Entretanto, há, também, relatos de outras drogas, tais como: cocaína, *crack*, lança-perfume e maconha. Nas situações descritas, o uso de drogas envolve diferentes membros da família, com destaque para a figura do pai:

*[...] Você falou de bebida. A primeira droga que eu lembro, lá por volta dos nove anos, de ver alguém usando foi meu pai. Ele tomava aperitivo para abrir o apetite antes do almoço, antes da janta. Ele abria a garrafa de Oncinha (ele tinha bar), enchia o copo e colocava goela abaixo. Ele dizia que era pra abrir o apetite, mas vendo com os olhos de hoje acho que ele era alcoólatra. (Oficina 4)*

*[...] Bom, meu pai sempre jogava bola, né. Desde pequenininho ele me levava junto pra jogar bola, né. Jogava no campo da polícia civil, lá na União, lá em Curitiba. E aí depois do jogo aquela cervejada, né, de lei. Todo mundo bebendo, bebendo, bebendo e todo mundo ficando alcoolizado. Saía do jogo, meu pai ia pra casa bêbado, né. Chegava em casa, dormia igual a um gambá [...]. (Oficina 1)*

*[...] Aí me lembro que sempre que meu vô chegava, assim, meu pai sentava com ele no sofá e logo servia bebida alcoólica pro meu vô, e ficava os dois*

*ali conversando. Eu falava pro meu irmão 'o quê que é aquilo ali', e meu irmão era mais velho que eu falava 'ah, aquilo é bebida alcoólica'. Ai eu falei 'mas eu quero também'. Ai ele falou 'mas você não pode tomar assim, você é novo' e tal. Ai eu falei 'poxa, mas se vocês tomam por quê quer eu não posso tomar? [...]'. (Oficina 2)*

Os outros membros da família que foram mencionados foram irmão, irmã, mãe, avô e tio:

*[...] eu via meu irmão fumando. Então ele pedia pra eu pegar o cigarro e isqueiro pra ele. Às vezes ele pedia pra eu acender o cigarro dele. Eu ficava curioso e queria, assim, copiar meu irmão. Então eu acabava de vez em quando pegando um cigarro para fazer fumaça. (Oficina 6)*

*[...] Minha mãe também fazia uso de cigarro, meu pai também fazia de cigarro. Eu ficava curioso em saber como que era, né, achava elegante ver eles fumarem [...]. (Oficina 1)*

*Aos nove anos de idade vi meu tio fumar maconha no quintal de casa. Senti medo por não saber a reação. (Oficina 7)*

*[...] aos oito anos [...] Era uma festa de aniversário do meu primo, né [...] eu cheguei lá na casa do meu tio [...] aí minha tia tava na sala, né [...] sentada, com a mão no rosto e chorando, né [...] meu tio já tinha tomado dois litros de vodca, e a hora que eu cheguei pra ver ele tava com um prato na mão e o canudo assim atravessado, cravado no nariz, [...] Ouvia os comentário mas nunca tinha visto a maconha, a cocaína, coisa e tal, entendeu? [...] a hora que ele ergueu a cabeça pra me ver ele, tipo, ficou brabo, muito brabo. Me tacou até o prato que tava na mão, e eu fiquei com medo por conta da feição dele [...] Fiquei com medo mesmo e saí correndo e praticamente fui chorar lá na minha tia [...]. (Oficina 2)*

Observamos que a curiosidade está muito presente nos relatos, mas o medo é uma constante e, no último relato, o medo está associado à violência intrafamiliar, no caso o o tio que agride o sobrinho.

Conforme discutimos na fundamentação teórica, vários autores discutem que o álcool é uma bebida socialmente aceita. Vespucci e Vespucci (1999) afirmam que o álcool é a droga mais usada na cultura ocidental. Já para Goldfarb (1999), o tabaco seria a droga que serve como porta de entrada para outras drogas, uma vez que usuários de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, usam primeiro o cigarro. Nos relatos acima, temos a mistura de substâncias lícitas e ilícitas: álcool e cocaína.

Na análise, observamos, também, que os locais que apareceram nos relatos sobre os

familiares usando algum tipo de droga merecem destaque os eventos esportivos (jogo de bola), festas (festa de aniversário) e durante as refeições. Essas situações também foram encontradas por Marques e Cruz (2000), que afirmam que esses, normalmente, são os lugares em que ocorrem as primeiras experiências com álcool na passagem da infância para a adolescência, como veremos no próximo item.

b) Situação em que utilizou droga pela primeira vez.

Apesar do tênue limite que parece haver entre os relatos de ver alguém usando droga e a primeira experiência de uso, a análise dos relatos sobre a experiência no contexto familiar mostrou um aspecto importante no que se refere ao tipo de droga mencionada, que se caracterizam pelo uso de bebida alcoólica e tabaco, fato muito mencionado na literatura discutida na fundamentação teórica.

Já no caso da faixa etária e das pessoas envolvidas na situação não há diferença dos relatos analisados no item anterior. Assim, a idade varia de cinco a dezesseis anos e os membros da família envolvidos nessa experiência são pai, mãe, tio, prima (o), etc. Confirmando os relatos feitos pelos participantes de nossa pesquisa, Schivoletto, Henriques e Andrade (1997) afirmam que a idade inicial para o consumo de drogas ocorre por volta dos 11 anos com o uso de álcool. O estudo de Godoi et al. (1991) também aponta que os jovens usaram álcool e tabaco pela primeira vez em idades inferiores aos 10 anos.

Um outro aspecto que encontramos em nossa análise é que o álcool é oferecido por diferentes membros da família, com destaque para a figura do pai. Essa constatação vem confirmar o estudo realizado por Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) que apontam que o uso do álcool é incentivado no contexto familiar e oferecido aos filhos ainda na infância.

Nas falas abaixo, observamos que a pessoa da família envolvida é a que oferece a bebida para a criança que presencia a cena.

*[...] Eu lembro que meu pai, assim, ele, quando ele me deu aquela espuminha da cerveja. Eu lembro que experimentei e achei o gosto meio amargo aquilo ali, mas só deixaram eu tomar aquilo ali, né. E eu ficava escondido esperando ele deixar um restinho no copo. Quando ele dormia no sofá ia escondidinho, rapidinho, tomava [...]. (Oficina 4)*

*[...] Minha mãe [...] fez um churrasco, assim, com as amigas dela. E decerto elas queriam conversar sem que eu escutasse e queriam que eu*

*dormisse, penso eu. Aí então [...] falaram para minha mãe: ‘dá um gole de cerveja pro seu filho pra ver o quê que ele acha’. Minha mãe não queria dar porque acho que eu era novo. Mas elas insistiram tanto que minha mãe acabou me dando a espuminha da cerveja pra tomar. (Oficina 5)*

*Eu lembro que eu tinha sete anos, é, sete anos, e tava todo mundo lá conversando. Era dia de almoço com a família. Tava todo mundo. Meu pai, minha mãe. Aí meu tio, assim, me chamou e disse se eu queria tomar um pouquinho de cerveja. Era, assim um restinho que tinha no copo e eu tomei, né. (Oficina 3)*

*[...] aos sete anos [...] uma prima minha chegou em casa, de viagem, fazia muito tempo que eu não via ela e ela pediu pra buscar limão. Daí eu fui buscar esse limão pra ela tomar caipirinha. Daí ela fez a caipirinha e tal, e eu ali fiquei com vontade de experimentar a caipirinha, né. Ela viu que eu tava olhando e me ofereceu. Daí minha mãe falou ‘não, não vai dar pra ele não’. ‘Ah, só um pouquinho, né’, e acabei por gostar da caipirinha [...]. (Oficina 2)*

Os relatos acima corroboram a afirmação de Araújo e Gomes (1998) que dizem que a anuência do uso de bebidas alcoólicas por adolescentes mostra não apenas tolerância com esse tipo de droga na sociedade, mas que, também, há um incentivo por parte das pessoas para que esse uso ocorra.

Outras situações relatadas mostram que a criança após presenciar o uso, decidiu experimentar por conta própria, conforme observamos nos trechos das próximas falas.

*[...] com seis anos de idade [...] Sempre me lembro de meu pai fumando cigarro. Não é? Cigarro não é droga? Pelo menos hoje eu considero como droga, né. E para mim ainda foi uma coisa assim, sabe, porque eu considerava meu pai como um herói, ele era um herói pra mim. Então pensava, assim, que aquilo, fumar cigarro era bom. Que quando fosse grande ia fumar também. Eu até brincava de fumar com a caneta. Lembro que quando fazia frio e a respiração condensava e aquilo pra mim eu brincava de fumaça de cigarro. Mais tarde eu lembro que eu pegava cigarros escondido dele para fumar [...]. (Oficina 8)*

*[...] quando meu pai chegava em casa ele dizia assim pra mim ‘traz uma pinga lá pro pai’. Eu pegava e aproveitava já pra tomar um golinho. Depois me dava aquele sono aí eu ia pra cama dormir. (Oficina 4)*

*Teve um dia lá que eu resolvi beber pinga escondido e aí eu fiquei assim, né, desacordado bastante tempo, dormi. Desmaiei, eu acho. (Oficina 5)*

*[...] Ninguém me ofereceu, mas a primeira droga que eu usei foi o álcool e foi em casa. Eu tava brincando e de repente no armário achei frasquinhos de amostra grátis de uísque. Tinha um monte, assim. Daí eu já me encantei*

*com aquilo, né. Criançinha: 'putz, do meu tamanho? É pra mim isso aqui' (risos). Já peguei um daquele lá, fiquei meio com medo de abrir, aí já achei um aberto. Bebi um pouquinho mas não chegou a ter efeito nenhum não. Bebi um pouquinho pra sentir o gosto, meu irmão também bebeu um golinho e esse foi primeiro contato. (Oficina 3)*

*Eu achava legal ver meu pai sentado e conversando com os amigos dele todo final de tarde. Eles se encontravam e ficavam bebendo, né. Aí, né, assim, tinha vezes que ele mandava eu preparar caipirinha pra eles tomar, né. Aí eu ia buscar a caipirinha e dava umas bicadinha. (Oficina 5)*

Logicamente, o fato de uma criança experimentar alguma droga por conta própria já é resultado do contexto familiar que cria o desejo de experimentar álcool e tabaco ainda na infância. Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) também discutem a questão do incentivo familiar no uso de álcool na infância, entretanto, afirmam que há necessidade de estudos mais aprofundados para saber se esse incentivo influencia ou determina a iniciativa da criança em direção às drogas. Portanto, se pensarmos na importância dos processos de socialização primária (relações familiares) e a secundária (amigos, escola, trabalho etc.) na constituição de pessoas e de subjetividades, conforme discutem Berger e Luckmann (1976), fica óbvio que o uso e o abuso de substâncias psicoativas dependem e muito dos contextos relacionais.

Ao pensarmos nas condições que favorecem a promoção da saúde, conforme discussão feita na fundamentação teórica, vários autores problematizam o uso do tabaco, do álcool e outras drogas. Stroebe e Stroebe (1995) enfatizam a necessidade de não fazer uso de cigarros ou bebidas alcoólicas ou, pelo menos, fazer uso moderado.

Pelos relatos dos participantes das oficinas, vemos que as pessoas não bebem moderadamente ou, pelo menos, bebem com frequência. Dessa forma, podemos pressupor, que de acordo com os autores acima, os contextos familiares onde há consumo freqüente de bebidas, não são os mais adequados ao cuidado preventivo com a saúde.

### 7.3.1.3 Situações do cotidiano escolar

O contexto escolar que, em nossa cultura representa um espaço fundamental no processo de socialização secundária, nos referindo aqui ao estudo de Berger e Luckmann (1976), foi mencionado nos relatos de todos os participantes das oficinas, tanto presenciando o uso como experimentando uma droga pela primeira vez. As pessoas que compõem as cenas

são colegas da escola, mas também, pessoas que não estudam e freqüentam as redondezas da instituição. A droga que mais caracteriza essa experiência nas situações relatadas é a maconha.

Na seqüência, transcreveremos alguns dos relatos extraídos das oficinas.

a) Situação em que apenas presenciou o uso de drogas.

*Me lembro que na escola fui conversar com um amigo mais velho no recreio e ele estava fumando maconha atrás da quadra. Me ofereceu e eu fiquei assustado com medo e fiquei curioso para saber que gosto e sensação que tinha o porquê ele usava aquilo. Mas não usei por medo. (Oficina 2)*

*[...] quando tinha quinze anos eu mudei de cidade pra fazer o segundo grau. [...]. Não tinha ninguém pra ficar me vigiando, me cuidar. Eu acabei por relacionar com uma turma na escola [...] Um dia [...] um desses garotos acendeu um baseado [...] Eu não experimentei, eu só fiquei olhando. Eu fiquei com medo. Não sabia que reação iria ter, que efeito causava aquilo. Eu fiquei surpreso com aquilo [...] Todos estavam rindo, rindo muito mesmo [...]. (Oficina 4)*

*Aos 12 anos também lembro que vi uma certa pessoa fazendo uso de cocaína no banheiro da escol; era um cara que estudava lá, mais velho que eu, acho, e no momento fiquei assustado, mas depois refleti e comecei a condenar o cara por aquela atitude. (Oficina 8)*

*Eu lembro um dia que tava indo para escola e de repente vi dois e vi dois jovens fazendo uso de drogas quando a polícia chegou e os jovens saíram correndo. Foi uma correria. Eu fiquei assustado, né. A polícia deu voz de prisão e os jovens continuaram correndo quando o policial sacou a sua arma de fogo e fez vários disparos. Com medo saí correndo sem olhar para trás. (Oficina 3)*

Os relatos acima mostram que ao presenciar pessoas usando drogas na escola as reações variam conforme o tipo de droga. Para a maconha, nesses relatos, os sentimentos foram de medo e de susto, todavia, emergem também sentidos que mostram a ambigüidade associada ao uso da maconha, como a curiosidade e a surpresa diante da manifestação de alegria dos que estavam sob o efeito da droga. Já no caso da cocaína, esses relatos não trazem sentidos de ambigüidade, centrando-se no medo e na reprovação contra a pessoa que estava usando a droga. O medo é ampliado ao presenciar a polícia dando voz de prisão e atirando nos usuários que fugiram, em lugar de obedecer à voz de prisão. Essa situação, aliás, corrobora o argumento de Minayo e Deslandes (1998) de que as drogas ilícitas e, portanto, criminalizadas,

deixam os usuários vulneráveis às ações de repressão e de abuso de poder, nesse caso da polícia.

b) Situação em que utilizou droga pela primeira vez.

No caso dos relatos sobre o uso de droga no contexto escolar, observamos que a idade mais mencionada foi de quatorze anos e, como afirmamos acima, a maconha é a droga mais caracterizada.

Observamos que uma das motivações para o primeiro uso é a busca de aceitação pelo grupo, exibindo conotações de desafio. O sentido atribuído para a experiência foi de algo ruim.

*[...] eu gostaria de falar da experiência com outra droga [...] a maconha. [...] acabei me relacionando com uma turma de colégio que eu queria entrar, queria que eles me aceitassem, lá [...] foi no horário de aula, né. Eu saí no intervalo, fumei com essa turma e voltei pra aula. Como aconteceu com a bebida alcoólica eu demorei uns meses pra voltar a fumar porque eu não gostei da experiência, mas novamente quando eu voltei a fumar foi pra ter aceitação aí nessa turma [...]. (Oficina 2)*

No relato seguinte, a questão do grupo também aparece muito claramente. Entretanto a experiência é relatada como algo bom e gostoso:

*[...] meu contato com a maconha, que é uma droga ilícita, foi por volta dos quatorze anos em roda de amigos, no colégio, foi que eu conheci a maconha. Na primeira vez só presenciei os caras usando, né, e na segunda vez optei por experimentar ela. Experimentei e vim por gostar e usar ela por muitas vezes até por pouco tempo atrás. Foi aí o meu primeiro contato com a droga ilícita. (Oficina 3)*

Para os relatos, em que são citadas as situações em se presenciou o uso de droga na escola, não encontramos em nossas fontes de pesquisa estudos que enfoquem tal questão, mas pela nossa pesquisa fica evidente que, de alguma forma, a escola se constitui, também, em um espaço de experimentação de drogas.

Os estudos normalmente se referem ao uso na idade escolar. Porém, não aprofundam o estudo sobre a escola como um espaço para o uso da primeira droga. Autores que fazem referência ao uso de drogas na escola são Schivoletto, Henriques e Andrade (1997) que

afirmam que as crianças, que freqüentam a escola, usam algum tipo de droga, seja lícita ou ilícita. Godoi et al. (1991) argumentam que os primeiros contatos ocorrem na faixa etária dos 13 aos 16 anos, sendo, portanto, em idade escolar.

Um aspecto importante a ser ressaltado é que a experimentação de drogas lícitas ocorre em idades muito novas em ambientes familiares. Já o ambiente escolar propicia os contatos com drogas ilícitas. Assim, pelos relatos fica caracterizado que drogas lícitas e ilícitas têm ambientes característicos e próprios para o contato e o consumo de substâncias psicoativas.

#### 7.3.1.4 Eventos sociais (esportes, bares, festas, vida noturna)

As festas, o encontro nos bares, o contexto esportivo e a vida noturna são os espaços que, segundo os relatos, oferecem um leque maior de possibilidades de ver pessoas utilizando drogas e de também experimentá-las. Nesses espaços não observamos a menção a drogas mais características, como ocorre com as bebidas alcoólicas que são muito associadas ao cotidiano familiar e com a maconha ao contexto escolar. Ao contrário, nesses espaços impera a diversidade de drogas utilizadas — bebida alcoólica, maconha, cocaína, lança-perfume, crack etc. —, como mostram os relatos dos participantes que discutimos a seguir.

##### a) Situação em que apenas presenciou o uso de drogas.

A idade em que ocorreram as experiências relatadas sobre observar alguém usando droga varia de cinco a dezenove anos e os atores sociais envolvidos incluem familiares, colegas de escola, do trabalho e diversas pessoas.

*Você falou em bar. Eu lembro que meu pai tinha um escritório. Eu devia ter uns cinco ou seis anos. Em baixo do escritório tinha um bar. A gente ia pro centro fazer compras, mas ele sempre acabava passando naquele bar. Ele chegava lá e pedia pro cara do bar 'vê uma daquelas pra mim e uma daquelas pro piá'. Ai o cara trazia bebida pra ele, pinga com vermouth, e uma caçulinha pra mim. (Oficina 5)*

Nos próximos relatos observamos que os sentidos atribuídos à cena presenciada giram em torno de medo, raiva, assustado, que podem ser interpretados como valores mais negativos. Os dois primeiros enfatizam o medo e o susto.



*Outra vez também, né. Assim, quando eu tinha doze anos eu e meus amigos estávamos brincando. A gente tava jogando bola num estádio de futebol e aí, né. De repente, quando a gente viu dois rapazes assim, veio e pulou o muro do estádio. Aí quando a gente viu de repente eles começaram a cheirar cocaína na maior. Nossa, assim, eu fiquei com aquele medo, né. (Oficina 6)*

*[...] Tava lá na boate, né, com amigos. Aconteceu então de na hora de vir embora um cara que eu não conhecia que veio de carona para casa. A gente já tinha andado um pouco, aí esse cara começou a cheirar cocaína dentro do carro. Aquilo foi uma coisa assim que eu ainda não tinha visto, e aí não foi legal. Nesse momento, assim, eu me senti inadequado e assustado por estar ali. (Oficina 3)*

Já os próximos dois relatos expressam o sentimento de raiva contra a pessoa que abusa do álcool, tendo em vista os efeitos nocivos e, muitas vezes de violência, que afetam as relações familiares e sociais.

*[...] eu queria falar agora uma coisa que lembrei do meu vizinho. Foi quando eu tinha seis anos de idade. Aí, né, eu fui junto com meu pai prum jogo de bola na associação de funcionários do lugar onde ele trabalhava. Sei que lá eu vi o nosso vizinho fazendo uso de bebida alcoólica. E aí, né, sei que algumas horas depois, quando ele chegou em casa, fiquei sabendo, fiquei sabendo que ele tinha agredido sua esposa fisicamente. Senti raiva de sua atitude. (Oficina 3)*

*[...] Eu tinha cinco anos, eu me lembro que tinha o casamento do meu irmão e nesse casamento, daí, (como em todas as festas) tinha bebida alcoólica e tal, né. Daí todos bebendo ali e eu to lá, na minha sodinha lá [...] aí o pessoal começou a beber e tal, e quando foi chegando a tardezinha eu vi que o pessoal, todo mundo, ficava exaltado, bêbado, né. E eu já comecei a ficar com medo. Daqui a pouco saiu uma briga. O pessoal começou a brigar e tal e acabou por acabar a festa, minha mãe começou a chorar. Isso foi aos cinco anos. Sei que eu senti muita raiva. (Oficina 5)*

Enquanto os relatos anteriores estão atrelados aos efeitos negativos causados às relações, na citação seguinte, observamos que os sentimentos mostram ambigüidade. Isto é, paira uma dúvida no ar e a incompreensão diante da manifestação de alegria, normalmente associada ao riso, como ocorre com o relato sobre o uso do lança-perfume.

*Aos 13 anos eu estava em uma festa de aniversário quando me deparei com minha irmã usando lança-perfume. A mesma estava em risos com amigos e só fui entender o que era depois dela mesmo me explicar e com orgulho achando que ela estava certa. (Oficina 8)*

b) Situação em que utilizou droga pela primeira vez.

No caso da primeira experiência de uso em eventos sociais, os relatos mostram que a idade varia de dez a dezesseis anos. E, como afirmamos anteriormente, há menção a um leque maior de drogas envolvidas nesses espaços: álcool, tabaco, *crack* e cocaína.

Assim como no contexto escolar, os relatos sobre a primeira experiência com substâncias psicoativas mostram o desafio de afirmação e aceitação pelo grupo: o não gostar da cerveja é recompensado pelo efeito de superação da timidez.

*O primeiro contato com drogas que eu tive foi [...] com bebida alcoólica, né. [...] meu irmão me chamou pra sair [...] numa lanchonete. Lá a gente começou a ingerir bebida alcoólica. Foi a primeira vez minha, né. Ele disse que pra mim virar homem eu teria que virar um copo de cerveja. E eu acabei fazendo isso. Gostei. Não gostei muito da cerveja, mas gostei do efeito que ela me causou. [...] Eu me lembro que fiquei bastante extrovertido. Eu era um garoto muito tímido, né [...]. (Oficina 2)*

No relato abaixo, observamos que se começa a diferenciar o cigarro de outros tipos de drogas. As sensações físicas são descritas como ruins, que dão lugar a um efeito significado como bom para a mente:

*[...] A primeira droga que eu usei na vida foi o cigarro. Acredito que foi o cigarro na minha infância ainda. Via meu pai fumando e fumei também. Agora droga mesmo, de consciência foi aos 12 anos e foi a maconha. Tava indo pro treino de basquete e passei na casa de um amigo. Aí no caminho pro ginásio ele puxou o bagulho do bolso e disse: ‘ó aqui ó, um cigarrinho de maconha. Vamo fuma?’. Aí peguei e fumei. Na verdade não senti nada na hora, mas quando chegamos no ginásio começou o efeito. A pressão baixou, comecei a passar mal, vomitar, ficar tonto. Com o tempo passei a gostar do efeito que ela proporcionava na minha mente, mas nunca gostei nem do cheiro, nem do gosto dela. (Oficina 8)*

Nos relatos sobre o uso da primeira droga, vários participantes relataram o primeiro uso com um tipo determinado de substância. O sentido associado ao uso do *crack* vai de sensações descritas como boas ao sentimento de ter chegado ao fundo do poço:

*Depois da cocaína a primeira droga que usei também foi o crack. Foi numa festa e gostei de usar. Gostei porque não ardia o nariz, né, não escorria o nariz, dava mais uma liga, acelerava mais o coração. Só que o crack, assim, foi o fundo de poço meu. Foi aí, né, que comecei a vender tudo, carro, roupas, pra poder comprar o crack. (Oficina 8)*

### 7.3.1.5 Outras situações do cotidiano

Por outras situações em que apenas se presenciou o uso de drogas nos referimos aos encontros com amigos na rua, em trajetos feitos de carro, no trabalho, etc. Nesses casos, segundo os relatos, observamos que a idade varia de cinco a dezesseis anos e as drogas relatadas são maconha, LSD, cocaína, *crack*, tabaco, inalantes (benzina), maconha e álcool. Os contextos em que aparecem relatos sobre o uso de drogas estão vinculados a amigos, colegas, vizinhos, alguns membros da família e outras pessoas, com destaque para essa última classificação, conforme nos mostram os exemplos abaixo.

Primeira situação em que presenciou o uso de drogas.

Neste relato, as pessoas esperaram sair da casa e, no trajeto para comprar mais cerveja, é que ocorre o uso da cocaína. É interessante notar que o uso do álcool e da maconha é relatado como familiar, enquanto o sentimento de raiva e inadequação está associado ao uso da cocaína, considerada uma droga mais pesada.

*[...] Quando completei 15 anos eu tava na casa de um amigo fazendo um gengis khan. Nesse dia eu tava fazendo o uso de álcool e quando de repente um amigo nosso saiu com o carro pra comprar mais cerveja pra festa. Aí ele me convidou pra ir junto. Aí veio um outro companheiro pra ir junto. Eu já sabia que ele era usuário de maconha, mas tudo bem. No caminho eles pararam [...] eles pegaram lá alguma coisa, alguma substância. Naquele tempo eu não usava droga, só fazia uso de álcool. Aí esse companheiro usuário pegou o pacotinho, pegou o cartão e fez uma carreira em cima de um CD. Aí que eu vi que era cocaína [...] senti vários sentimentos. Raiva, medo, inadequação [...]. (Oficina 7)*

Já no relato a seguir, que tem o ambiente de trabalho como contexto e uso de benzina, a raiva e a decepção emergem porque o participante, na época adolescente, não pode satisfazer a sua curiosidade.

*Uma coisa que eu lembro é que quando eu tinha treze anos, eu tava dando uma volta de 'roller' e resolvi então passar pelo escritório de minha tia onde meu irmão trabalhava, né. Aproveitei subir para beber água. Quando cheguei lá na sala dele, deparei com meu irmão fazendo uso de benzina. Ele e sua namorada, né. Assim, eu fiquei curioso. né, pedi para experimentar, pois ele não parava de sorrir. Ele não deixou eu experimentar e eu fiquei com raiva e decepcionado. (Oficina 3)*

A questão da curiosidade também se destaca nesse relato. A raiva, entretanto é mencionada porque o irmão estava fumando *crack*. Apesar de não estar explícito, podemos pensar que essa raiva está atravessada, também, pela ambigüidade, uma vez que não fazia parte do grupo de amigos do irmão mais velho.

*[...] Um dia tava lá andando, assim e vi meu irmão mais velho e uns amigos dele caminhando. Eles tavam lá vindo e de repente eu vi, né, que eles faziam alguma coisa. Eles tavam com um cachimbo e fumavam aquilo. Eu sabia que aquilo era crack, porque eu sabia que o cachimbo usava pra fumar crack. Então, né, ao mesmo tempo em que vi meu irmão mais velho usando crack fiquei curioso, mas também senti, assim, aquela raiva de ver meu irmão fazendo aquilo. (Oficina 6)*

No que se refere a esses espaços, é interessante observar que não houve nenhum relato sobre o primeiro uso de drogas. Nessas situações, as falas sempre se referiram a ver alguém fazendo uso de alguma substância.

### 7.3.2 Situações de risco e uso de drogas

Na discussão sobre prevenção e promoção da saúde, destacamos a importância da linguagem dos riscos para pensarmos processos de prevenção e a produção de sentidos sobre risco no âmbito da dependência química. Ressaltamos, por isso, os vários sentidos que são atribuídos ao conceito de risco, tomando como base a proposta das três tradições discursivas – risco-perigo, risco-probabilidade e risco-aventura (SPINK, 2001; SPINK; MENEGON, 2006).

Além das tradições discursivas, mencionamos que algumas classificações de risco podem nos auxiliar nos trabalhos de prevenção, em especial a classificação que se refere aos riscos provocados pelos estilos de vida das pessoas, e a discussão sobre as responsabilidades e o controle sobre esses riscos (KENEN, 1996; KAVANAGH; BROOM, 1998 apud MENEGON, 2006).

Entendemos que os riscos enfrentados ou vivenciados pelas pessoas, internadas no CARTA, têm a ver com estilos de vida que fazem parte do tempo vivido de cada participante, antes da internação, quando ainda estavam usando drogas. Entretanto, como apresentamos nas análises anteriores, esse estilo de vida é também da esfera do coletivo: dos ambientes familiares, da escola, do trabalho, das formas de lazer, etc.

Como fizemos nos tópicos anteriores, antes de focarmos as situações consideradas de risco pelos participantes das oficinas, no próximo item, apresentamos exemplos de repertórios que caracterizam os sentidos, evocados nos relatos sobre a vivência de situações de risco.

### 7.3.2.1 Repertórios em destaque: vivendo o risco

Nos relatos, que os participantes fizeram das situações em que se sentiram em risco, devido ao uso e abuso de drogas, as sensações e sentimentos possuem conotação ambígua, como apontamos nas análises anteriores. Entretanto, observamos o predomínio de repertórios que expressam sentimentos e situações que são mais caracterizadas pelo trágico, pela dor e pelo sofrimento físico, relacional e psíquico, mesmo considerando a ambigüidade trazida pelo desafio e adrenalina, que emergem em situações limite e que evocam os sentidos de risco-aventura.

Os repertórios que se destacam são: sensação de morte, estar em risco 24 horas por dia, derrota, mania de perseguição, alucinações, estar assustado, sentimento de culpa, remorso, arrependimento, paranóia, com predominância do sentimento de medo. No Quadro 3, apresentamos alguns exemplos de uso desses repertórios.

**QUADRO 3 -** Ilustração de uso de repertórios que expressam sentimentos vivenciados em situações significadas como de risco

<b>Repertórios</b>	<b>Situação relatada</b>	<b>Oficina</b>
Sensação de morte	<i>Uma situação de risco que eu passei foi uma vez que eu tava fazendo uso de Benflogin, um comprimido comprado em farmácia. Aí nessa vez comprei uma cartela inteira junto com conhaque. Começou a me dar umas alucinações bastante fortes, aceleração do coração, dificuldade pra respirar. Aí parei e sentei, assim, porque achei que ia morrer.</i>	6
Estar em risco 24 horas	<i>[...] Quando eu comecei a usar o crack, né, eu achei legal [...] conseguia controlar. De repente eu não conseguia controlar mais e vivia em pânico, né. Parecia que as pessoas na rua estavam olhando pra mim, sabe. Por várias vezes eu via dois, três caras andando atrás de mim [...] Era pânico total mesmo [...] Eu tava em risco direto, 24 horas por dia quando eu tava fazendo o uso de drogas, em especial o crack.</i>	1
Estar no fundo do poço	<i>[...] O que me marcou mesmo foi [...] quando eu e meu comparsa de ativa, já no fundo de poço também. [...] fomos atravessar a fronteira, armados, nós dois e mais três comparsas, todos já tendo usado droga, tomado bebida alcoólica. Foi onde a gente foi surpreendido pelos federais. Não querendo perder a droga e medo de ser preso começamos a trocar tiros com eles e um dos companheiros acabou levando dois tiros na cabeça vindo a entrar em óbito, falecer. Quando eu vi aquilo abandonei tudo, a droga e as armas, e saí correndo assustado.</i>	2
Sentimento de medo	<i>[...] A gente tava montando umas barracas prum evento [...] Aí eu entrei numa barraca pra fumar o crack. Eu percebi que o guarda ficava me vigiando, olhando pra barraca. Nossa, aquele dia, Nossa Senhora. E o medo que o guarda chamasse a polícia. Graças a Deus não aconteceu nada, mas eu fiquei com muito medo [...].</i>	7
Arrependimento	<i>[...] Tava indo procurar maconha, mas no momento era só álcool. Atropelei o guri, [...] Sei que depois, né, senti muita culpa e remorso. Ficava arrependido e com medo do que poderia acontecer comigo, né. A família depois mudou de lugar, mas até hoje, né, eu tenho medo de encontrar a família, assim, apesar de eles talvez nem me conhecerem mais, mas tenho medo.</i>	3
Alucinações	<i>Bom, eu queria falar da situação que ocorreu quando eu já tava com uma adicção mais acentuada, né, no meu fundo de poço do uso de crack. [...] Tava com vontade de usar, pulei, assim, um muro que tinha e fui no bosque usar crack. Começava a ter alucinações. Ouvia passos, parecia que pessoas estavam se aproximando [...].</i>	2
Paranóia; mania de perseguição	<i>É, com medo, paranóico, mania de perseguição. Aí eu me encanava e pra disfarçar quando fumava crack dentro de casa, com medo de alguém me surpreender eu ficava limpando o chão, montando caixa de descarga, né, varrendo. Fazia, daí, a maior limpeza em casa. Limpava tudo.</i>	4
Derrota	<i>Você tem 18 anos, tem tudo de bom pra viver, ir pra uma festinha, conhecer altas gatinhas. Pô, mas quê que eu fiz, né. Troquei tudo isso, né. Passei a ser uma pessoa de droga, né. Drogas, amigos e orgia, [...] uma mãe aí, as vezes me esperando e eu lá pela madrugada, né, correndo risco de alguma forma. Passando por sentimentos, aquele espírito de derrota, né, me sentindo um derrotado.</i>	5

### 7.3.2.2 Caracterizando as situações de risco

Ao classificar riscos em algumas vertentes, Luplon (1999 apud MENEGON, 2006) traz conceitos de risco além daqueles relacionados ao mundo financeiro ou da Medicina, tais como: riscos ambientais, estilo de vida, interpessoais e criminalidade. Ou seja, o conceito de risco pode passar por outros campos e significados de outras maneiras, como é o caso de riscos no contexto de quem usa drogas, conforme os grupos que organizamos a seguir.

A sistematização das oito oficinas, tomando como base o uso de repertórios que indicassem situações de risco, permitiu-nos organizar quatro grupos de situações consideradas de risco: a) risco de acidente; b) risco de morte; c) risco de ser preso; d) risco de perda de afeto (síntese completa no Apêndice F, Quadro 18):

#### a) risco de acidente:

Nos relatos sobre uso de drogas e risco de acidente, majoritariamente associado ao trânsito, as drogas mais relatadas foram álcool, maconha, cocaína e *crack*.

Nos relatos a seguir, apesar do álcool ser significado como causador de acidentes, não é incluído na categoria de droga. A mistura de álcool e cocaína posiciona o participante como um suicida. Os risos nos remetem à ambigüidade do valor atribuído à adrenalina provocada pela situação:

*Eu vejo que o álcool me colocou muitas vezes em situação de risco no trânsito e tal, mais do que a própria droga. Quando eu fumava maconha eu ficava mais tranqüilo e quando eu fazia uso de álcool, ou misturava álcool, com cocaína, era pegar um veículo e virava o suicida. Lá na minha cidade diziam que o Osama Bin Laden iria me contratar. Não precisava nem da bomba, era só dar um carro na minha mão” [risos]. (Oficina 3)*

*[...] uma vez fui numa festa e comecei a usar cocaína com os amigos, né. Ai quando nós o pegamos o carro pra ir embora, né, tava todo mundo completamente embriagado e drogado [...] na metade do caminho, numa curva, o carro capotou. Acho que deu umas oito capotadas. Acordei no hospital com o braço quebrado, a cabeça cortada, várias escoriações [...]. (Oficina 5)*

*[...] eu também aconteceu com capotamento. [...] fazia um tempo que eu não tava bebendo, né, tinha acabado de sair de um tratamento. Ai ficava assim: ‘só vou beber hoje, só vou beber hoje’. [...] Ai resolvi beber. [...] Fui direto, assim, pra outra cidade atrás de umas ex-namoradas minhas. [...] no*

*retorno pra casa [...] vim a capotar. Felizmente não aconteceu nada de grave. Fiquei aliviado por nada de mais grave ter acontecido. (Oficina 5)*

b) risco de morte:

No que se refere às situações significadas como sendo de risco de morte, provocada pelo uso de drogas, estão relacionados ao uso excessivo de drogas (cocaína, *crack*, maconha, inalantes e álcool e possíveis misturas), que acarretam problemas físicos, emocionais e sociais de extrema gravidade. O sentido é de risco de morte iminente.

*Eu tava indo numa festa [...] e essa menina me convidou pra usar droga injetável, né. Foi a primeira vez que usei o famoso 'pico' [...] Comecei a fibrilar, ter ataque e enrolar a língua. Seguraram a minha língua e fui pro hospital. Tive a primeira overdose, quase morri [...]. (Oficina 1)*

*[...] lembrei agora é uma vez que eu fui eu e outro amigo, né, nadar na praia. Naquele dia, né eu estava sob o efeito de álcool, cocaína e maconha. O combinado, então, foi de nadar até um barco que estava ancorado e voltar. Eu fui e quando comecei a nadar pra voltar comecei a sentir câibras. Comecei a ficar desesperado e quase me afoguei. Mas graças a Deus consegui chegar até a praia. Graças ao Poder Superior mesmo. (Oficina 3)*

*[...] Eu li que o Led Zepellin tinha acabado porque o John Bohan, o baterista, tinha morrido. Ele dormiu embriagado depois de uma festa e morreu sufocado no próprio vômito, pois tinha dormido de barriga pra cima. Então cada vez que chegava em casa ficava com medo de dormir de barriga pra cima, com medo de morrer afogado no próprio vômito. (Oficina 3)*

Esse risco de morte aparece, também, nas situações da própria compra de drogas e as situações de vulnerabilidade que o usuário de droga se coloca, como é o caso do relato a seguir:

*[...] Quando eu tinha 21 anos eu e um amigo de ativa fomos numa favela em São Paulo para buscar droga [...] fiquei no carro esperando enquanto ele ia no barraco buscar [...] Eu vi umas coisas tipo assim pedradas no carro. O achei estranho. De repente olho pra minha perna e vejo sangue [...] a bala passou muito perto de minha cabeça [...] Dali fui pro hospital tirar a bala da perna [...]. (Oficina 7)*

*Uma vez, eu até me lembro que eu tava fazendo uso e era aniversário da minha prima. Tava arrumado e saí. Aí acabou a droga e fui na favela, assim, de a pé buscar mais. Andei um monte a pé, acho que uns cinco quilômetros. O trajeto era tenebroso e estava com receio, né.. Tava meio garoando. Aí eu vi três caras vindo, né. Então, né, coloquei a mão coçando*



*a barriga como que querendo mostrar um volume, como se tivesse uma arma, e aquele maior medo. 'E agora? Se esses caras quiserem me fazer alguma coisa?' 'Aí eles passaram e não aconteceu nada, mas fiquei com medo, né. (Oficina 3)*

c) risco de ser preso:

No que se refere à situação de risco de ser preso, pelos relatos analisados, observamos que o risco de ser preso está presente porque a pessoa é usuária de drogas ou porque, além da droga, entrou para o mundo do crime (roubo, tráfico). As drogas mais citadas são: *crack*, maconha, álcool e cocaína.

Neste primeiro relato, temos um usuário que fala do medo (risco) de ser preso:

*Teve uma outra situação que eu tava parado em frente a um bar que vendia droga. Nessa época, eu tava com 22 anos. Eu tava lá pra comprar droga quando de repente, quando eu tava saindo do bar, chegou a polícia. Me abordaram e me deram geral e acharam droga. Aí me deram um sermão dizendo que aquilo ali não era lugar pra mim, que eu tinha que trabalhar, que tinha que estudar, que eu tava no caminho errado. Na hora fiquei com medo de ser preso e fiquei feliz e aliviado por não ter sido preso. (Oficina 7)*

Já no próximo relato, o participante narra uma situação de risco que viveu quando, além de usuário, havia entrado para o mundo do crime:

*[...] um dia fui fazer um assalto com um amigo meu. Eu fiquei fora cuidando e o meu amigo entrou e rendeu o dono da loja. Pegamos o dinheiro e caímos numa mata próxima. Aí nós tava separando o dinheiro e de repente encheu de polícia cercando a mata [...] comecei a chora e a pedir a Deus pra não ser preso [...]. (Oficina 4)*

Em outros relatos, que se caracterizam como contravenção à lei estabelecida, mesmo sem a presença física da polícia, há o sentido de medo, no risco de ser descoberto, por exemplo, pelo próprio vizinho.

*Uma vez, assim, eu fiz uma coisa que me deixou numa situação difícil [...] pulei o muro do quintal do vizinho e roubei o engradado de cerveja, né. Naquele momento assim fiquei com medo que alguém me visse. (Oficina 3)*

Ou, como no próximo relato, uma pessoa qualquer descobrisse que estavam fumando e chamasse a polícia.

*Eu também, [...] tava lá no meio da mata junto com o meu irmão fazendo uso de crack, né, aí fica assim aquela coisa de medo, se sentir vigiado [...] tinha as pessoas, né, que passavam. Aí eu ficava assim naquela nóia pensando que aquelas pessoas iam chegar ali ver a gente e iam chamar a polícia [...]. (Oficina 6)*

Ou, ainda, uma situação mais arriscada que é roubar a casa de um traficante de drogas.

*Outra vez também que me senti em risco, assim, foi uma vez que fiz uma coisa perigosa, né. Aí, assim, eu já tinha ido na casa do traficante[...] Aí eu fui lá e acabei roubando a casa dele. Depois fiquei com medo, né, que ele descobrisse, assim, que tinha sido eu, pois aí eu podia até morrer. Fiquei com medo e cabreiro. (Oficina 4)*

d) risco de perda de afeto:

Os relatos que nos remetem ao risco de perda de afeto abrangem campos relacionais que são muito significativos, envolvendo membros da família, geralmente a esposa ou os pais. A perda afetiva é um risco constante provocado pelo uso de drogas (maconha, álcool, cocaína e tabaco). O sentimento que emerge é de medo de ser descoberto, perdendo o afeto e o respeito tanto da família como de pessoas significativas para ele, além de prejudicar sua imagem no meio social em que vive.

*[...] na fase adulta, após eu conhecer outras drogas (maconha, cocaína) eu me senti em risco quando eu tava usando sozinho, em casa, já casado, no banheiro, eu me sentia em risco de a minha esposa vim a descobrir. E o meu medo era que ela, por descobrir que por eu estar fazendo o uso dessa droga, viesse a me abandonar [...]. (Oficina 1)*

*[...] acabei por usar mais. Acabei por ser internado no hospital e na época a minha mãe não sabia do meu uso de drogas. De álcool ela sabia, de drogas não. Daí eu fiquei com muito medo na época de o médico chamar ela e falar pra ela que eu tava usando drogas químicas, né [...]. (Oficina 5)*

*Risco pra mim era os meus pais descobrirem que eu usava. Eles tinham uma certa desconfiança. Até uma vez eles pegaram um bagulho no meu bolso e eu disse que era de um amigo meu. Aí eles levaram pro pessoa do CARTA para ver se era droga e que droga era, mas eu neguei até a morte. Disse que não era minha [...]. (Oficina 3)*

Nos relatos acima, observamos que o medo da perda de afeto está mais atrelado ao uso da droga ilícita (maconha, cocaína), entretanto, esse temor não aparece em relação à droga lícita, como é o caso de bebida alcoólica. Essa ausência de temor pode ser decorrente da permissividade e incentivo social ao uso de bebidas alcoólicas no âmbito familiar, conforme discutem Sanchez, Oliveira e Nappo (2005).

#### 7.4 É POSSÍVEL PREVENIR A RECAÍDA DE USO DE DROGAS?

Na discussão sobre possibilidades de prevenção realizadas após os relatos de situações de contato, de uso de drogas e de situações consideradas de risco, os participantes das oito oficinas conversaram sobre as dificuldades e os medos associados à recaída de uso de drogas. Além disso, discutiram e sugeriram estratégias que podem facilitar a prevenção de recaídas, apontando elementos que dificultam ações preventivas.

No Quadro 4, sintetizamos os repertórios que expressam sentimentos de medo de uma recaída, com exemplos das situações discutidas.

QUADRO 4 - Repertórios e reflexões sobre o medo de recaída no uso de drogas

Repertórios	Situação relatada	Oficina
Compulsão pela droga	<i>Uma coisa eu posso dizer, né, [...] sei que eu sou compulsivo, que eu fumar uma já era, né. A minha vida já era, né. [...] A mesma coisa eu querer falar sobre cigarro também, né. Eu não consegui controlar a minha vontade do cigarro, né, imagina controlar com droga. É isso aí... eu tenho medo de recaída, meu, muito medo. Medo mesmo.</i>	1
Medo do álcool	<i>[...] Droga lícita. E é muito mais fácil de usar. [...] O álcool aparece muito mais em festas de aniversário, casamentos, encontros diversos de pessoas. [...] em geral é muito mais difícil ver pessoas abertamente usando alguma droga proibida. Já no caso do álcool, não. [...] Todo mundo toma. E o pior, as pessoas desconfiam quando você não toma. Então é mais fácil. Eu conheço algumas pessoas que recaíram porque usaram álcool. [...] tenho medo do álcool. [...] Eu sei que o contato com o álcool é inevitável para logo em seguida buscar cocaína. [...].</i>	4
Difícil se manter limpo	<i>Essa recaída eu vejo também que o cara pode esquecer, né. Assim, de repente ta muito tempo limpo e pode acabar esquecendo ou deixando de ir no grupo de mútua-ajuda. Por que eu sei que sozinho não vou conseguir me manter limpo lá fora, né.</i>	4
Crack como droga fascinante	<i>Eu não tenho medo do álcool. Tenho medo é do crack mesmo. O crack me fascina [...] A Minha recaída foi direto no crack. Foi duro, cara. Eu nem pensei em tomar álcool. Fui direto no crack. No meu último tratamento fiquei trinta dias sem usar [...].</i>	4
Ressentimento como fator de recaída	<i>Sobre recaída? Eu já tive algumas. Eu já tentei por inúmeras vezes parar sozinho, né. Até tentei frequentar uma sala de N.A. [...] Agora eu vejo que muitas vezes o que me fez recair foi ressentimentos do passado, [...] Achei que sempre ia dar problema pra minha esposa, que não ia cuidar da minha filha. Achava que eu não tinha condições de ser uma outra pessoa. [...]. Agora vou procurar me trabalhar nisso para não dar vazão a minha compulsão.</i>	6
Usar droga é bom	<i>Eu penso que prevenção de droga é difícil. [...] A prevenção eu não vejo muita possibilidade não, porque depois que experimentou é gostoso meu. É difícil você achar um que fala assim: 'cheirei e não gostei'. [...] É muito difícil você não gostar da droga, a droga é gostosa.</i>	7
Partilha como defesa de recaída	<i>Queria falar um pouco da prevenção por causa da experiência que eu tive aqui na Fazenda. [...] Deu uma vontade imensa de largar tudo e ir embora, né. [...] Aí uma coisa assim que eu achei bom, que me ajudou, foi a partilha. Acho que a partilha é uma coisa que ajuda muito prevenir a recaída. [...] você consegue expressar o que você ta sentindo naquele momento e isso ajuda aliviar a ansiedade, os pensamentos.</i>	6
Medo de não concluir o tratamento	<i>Então, eu vim de uma recaída. Já tive dois tratamentos em clínica e dois em Comunidade Terapêutica. Os dois incompletos. Saí antes do tempo, desisti. Então acho que um dos motivos é esse, de eu ter recaído. Nunca consegui terminar um tratamento. Acredito então que se eu concluir esse tratamento terei alguma chance.</i>	4

Tendo em vista as dificuldades encontradas nos relatos sobre completar o tratamento e prevenir uma recaída, como mostraram os exemplos do Quadro 4, várias estratégias foram defendidas como facilitadoras da prevenção e outras que dificultam tanto o tratamento como os esforços de prevenção, conforme apresentaremos a seguir.

#### 7.4.1 Estratégias facilitadoras da prevenção

Dentre as estratégias discutidas pelos participantes, como sendo facilitadoras do tratamento e da prevenção de uma possível recaída, ou mesmo pensando em campanhas voltadas à coletividade para prevenir o uso de drogas, destacamos a importância dada à necessidade de formular políticas públicas, ao incentivo de trabalhos realizados em grupo, aos aspectos religiosos, aos valores morais e ao apoio da família.

Por exemplo, o relato a seguir, aponta que é importante uma política pública e responsável voltada para a problemática da bebida alcoólica:

*Eu acho que nos rótulos de bebida alcoólica devia ter fotos igual o cigarro. Imagina você pegar uma latinha de cerveja e ter lá uma foto de um acidente de carro, o carro tudo estourado. [...] Porque no caso do cigarro a prevenção é bem forte hoje em dia. Lembra do cara que fazia propaganda do marlboro? Ele morreu de câncer. (Oficina 3)*

Já os relatos a seguir dizem da necessidade de se fazer política pública, visando à realização de campanhas contra o uso de drogas em geral:

*[...] Eu acho que o governo (isso é uma política), se o governo fizesse projetos nas escolas (seria, no caso, obrigatório, né). Dar aulas de prevenção nas escolas. Todas as empresas, comércio, deveriam ter um dia de palestras por semana para prevenir sobre as drogas. [...] A prevenção deveria começar de uma base sólida e essa base sólida seria na escola, no trabalho, né, e na família. (Oficina 2)*

*Eu vejo que a forma de prevenção hoje da sociedade [...] estão cada vez mais se tornando melhores. Tirando do ponto de vista do cigarro, do tabaco, que começou a vários anos numa propaganda, principalmente através do governo e das escolas, e também das instituições em recuperação, hoje eu vejo que ela está bem mais forte que a dez anos atrás [...]. E acredito também que o futuro, não muito longínquo, as outras drogas também, ilícitas também vão entrar por esse mesmo caminho [...]. (Oficina 1)*

Os relatos feitos nas oficinas sobre prevenção trazem à tona a necessidade de políticas públicas adequadas e vêm de encontro ao que é proposto por Laranjeira (2004), que diz que é importante existir a elaboração de campanhas e políticas públicas que produzam uma consciência sobre a questão do consumo das bebidas alcoólicas, além das outras drogas – já que estas, em especial, as drogas ilícitas, são bastante combatidas, como afirma Suzin (1998). Para Laranjeira (2004), torna-se necessário discutir a importância da diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, a proposta enfatiza que as campanhas de prevenção teriam que combater todo tipo de droga e não apenas as consideradas ilícitas.

Um outro aspecto levantado pelos participantes das oficinas, no que se refere à prevenção, foi a importância de produzir valores novos, ressignificando a vida por meio de princípios positivos. Essa proposta vem ao encontro do que argumentam Canoletti e Soares (2005), que propõem uma ação preventiva pautada por valores positivos. Isso fica claro nos relatos a seguir.

Ouvir o que os pais dizem:

*[...] Eu tive que precisar procurar um tratamento pra saber que meu pai e minha estavam certos quando eles diziam pra mim não fazer isso [...] Mas só por hoje eu pretendo retribuir um pouquinho do carinho que eles tiveram comigo, né. Eles nunca me abandonaram apesar de tudo o que eu fiz, né. E só por hoje eu pretendo escutar eles quando eu sair lá fora, porque se eu tivesse escutados eles, desde o início, quando eu achava legal usar drogas, eu, com certeza minha vida tinha tomado outros rumo [...]. (Oficina 1)*

Desenvolver valores morais e evitar hábitos antigos:

*[...] Eu entendo assim, ó. A recuperação é uma busca contínua de valores que eu perdi devido a minha adicção. [...] Quer dizer, a recuperação não é só a abstinência das drogas, né, mas sim uma mudança radical de atitudes e de hábitos. [...] É muito importante você ser honesto, né. Ter boa vontade, ter mente aberta. Eu acho que é por aí a prevenção. (Oficina 2)*

*Eu vejo que recaída vem daquilo de você recair em velhos hábitos e atitudes porque tenho experiência própria. Eu to vindo de uma recaída e vejo que há esperança, que tem como ficar limpo e que o programa funciona [...]. (Oficina 3)*

A participação em grupos de mútua ajuda e a religiosidade também foram destacadas como estratégias positivas para a prevenção de recaída no uso de drogas:

*Pra mim [...] prevenção é o que eu to aprendendo aqui dentro, né. E o que que a gente aprende aqui dentro? Buscar um grupo de auto-ajuda, fazer uma partilha com o padrinho no grupo, no meu caso o grupo é Narcóticos Anônimos. Acreditar, buscar e ter fé num Poder Superior. Eu acho que recaí depois de minha última internação porque falhei em tudo isso. (Oficina 6)*

*Eu queria dizer também que é muito importante [...] para prevenir uma possível recaída seria o Poder Superior, né. Eu aprendi com os Doze Passos, né. Então a presença desse Poder Superior é fundamental na minha vida, né. [...]. É muito importante sempre tá meditando, é muito importante sempre ta orando, pedindo ajuda, né. (Oficina 2)*

Nesse particular, as devolutivas sobre a realização das oficinas ressaltaram a importância do espaço de trocas e compartilhamento, ou de partilha, como afirmam alguns participantes, tanto para o tratamento como para prevenção:

*[...] isso tá sendo uma forma de aprendizado pra mim [...] No final da oficina você vê [...] que não foi só você que fez tal coisa. Geralmente existe bastante identificação de uma pessoa pra outra, né [...] tive um pouco mais de conhecimento [...]. (Oficina 6)*

*Achei bastante interessante a liberdade de falar e se expor. O que eu expus aqui com certeza já ajudou a me libertar e consolidar um pouco mais o meu processo de recuperação. E esse cafezinho que foi servido aqui também foi muito bom (risos geral). (Oficina 6)*

*[...] achei legal [...] ver a opinião das pessoas sobre recaída. É meu primeiro tratamento, nunca passei, e nem quero passar, por uma recaída. Então posso levar como exemplo a recaída de um companheiro [...]. (Oficina 2)*

*Eu também achei interessante aí, e proveitoso, porque muitas coisas que eu tava escondido dentro de mim veio aflorar agora nessa pequena reunião aí. As palavras aí que os companheiros falaram me levaram pro crescimento, né. Gostei muito. (Oficina 2)*

A fala abaixo nos fez lembrar da afirmação de Bakhtin (1994 apud SPINK, 2004), de que não existem monólogos, pois de alguma forma, todos os enunciados são endereçados a alguém e mesmo o silêncio pode significar um diálogo:

*Querida falar assim que eu não falei nada nessa reunião, mas pelo que eu vi aqui foi muito proveitoso e vai ajudar muito no crescimento dentro da casa também. (Oficina 2)*

No relato abaixo, a importância que teve o exercício da associação de palavras. Ou seja, não só os diálogos e discussão foram importantes, mas a oficina como um todo:

*Eu achei muito interessante essa oficina, né. A associação de palavras, né. Eu fiquei pensando, assim, logo depois, assim, como vem à tona as palavras que você associa. Quando você tá na metade de uma palavra já tem outra na seqüência na sua mente. Achei legal isso aí, nunca tinha feito uma coisa parecida. (Oficina 2)*

Nas falas transcritas abaixo, percebe-se o quanto foi importante a questão do falar nas oficinas sobre o uso de drogas, falar sobre si, lembrar de coisas sobre o tempo vivido e sentir-se aliviado:

*Foi legal essa reunião porque eu tive bastante abertura pra falar, né, embora em todas as reuniões a gente pode falar um monte de coisas, mas aqui se pode falar mais, pelo menos eu pude, assim, do uso de drogas. (Oficina 3)*

*Me senti bem porque aqui pude desabafar e falar muito do que aconteceu comigo, assim. Hoje foi um dia muito especial, gostei muito. Lembra bastante daquela frase de Narcóticos Anônimos 'por quê estamos aqui?'. (Oficina 3)*

*Nossa, pra mim foi maravilhoso. Parece que lavou a alma, assim. Gosto de conversar limpo e essa foi uma oportunidade de conversar. (Oficina 4)*

*Me senti muito bem. Quando você pega uma sala boa você pode falar muito coisa. E aqui foi uma sala boa. (Oficina 4)*

*Achei muito legal tudo aqui o que a gente falou. Apesar de a gente sempre tá falando a respeito de drogas no dia a dia da Comunidade. Tirei muito proveito. Me sinto bem aliviado agora. (Oficina 5)*

*Pra mim também ajudou muito a troca de experiências e falar de mim principalmente. Estou me sentindo mais leve. (Oficina 5)*

*Pra mim foi uma experiência nova, né, nunca participei antes de algo assim. Ajudou a expor um pouco de minha vida. Acabei por lembrar de coisas que não gosto de lembrar, e falei sobre elas e estou me sentindo um pouco mais aliviado. Eu agradeço a oportunidade e espero ter contribuído pro teu mestrado. (Oficina 8)*

No geral, observamos que as oficinas constituíram um espaço para o diálogo e para a produção de novos sentidos no que se refere ao processo de recuperação. Os relatos reafirmam a necessidade de mudança de hábitos. Se considerarmos que os participantes desta



pesquisa são internos de uma Comunidade Terapêutica, compreende-se a ênfase no desenvolvimento de novos hábitos, pois os velhos hábitos remetem aos comportamentos e sentidos da época em utilizavam drogas. Pelo fato de estarem passando por um processo de recuperação, nas discussões realizadas nas oficinas, eles puderam refletir sobre comportamentos que trouxeram dor, sofrimento e influências não-saudáveis à sua saúde.

Para Stroebe e Stroebe (1995), a humanidade desfruta de uma condição de saúde melhor em função do comportamento que as pessoas têm em relação à sua saúde. Ou seja, a forma como a pessoa vive é que vai determinar uma vida saudável ou não. No estudo de Belloc e Breslow (1972 apud STROEBE; STROEBE, 1995), há uma indicação de comportamentos que possibilitam melhores condições de saúde. Além dos cuidados com alimentação, peso e atividade física esses autores falam da importância de não se fazer uso de cigarros e não ingerir bebidas alcoólicas (ou fazer uso moderado). Entretanto, conforme dizem Stroebe e Stroebe (1995), é importante também, além disso, não só ter uma vida prolongada, mas uma vida qualitativamente melhor.

Portanto, ao falarmos de drogadicção podemos dizer que não basta apenas não usar – ou parar de usar – substâncias psicoativas, mas buscar uma vida com qualidade. De acordo com Bucher (1992 apud GASPARINI, 2003), é importante que ações preventivas estejam, também, orientadas por uma busca e compreensão de valores humanos que tragam saúde na consideração dos aspectos psicológicos e sociais da pessoa.

#### 7.4.2 Estratégias que dificultam a prevenção

Em várias oficinas os participantes criticaram a forma como algumas instituições e profissionais da saúde lidam com o tratamento de drogadicção ou a prevenção do seu uso. Por exemplo: a crítica às palestras de cunho moralista. Essa questão é discutida por Gasparini (2003), que diz que algumas campanhas de prevenção carregam um discurso moralista ou uma discussão religiosa, relacionando o ato de usar drogas com pecado. Por isso, segundo Canoletti e Soares (2005), a necessidade de um enfoque educacional que possibilite refletir e que crie condições para emergir o senso crítico ao invés de um discurso moralista.

Para ilustrar essa questão, citamos, a seguir, duas falas que falam de trabalhos de prevenção que são criticados por seu cunho moralista:

*[...] Eu lembro, assim, uma vez que eu tava na escola. [...] veio um policial falar pros alunos sobre drogas. [...] tinha até um enfoque moralista. Mas pra mim aquela palestra não surtiu nenhum efeito, nem pra mim nem pros meus amigos que usavam junto comigo [...] Lembro que ele falou que droga podia levar ao suicídio, prisão, pode levar o cara injetar, né. Nós olhávamos um pro outro e dizíamos: ‘a gente jamais vai chegar nesse ponto aí, nós sabemos controlar. (Oficina 3)*

*Quando eu tava no segundo ano do ensino médio, foi um pessoal do A.A. na minha escola fazer uma palestra. Não foi palestra, só conversaram com a gente. Lembro que um senhor falou assim pra nós: ‘só de olhar aqui a gente já sabe quem é e quem não é usuário (risos). Eu acho que essa forma não surte efeito nenhum. (Oficina 3)*

Enfatizou-se, também, que uma pessoa que tenha passado por algum tratamento de drogadição teria maior chance de atuar em programas de prevenção do que alguém que nunca tenha sofrido o problema, como é o caso da fala a seguir:

*[...] acho que a prevenção é assim, tem que mostrar lá o fundo de poço do adicto [...] e não colocar uma pessoa que nunca usou droga, que nunca procurou um tratamento lá falando prum monte de alunos, por exemplo. O cara não usou como que ele vai falar que é ruim, né, meu? [...]. (Oficina 1)*

Uma outra crítica que surgiu em várias oficinas foi o papel que a mídia desempenha com as propagandas de bebidas alcoólicas, em que várias vozes dos participantes das oficinas reafirmaram que o álcool funciona como porta de entrada para outras drogas. Nessa perspectiva, as propagandas de bebida alcoólica dificultam os programas de prevenção. Essa mesma crítica é feita por Mattos (2004) que problematiza a ambigüidade dos meios de comunicação em relação ao álcool, pois, ao mesmo tempo em que alertam sobre os perigos do álcool, recomendam que as pessoas bebam moderadamente.

A seguir algumas falas dos participantes que criticaram o papel da mídia:

*A mídia não mostra qual é a real do álcool. Puxa, uma propaganda de cerveja [...] o cara malhado, cheio de gatas ao redor, jogando futebol de areia vai lá e toma uma cerveja gelada. A propaganda não mostra o que acontece depois de uma festa. Que 50% dos acidentes são causados pelo uso do álcool [...]. (Oficina 3)*

*Eu sempre escutei as pessoas dizendo que a porta de entrada para outras drogas é a maconha. Pra mim não. A porta de entrada para as outras drogas é o álcool. (Oficina 4)*

*As minhas recaídas sempre vieram através do álcool, com exceção da última que eu fui direto na pedra [...] Pensei em tomar uma cervejinha socialmente, entendeu? Ai eu pensava assim. 'não quero ir mais na favela me arriscar buscando drogas ilícitas. Vou tomar cerveja que não dá problema'. Pó, se você consegue ficar bebendo você pode andar tranqüilamente por qualquer lugar da cidade. Mas é foda. Não tem jeito, né. Não fica só na cerveja. Eu nunca fiquei só na cerveja. Logo em seguida já procurava as outras drogas. (Oficina 4)*

Para dois participantes das oficinas, determinadas literaturas que abordam histórias de drogadicção, em alguns casos funcionam como incentivo ao uso da droga e não como forma de prevenção:

*Eu li uma vez um livro chamado A Ilusão das Drogas.[...] e tinha um capítulo que falava sobre o LSD. Num dos trechos falava da experiência real do LSD de alguém onde o cara usava o ácido, na parede se abria uma fenda e dessa fenda saía um índio. Ai que rolou? Eu queria ver esse índio, cara [risos geral]. Então, na verdade, esse livro me despertou a curiosidade de usar LSD [...] Não lembro, assim, de alguma coisa de prevenção que tenha funcionado pra mim. (Oficina 3)*

*Quer ver uma coisa? Quando eu tinha dezessete anos eu tava de cama por um tempo e me emprestaram aquele livro, o Cristiane F. Nessa época eu usava maconha, inalantes, alguma anfetamina e álcool, bastante álcool. E sabe o que que aconteceu no final do livro? Eu queria usar heroína. Tava apaixonado pela Cristiane [...]. (Oficina 4).*

Ao se pensar que determinadas literaturas, como a de Cristiane F. que foi mencionada na fala acima, possam vir a ser mais incentivadoras que inibidoras do uso de drogas entre os jovens, há que se pensar que tipos de conteúdos escritos e mesmo midiáticos precisam ser elaborados em campanhas de prevenção, ou mesmo que circula pelo público em geral, pois determinados conteúdos podem ter uma ação inversa ao objetivo proposto pela campanha.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O uso e abuso de substâncias psicoativas são milenares e não escapam aos processos de construção social de sentidos possíveis. Desde tempos remotos, até os dias de hoje, essa prática faz parte das várias culturas e povos, apresentando diferentes sentidos e finalidades: medicinal, místico, recreativo ou para alteração de estados de consciência. Em síntese, as drogas hoje consideradas lícitas e ilícitas fazem parte do tempo longo de nossa história.

Os tipos de substâncias psicoativas usadas variaram no tempo da história da humanidade, acumulando sentidos culturais, sociais, políticos, econômicos e religiosos. Assim, o ser humano teve experiências com substâncias, tais como: tabaco, álcool, maconha, coca, ópio e outras, sendo que cada uma delas, em períodos e espaços diferentes, foram proibidas ou liberadas, de acordo com as circunstâncias históricas.

Algumas substâncias foram amplamente aceitas e valorizadas, como é o caso do cigarro, que chegou a ter glamour e ser definidor de status social, além de supostos poderes medicinais ou mesmo recreativos. Por outro lado, alguns setores e pessoas já advertiam sobre os malefícios que algumas substâncias psicoativas poderiam trazer ao organismo e às relações das pessoas. Conforme discutimos na fundamentação teórica, essa preocupação já fazia parte dos debates entre alguns filósofos gregos.

Essas vozes de alerta aos poucos foram ganhando força na sociedade, pois começou a se notar que algumas substâncias (por exemplo: o álcool), ao mesmo tempo em que proporcionavam descontração e alegria, por um outro, ocasionavam prejuízos no trabalho e campos relacionais.

Motivos diversos, entre eles econômicos, políticos, morais, religiosos, movimentos populares e conhecimento científico, acabaram por colocar várias drogas na ilegalidade, inclusive bebidas alcoólicas, como aconteceu com a lei seca nos Estados Unidos no início do século XX. Atualmente, as substâncias psicoativas subdividem-se, nos seus aspectos legais, em permitidas (lícitas) e não-permitidas (ilícitas), sendo essas últimas passíveis de sanções legais em caso de comercialização e consumo.

O consumo das substâncias psicoativas, quer sejam permitidas por lei, quer estejam aliadas à contravenção, trouxe muitos problemas às pessoas. Os prejuízos são diversos e afetam a esfera familiar, afetiva, trabalho, considerado um grande problema de saúde pública nos dias atuais, em nossa sociedade.

Um dos problemas de saúde trazido pelas drogas, e um dos motivos desta dissertação,

é o fato de que algumas pessoas tornam-se adictas, isto é, dependentes de drogas. Embora haja controvérsia entre autores sobre a natureza e extensão da adicção – isto é se é doença, se não é doença, e se for o caso, quais suas causas – o fato é que ela traz prejuízos à sociedade e pode ser considerada como um problema de saúde pública pelos diversos transtornos que causa, seja do ponto de vista individual, seja para a coletividade.

Sendo um problema de saúde pública compreende-se que ela precisa ser entendida em seus aspectos psicológicos e sociais, e não apenas biológicos. Por isso, entendemos que tanto a Psicologia Social como a da Saúde tenham contribuições para a compreensão dessa problemática, principalmente se pensarmos na possibilidade de prevenção, tanto do uso como de uma possível recaída após tratamentos contra dependência química. A literatura nos mostra que algumas doenças diminuíram sua incidência devido às ações preventivas. Para tanto, precisamos levar em consideração os conhecimentos produzidos em diferentes áreas (Antropologia, Sociologia e Psicologia, dentre outras), conforme discute Yépez (2001).

Visando, portanto, contribuir para o campo da prevenção e da promoção da saúde, esta dissertação teve como objetivo geral compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas em tratamento, para recuperação da dependência de substâncias psicoativas, que estão internas no CARTA. Para alcançar esse objetivo, realizamos oito oficinas, com a temática de substâncias psicoativas, com 37 pessoas que aceitaram, voluntariamente, o convite para participar da pesquisa. Nessas oficinas, discutimos os contextos e situações em que ocorreram os primeiros contatos com algum tipo de droga. Analisamos as práticas discursivas e os repertórios utilizados tanto para falar desses contatos como de situações de risco que foram vivenciadas por eles em função do uso de alguma droga. Para finalizar, discutimos sobre estratégias que facilitam ou dificultam a prevenção de uso, de recaída, ou mesmo para quem está em tratamento.

O material discursivo obtido com a realização das oito oficinas foi sistematizado e analisado, conforme indicamos em nossos procedimentos de análise que inclui a própria metodologia desenvolvida por Spink (2003c), para a Oficina de Risco, que foi adaptada para a temática de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas). Lembramos que o delineamento teórico e metodológico desta pesquisa orientou-se por pressupostos do construcionismo social na prática da pesquisa, em que a produção de conhecimento é sempre situada e resulta de constructos históricos e sociais, não se prestando à generalizações, à universalidades e nem à busca de verdades absolutas.

Para a apresentação dos resultados e sua discussão, observamos o seguinte roteiro: 1) os repertórios que foram associados à palavra droga; 2) os relatos sobre as situações de contato com as drogas, incluindo os primeiros contatos em que presenciou alguém usando droga, a primeira experiência de uso, e as situações que foram significadas como de risco devido ao uso de drogas; 3) a discussão em torno da pergunta, *É possível prevenir a recaída de uso de drogas?*, que se articula aos comentários sobre a participação na oficina.

No que se refere aos repertórios, destacamos os que associam drogas com o campo das relações. Por exemplo: amigo, balada, familiares, e os que posicionam droga como valor positivo (adrenalina, espárecer, alegria, boa, coragem, gostosa, poder, prazer e outras) e valor negativo (depressão, fundo de poço, angústia, ansiedade, arrependimento, desgraça, fracasso, inferno, mortal, sofrimento, violência e outros similares).

Já a análise dos relatos sobre situações dos primeiros contatos e uso de alguma droga mostrou que isso ocorre em contextos de socialização primária e secundária, envolvendo, principalmente, quatro contextos da vida cotidiana: a) situações do cotidiano familiar; b) situações do cotidiano escolar; c) eventos sociais (esportes, festas, vida noturna); d) outras situações do cotidiano (trabalho, rua, etc.). Um aspecto importante a ser ressaltado é que em ambientes familiares a experimentação de drogas lícitas (em geral álcool e tabaco) ocorre em idades muito novas. Já o ambiente escolar propicia os contatos com drogas ilícitas (mais comum a maconha). Assim, pelos relatos fica caracterizado que drogas lícitas e ilícitas têm ambientes característicos próprios para o contato e o consumo de substâncias psicoativas.

As festas, os encontros em bares, o contexto esportivo e a vida noturna, por sua vez, são os espaços que, segundo os relatos, oferecem um leque maior de possibilidades de ver pessoas utilizando drogas e de também experimentá-la. Diferentemente do contexto familiar e escolar, não observamos a menção a drogas mais características. Ao contrário, nesses espaços os relatos dos participantes mostram a diversidade de drogas que são utilizadas: bebida alcoólica, maconha, cocaína, lança-perfume, etc.

No que se refere às situações que foram significadas como de risco devido ao uso de drogas, a sistematização das oito oficinas, nos permitiu organizar quatro grupos de situações consideradas de risco, nos relatos dos participantes das oficinas: a) risco de acidente; b) risco de morte; c) risco de ser preso; d) risco de perda de afeto.

Nos relatos que os participantes fizeram das situações, em que se sentiram em risco

devido ao uso e abuso de drogas, as sensações e sentimentos possuem conotação ambígua como apontamos nas análises anteriores. Entretanto, observamos o predomínio de repertórios que expressam sentimentos e situações que são mais caracterizadas pelo trágico, pela dor e pelo sofrimento físico, relacional e psíquico, mesmo considerando a ambigüidade trazida pelo desafio e adrenalina, que emergem em situações limite, que evocam os sentidos de risco-aventura. Os repertórios que mais se destacam são os que trazem a conotação do trágico: sensação de morte, estar em risco 24 horas por dia, derrota, mania de perseguição, alucinações, estar assustado, sentimento de culpa, remorso, arrependimento, paranóia, com predominância do sentimento de medo.

Na discussão sobre possibilidades de prevenção realizadas após os relatos de situações de contato, de uso de drogas e de situações consideradas de risco, os participantes das oito oficinas conversaram sobre as dificuldades e os medos associados à recaída de uso de drogas. Além disso, discutiram e sugeriram estratégias que podem facilitar a prevenção de recaídas, apontando elementos que facilitam e dificultam ações preventivas.

Dentre as estratégias discutidas pelos participantes, como sendo facilitadoras do tratamento e da prevenção de uma possível recaída, ou mesmo pensando em campanhas voltadas à coletividade para prevenir o uso de drogas, destacamos a importância dada à necessidade de formular políticas públicas, aos trabalhos realizados em grupo, à religiosidade, aos valores morais, ao apoio da família.

Por outro lado, em várias oficinas, os participantes criticaram a forma como algumas instituições lidam com o tratamento de drogadicção ou a prevenção do seu uso, principalmente com relação às palestras de cunho moralistas. Enfatizou-se, também, o pouco sucesso de campanhas que sejam dirigidas por pessoas que nunca usaram drogas e a pouca atenção dada ao álcool, visto que este funciona como porta de entrada para outras drogas e como fator de recaída para aqueles que estavam internados pela segunda ou mais vezes. Nesse sentido, uma outra crítica que surgiu em várias oficinas, foi o papel que a mídia desempenha na circulação de propagandas de bebidas alcoólicas.

Finalizando a discussão temática sobre o uso de substâncias psicoativas, os participantes da pesquisa comentaram sobre a sua participação nas oficinas temáticas, cujos relatos ficaram incorporados à análise das estratégias de prevenção. De modo geral, os relatos mostraram que a participação nas oficinas foi de grande valia para as pessoas que, na época da pesquisa, estavam em tratamento no CARTA, pois propiciaram um importante momento



terapêutico, em que se destaca a troca de experiências extraídas do tempo vivido de cada participante.

As discussões, com foco nas estratégias de prevenção que inclui a realização de oficinas, mostram a importância de desenvolvermos estratégias preventivas com ênfase na reflexão, no diálogo e no senso crítico, pensando, também, em campanhas de prevenção que comecem a repensar e refletir sobre a problemática do álcool, já que a política de combate às drogas privilegia o combate às drogas ilícitas, com exceção das recentes campanhas anti-tabagismo (SUZIN, 1998). Outro aspecto importante é não trabalhar com sentidos de moralismo, mas deixar sempre espaço para a produção de novos sentidos que possam enriquecer a reflexão.

Esperamos que, a partir da experiência de aplicação das oficinas num contexto terapêutico, como é o CARTA, elas possam ser utilizadas na programação da Comunidade como uma ferramenta eficaz, que auxilie no cronograma de reuniões, tornando-se um importante aliado no processo terapêutico aí desenvolvido.

Por fim, uma idéia que poderia ser colocada em prática é a constituição de uma equipe multidisciplinar de prevenção, incluindo tanto pessoas com capacitação técnica como pessoas que passaram por problemas de adicção e pelo processo de recuperação. Entendemos que essa pessoa possa contribuir na elaboração de estratégias preventivas, trazendo, dessa forma, seu tempo vivido não só como alguém que já usou drogas, mas também como alguém que está vivendo um processo novo de viver sem drogas.

Esperamos que esta dissertação possa contribuir para a compreensão da problemática de questão do uso de substâncias psicoativas, assim como para elaborar campanhas de prevenção mais eficazes que contemplem aspectos aqui levantados. Esperamos, enfim, ter contribuído para os conhecimentos e sentidos sobre os processos de prevenção de doença e de promoção da saúde.

**REFERÊNCIAS**

---

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001. (Saúde e Sociedade).

ANDRADE, A. G. et al. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 117-126, 1997.

ARAÚJO, L. B.; GOMES, W. B. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 5-33, 1998.

AZEVEDO, R. C. S. *Usuários de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamento de risco*. 2000. 285 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1995.

BAUER, M. W.; GASKELL G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som – um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-35.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1976.

BERNARDO, M. H. O que é dependência química: um pouco de história sobre dependência química. *MIND Publicação especializada em Saúde Mental e Dependência Química da Comunidade Terapêutica Bezerra de Menezes*, São Paulo, v. 3, n. 15, p. 10-11, 1997a.

\_\_\_\_\_. O que é dependência química: três escolas de pensamento tentam explicar a dependência química. *MIND Publicação especializada em Saúde Mental e Dependência Química da Comunidade Terapêutica Bezerra de Menezes*, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 10-11, 1997b.

BÍBLIA. Gênesis. Português. *Bíblia sagrada*. Tradução do Centro Bíblico Católico. 34. ed. rev. São Paulo: Ave Maria, 1995. cap. 9, vers. 20-23.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 26 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas*. Brasília, DF: SNAS/DPS/CORSAM, 1991.

- BUCHER, R. Visão histórica e antropológica das drogas. In: FIGUEIREDO, R. M. M. D. (Org.). *Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação: uma abordagem sócio-cultural e de redução de dano*. São Paulo: NEPAIDS, 2002. não paginado. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepaids/drogas-as.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2005.
- BURGOS, M. G. P. A.; BION, F. M.; CAMPOS, F. Lactação e álcool: efeitos clínicos e nutricionais. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, Caracas, v. 54, n. 1, p. 25-35, 2004.
- CALDEIRA, Z. F. *Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares*. 1999. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: GUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 93-104.
- CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface: comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.
- CARNEIRO, H. *A fabricação do vício*. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos, 2002. Disponível em: <[www.neip.info/downloads/t\\_hen1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2006.
- CARVALHO, J. T. *O tabagismo visto sob vários aspectos*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
- CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L. F. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. *PsicoUSF*, Itatiba, v. 11, n. 1, p. 85-94, 2006.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas*. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/alcool/arquivos/Livreto.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2007.
- CIORLIA, L. A. S.; GODOY, M. F. Fatores de risco cardiovascular e mortalidade: seguimento em longo prazo (até 20 anos) em programa preventivo realizado pela medicina ocupacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 20-25, 2005.
- COGGIOLA, O. O comércio de drogas hoje. *O Olho da História*, Bahia, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www2.ufba.br/~revistao/04coggio.html>>. Acesso em: 22 mar. 2006.
- COMITÊ OLÍMPICO BRASILEIRO. Departamento Médico. *Informações sobre o uso de medicamentos no esporte*. 4. ed. Rio de Janeiro, 2004.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Texto-base da CF-2001*. São Paulo: Salesianas, 2001.
- CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-24, 2003.
- CUNHA, O. G. O tóxico e o futuro da juventude. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 115-123, 1985.

- DÉA, H. R. F. D. et al. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004.
- ENUMO, S. R. F. Pesquisas sobre psicologia & saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.). *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 11-31.
- FADIMAN, J.; FRAGER, R. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Harbra, 1986.
- FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.
- FIGLIOTTI, M. *Controvérsias médicas e a questão do uso de "drogas"*. 2004. 133 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 3-6, 2004.
- GASPARINI, H. D. *Uso de drogas entre estudantes universitários*. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.
- GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-13, 2004.
- GODOI, A. M. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes da rede privada. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 150-156, 1991.
- GOLDFARB, L. C. S. Tabagismo: estudos em adolescentes e jovens. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. *Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, DF, 1999. p. 162-172.
- GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L. F. Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. *Mneme: Revista de Humanidades*, Caicó, v. 7, n. 16, p. 4-10, 2003.
- GUANAES, C.; JAPUR, M. Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 135-143, 2003.
- GUIMARÃES, A. L. C. *Tráfico de drogas: percepções e concepções de seus agentes na cidade de Ribeirão Preto*. 2004. 313 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- IBÁÑEZ, T. La construcción del conocimiento desde una perspectiva socioconstruccionista. In: MONTERO, M. (Org.). *Conocimiento, realidad e ideología*. Caracas: Association Venezolana de Psicología Social, 1994. p. 39-48.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.
- LARANJEIRA, R. Álcool: da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, p. 1-2, 2004. Suplemento.

- LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, p. 68-77, 2004. Suplemento.
- LEEDS, E. Cocaína e poderes paralelos na periferia urbana brasileira. In: ZALUAR, A.; M. ALVITO (Orgs.). *Um século de favela*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 233-276.
- LEMOS, I. O gozo cínico do toxicômano. *Mental*, Barbacena, v. 2, n. 3, p. 51-60, 2004. Tradução de Marina Passos.
- LIMA, E. S.; AZEVEDO, R. C. (Coords.). *Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas na Unicamp*. Campinas, 2005. Disponível em: <<http://www.prdu.unicamp.br/vivamais/Projeto.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2005.
- LIMA, J. M. B. Considerações sobre a alcoologia. *MIND Publicação especializada em Saúde Mental e Dependência Química da Comunidade Terapêutica Bezerra de Menezes*, São Paulo, v. 2, n. 13, p. 17-18, 1997.
- LIMONGI, L. L. Aspectos legais e jurisprudência. In: SUDBRACK, M. F. O.; SEIDL, E. M. F.; COSTA, L. F. (Orgs.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga SIM à vida*. Brasília, DF: CEA/Unb/SENAD/SGI/PR, 2000. v. 2, p. 49-56.
- MacRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. (Orgs.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.
- MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 73-86, 2001.
- MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 32-36, 2000.
- MATTOS, H. F. Prática clínica e fundamentos conceituais. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Dependência química na adolescência: tratar a dependência de substâncias no Brasil*. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2004. p. 65-100.
- MENDES, I. A. C.; LUIS, M. A. V. Uso de substâncias psicoativas, um novo velho desafio. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, p. 299-300, 2004. Edição especial.
- MENEGON, V. S. M.; COÊLHO, A. E. L. A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível. *Barbarói*, Santa Catarina, n. 24, p. 177-189, 2006.
- MENEGON, V. S. M. *Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida*. São Paulo: EDUC, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida*. 2003. 317 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

- MENEGON, V. S. M.; SPINK, M. J. P. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: problematizando a comunicação sobre riscos. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Orgs.). *Feminismo e novas tecnologias reprodutivas*. Recife: SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, 2007. p. 163-188.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.
- MISSE, M. Prefácios. In: MATTOS, H. F. (Org.). *Dependência química na adolescência: tratar a dependência de substâncias no Brasil*. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2004. p. 18-20.
- OLIVEIRA, E. R.; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 171-179, 1996.
- OLIVEIRA, T. E. G. C. *Prevenção ao uso e abuso de drogas: um recorte na história intelectual da enfermagem*. 2002. 171 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de bioética*. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- PHILIPPI, J. M. S. *O uso de suplementos alimentares e hábitos de vida de universitários: o caso da UFSC*. 2004. 211 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- PINSKY, P.; SILVA, M. T. A. As bebidas alcoólicas e os meios de comunicação: revisão da literatura. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-121, 1995.
- RIGOTTO, S.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.
- RIVIERA-FLORES, J.; CHAVIRA-ROMERO, M. Manejo anestésico del paciente com alcoholismo. *Revista Mexicana de Anestesiologia*, v. 27, n. 2, p. 97-106, 2004.
- ROSEMBERG, J. *Tabagismo, sério problema de saúde pública*. São Paulo: Almed, 1987.
- SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, 2005.
- SCHAWMBACH, C. *Estudo dos fatores que influenciam a utilização de drogas entre jovens e adolescentes*. 2002. 138 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/Resumo.ap?3123>>. Acesso em: 15 fev. 2005.
- SCHIVOLETTO, S.; HENRIQUES, J. R.; ANDRADE, S. G. Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre “crack” e outras drogas ilícitas - um estudo piloto. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 7-17, 1997.

- SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2002.
- SEBASTIANI, R. W. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Guazzelli, 2000. p. 201-221.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.
- SEIDL, E.; COSTA, L. As drogas na atualidade. In: SEIDL, E. M. F. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga SIM à vida*. Brasília, DF: CEAD/UnB/SENAD/CGI/PR, 1999. v. 1, p. 15-22.
- SERRAT, M. S. A farmacodependência do ponto de vista social. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. *Drogas: prevenção*. Campinas: CONFEN/FEBRACT/UNDCP, 1998. p. 39-41. Manual.
- SILVA, C. J.; LARANJEIRA, R. Prefácio. In: MATTOS, H. F. (Org.). *Dependência química na adolescência: tratar a dependência de substâncias no Brasil*. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2004. p. 13-17.
- SILVA, V. A. Ambiente e desenvolvimento: efeitos do álcool etílico e da desnutrição. *Mundo & Vida*, v. 2, n. 1, p. 21-27, 2000.
- SILVA, V. A.; MATTOS, F. M. Modelos de tratamento em dependência química. In: MATTOS, H. F. (Org.). *Dependência química na adolescência: tratar a dependência de substâncias no Brasil*. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2004. p. 39-64.
- SILVEIRA FILHO, D. X. *Drogas, uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.
- SIMÃO, M. O. et al. Alcoolismo feminino: revisão de aspectos relacionados à violência. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 139-148, 1997.
- SOLDERA, M. et al. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 277-283, 2004.
- SOUZA, D. P. O.; MARTINS, D. T. O. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 391-400, 1995.
- SPINK, M. J. P. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- \_\_\_\_\_. A construção social do saber sobre a saúde e a doença. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis. Vozes, 2003a. p. 40-41.
- \_\_\_\_\_. Ao sabor dos riscos: reflexões sobre a dialogia e a co-construção de sentidos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003b. p. 295-323.



SPINK, M. J. P. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003c. p. 29-39.

\_\_\_\_\_. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 1-2, p. 156-173, 2001.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-62.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. S. M. Práticas discursivas como estratégias de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: IÑIGUEZ, L. (Org.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005, v. 1, p. 258-311.

\_\_\_\_\_. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 63-91.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 17-40.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

SUZIN, A. B. *O processo comunicativo no projeto de prevenção ao uso de drogas no trabalho*. Porto Alegre. SESI/FIERGS/UNDCPI, 1998.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2001.

TWERSKI, A. J. *Como proceder com o alcoólatra*. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.

VALE, N. B.; DELFINO, J. As nove premissas anestesiológicas da bíblia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 53, n. 1, p. 127-136, 2003.

VESPUCCI, E. F.; VESPUCCI, R. *O revólver que sempre dispara: os dependentes de drogas e os caminhos da recuperação, numa abordagem clínica*. São Paulo: Casa Amarela, 1999.

YÉPEZ, M. T. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001.



## APÊNDICE A - CARTA: detalhes do seu funcionamento

### CARTA: DETALHES DO SEU FUNCIONAMENTO

Apresentamos abaixo detalhes do funcionamento da Comunidade Terapêutica (CT) do CARTA, procurando explicar a programação aplicada na recuperação de pessoas com dependência química – organização, reuniões, aspectos disciplinares e reeducativos.

#### 1. Considerações sobre o programa do CARTA

O programa proposto é constituído por uma série de atividades, tais como: laborterapia, momentos espirituais, reuniões, atividades de lazer. Por se tratar de uma instituição, o programa envolve uma série de aspectos disciplinares.

Começamos nossa apresentação pelas atividades programáticas.

##### 6.1.3.1 – Atividades programáticas

###### 1) Laborterapia

A laborterapia tem como função auxiliar na desintoxicação física. O Contato da pessoa com o sol, terra, chuva, plantas e animais proporciona uma interação sadia com a natureza. Serviços de horticultura, jardinagem, ordenha, capina, bosque e outros, fazem com que a pessoa tenha constante e comedida atividade física e, conseqüentemente, a paulatina eliminação de toxinas do organismo<sup>1</sup>.

Além dos serviços externos de campo, os quais são realizados na sua maioria pela manhã<sup>2</sup>, a pessoa internada executará tarefas de cozinhar, lavar e passar a própria roupa, arrumar sua cama, limpeza de casa, ou seja, todos os afazeres existentes dentro da C.T. são executados pelas próprias pessoas internadas, em escala elaborada pela equipe e sempre em forma de rodízio. No caso de pessoas que apresentem dificuldades de ordem física para realizar determinados tipos de trabalho, serão escalados para tarefas mais compatíveis com sua capacidade.

Espera-se que a laborterapia ajude no tratamento não só como auxílio à desintoxicação de toxinas, mas como reflexo de comportamentos positivos na recuperação individual e coletiva. Labor positivo, tais como animais e plantas bem cuidados, alimentos bem feitos, etc, podem estar sendo a extensão de um tratamento bem feito. Com o passar do tempo a laborterapia será uma necessidade de participação e integração, pois a pessoa se sentirá um participante e construtor da C.T. e não mais apenas um número dentro dela.

A laborterapia não possui dentro da Comunidade o objetivo capitalista do lucro de comercialização do excedente para captação de recursos financeiros. Assim, a pessoa interna não será obrigada a trabalhar para produzir bens de consumo de qualquer ordem para serem vendidos. Toda a produção que houver atenderá apenas às necessidades do consumo interno.

---

<sup>1</sup> Serviços que estejam envolvidos cuidados com animais e plantas têm como objetivo desenvolver uma consciência e respeito pela natureza e assim espera-se atingir entendimento da importância da ecologia. Espera-se ainda que a laborterapia desperte na pessoa internada valores antes não conhecidos ou respeitados. É o caso de alguém que esteja cozinhando que poderá começar a valorizar todas as vezes que alguém lhe fazia uma refeição enquanto estava lá fora – mãe, esposa ou empregada.

<sup>2</sup> O motivo pelo qual as atividades de labor se dão pela maioria pela manhã é para evitar exposição prolongada ao sol da tarde para evitar problemas de saúde tais como queimaduras ou insolação.

### **6.1.3.2 – Aspectos disciplinares**

Nota-se no trabalho do CARTA que a pessoa com dependência química, possivelmente em virtude do uso de substâncias psicoativas, tem uma vida desregrada, com descontrole em vários aspectos de sua vida. Estes aspectos, dentre outros incluem, não se alimentar corretamente; ter gastos excessivos com dinheiro; trocar o dia pela noite; não conseguir conviver e respeitar normas e regras – sociais e familiares. O programa do CARTA tem como objetivo então não só trabalhar a abstinência de substâncias psicoativas, mas também outros aspectos que proporcionem uma vida qualitativamente melhor. Para tanto, é necessário inserir na programação um método reeducativo que possibilite o desenvolvimento de comportamentos adequados e socialmente sadios.

Dessa forma existem no programa horários, normas e regras a serem cumpridos pelas pessoas internas, bem como atividades programadas – constantes do regimento interno e cronograma, que detalharemos a seguir.

#### **1) Medidas disciplinares**

As medidas disciplinares são instrumentos utilizados para manutenção da ordem e bom andamento do programa. Os procedimentos norteadores dessas medidas constam do Regimento Interno da Comunidade Terapêutica.

No cronograma e regimento estão especificados os horários, atividades e normas de conduta que devem ser obrigatoriamente cumpridos. O não cumprimento dos procedimentos de organização e disciplina implica utilização de medidas reeducativas, também chamadas de Aprendizagem, mais conhecida pelos internos dentro da C.T. pela sua abreviatura: A.R.

Num local em que não há métodos de contenção física tradicionais utilizadas em outros lugares, tais como medicamentos ou grupo dos oito, por exemplo, se não houver um método de controle de normas e regras a situação pode ficar incontrolável. Por isto, passada a fase de adaptação, as pessoas internas que estiverem resistindo em cumprir o regimento interno da Comunidade e continuarem a agir de maneira inadequada e contumaz, começarão a passar pelo processo de Aprendizagem.

#### **2) Aprendizagem (AR)**

Quando no uso de substâncias psicoativas muitas vezes a pessoa com dependência química não media esforço para conseguir a droga para o seu uso. Os relatos das pessoas internadas mostram que não raras vezes, o seu lar tornou-se um local de difícil convivência, pois ele precisava usar drogas e não media esforços para consegui-las. Os artifícios utilizados são os mais diversos para controlar situações em benefício próprio. Assim, os familiares ou responsáveis são diversas vezes vítimas de uma série de comportamentos que desequilibram as relações tais como mentira, manipulações e outros.

Estes hábitos funcionaram durante o uso de drogas para tentar controlar pessoas à sua volta. Com o tempo esse comportamento parece se tornado involuntário e mesmo em abstinência parece se manifestar na pessoa com dependência química.

Assim, ao iniciar o programa de recuperação do CARTA a tendência da pessoa em recuperação é continuar com estes comportamentos mesmo sem droga. Ou seja, continua tentando manipular, às vezes mentir e não querer seguir regras do ambiente.

Esses comportamentos de negação e resistência, chamados pela literatura de Narcóticos Anônimos de comportamentos insanos, poderá aparecer de várias formas: não lavar direito as peças de roupas; não arrumar a cama; guardar roupas sujas; desleixo com roupa e cabelos; retrucar inicialmente colegas de tratamento; não querer respeitar a hierarquia da Comunidade; não lavar ferramentas; trocar pertences; deixar toalhas e sabonetes jogados no banheiro; não assumir determinados comportamentos; responder agressivamente de forma verbal; comer frutas sem permissão.

A Aprendizagem tem como objetivo funcionar como elemento frustrador para que a pessoa internada comece a compreender que comportamentos inadequados e resistentes somente lhe trarão situações desfavoráveis, não só no programa, mas na vida – imagine a conseqüência que alguém poderia ter ao ofender um superior hierárquico, chegar atrasado várias vezes para trabalhar ou comprar uma monografia pronta para conclusão de curso. Dessa forma pretende-se propiciar a reflexão sobre atitudes incorretas, tornando visível que uma mudança no comportamento – ou no estilo de vida – facilitará o relacionamento intra e interpessoal, e uma melhor adaptação na sociedade.

Na prática, a Aprendizagem é a perda de privilégios e execução de tarefas fora do horário programado. A pessoa interna que estiver em nesta situação poderá ter televisão suprimida; perder o direito de jogar futebol por um determinado dia, ou dias; perder o direito à visitas; ficar incomunicável, ou seja, não poderá por alguns dias conversar com os companheiros do grupo, apenas com os membros da equipe e acordar às 5 horas da manhã para algum tipo de tarefa de labor.

A Aprendizagem será aplicada somente às pessoas internas que já tiverem passado pelo período de adaptação, ou que tenham sido explicados o Regimento Interno<sup>3</sup> e que já tenham sido comunicados verbalmente sobre seu comportamento inapropriado na Comunidade. A aplicação da aprendizagem será efetuada pela equipe após reunião de avaliação semanal mediante avaliação dos seguintes critérios:

- Tempo de tratamento: uma pessoa interna com poucos dias de casa poderá ainda estar confuso e intoxicado. Alguém acostumado a vida desregrada terá dificuldades na fase adaptação em virtude da organização da Comunidade Terapêutica, por isso alguns comportamentos contraditórios são compreensíveis – resguardando é claro intencionalidade e dolo –, sendo mais oportuno na maioria das vezes chamá-lo para conversar e procurar esclarecer dos objetivos e normas do lugar.
- Tipo de indisciplina: tem-se que avaliar se há gravidade no fato, se há persistência em determinado comportamento considerado incompatível, se a pessoa é um reincidente contumaz, isto é, já foi comunicada várias vezes sobre o procedimento correto e continua fazendo o contrário?
- Fatores associados: um co-autor, ou seja, outro colega de tratamento, induziu ou incitou para a ação indevida? Uma ação do tipo “pode deixar de arrumar a cama que não tem problema, eu garanto para você”, ou “pode entrar no quarto alheio que eu não conto pra ninguém”.
- Fatores atenuantes: a pessoa interna reconhece que falhou ou está falhando e procura dar mostras que está tentando melhorar? Quando comete uma ação não desejável procura logo alguém da equipe para comentar e trabalhar suas dificuldades? Pede ajuda?
- Fatores agregados: há algum fato social externo que poderia estar interferindo no tratamento, como por exemplo, um familiar doente, um processo na justiça ou medo de não conseguir a voltar a trabalhar no mesmo emprego?

### **3) Indicador de comportamento**

Uma vez passada a fase de adaptação, a pessoa interna passará a ter uma responsabilidade maior sobre suas tarefas pessoais. Haverá um quadro no mural com o nome de todos e onde serão anotados com um pequeno risco para itens não cumpridos nas questões relacionadas à disciplina, organização e higiene – cama não arrumada, roupas mal guardadas, chegar atrasado nas reuniões, etc.

Cada risco equivale a uma hora de trabalho, portanto aqueles pessoas que assinaladas no

---

<sup>3</sup> O Regimento é entregue no dia da internação e lido e explicado ao recém-chegado à comunidade por um interno mais velho de caso. Também pelo menos uma vez a cada dois meses é feita uma reunião explicativa com todos os internos para estudar e tirar dúvidas sobre o Regimento Interno.

indicador de comportamento, ao invés de jogar bola às 16:00 horas irão executar algum tipo de tarefa de laborterapia, com exceção de sexta-feira, sábado e domingo, dias que o Indicador de Comportamento não é cobrado.

#### 4) Espiritualidade

Um dos objetivos do programa proporcionar momentos de prece e oração, ou momentos de espiritualidade. Por isso a Comunidade tem momentos especiais de meditação, duas vezes ao dia, e embora a orientação espiritual seja a da Igreja Católica Apostólica sempre é respeitado a crença individual de cada um.

#### 5) Lazer

São proporcionados momentos de descontração, que dentro do espírito terapêutico visam integração, união e crescimento. Os momentos de lazer são desfrutados em horários determinados de acordo com o regimento interno, geralmente após o término das reuniões de grupo na parte da tarde, alguns dias à noite e livres no final de semana. As atividades de lazer são jogo de futebol, baralho, tocar violão, caminhadas, pescaria, assistir televisão, assistir filmes em dvd, assistir televisão aos domingos e conversas informais em rodas de chimarrão.

#### 6) Exibição de filmes temáticos

Os filmes temáticos vêm como reforço de tratamento e sempre trazem algum tipo de mensagem que reforçam os conteúdos terapêuticos diários. Os temas já previamente selecionados e pertencentes à videoteca da Comunidade tratam de temas relacionados ao mundo das substâncias psicoativas, solidariedade humana, condição humana, etc.

#### 7) Liderança

Toda pessoa interna será líder por uma semana, depois do terceiro mês, de acordo com a ordem de chegada na Fazenda e uma vez que tenha se completado o rodízio, repete-se o ciclo. Assim, a pessoa interna será líder por várias vezes durante os nove meses, sendo uma espécie de ligação hierárquica entre o grupo e equipe.

O líder auxiliará em atividades de organização da Comunidade e coordenará as reuniões em que os membros da equipe não participam: Organizativa, Reunião de Responsabilidade e Reunião Vespertina. O objetivo principal vem a ser despertar senso de liderança e responsabilidade.

#### 8) Processo terapêutico dentro da Comunidade Terapêutica

A dependência química é um transtorno que provoca a desestruturação total da pessoa em seus aspectos mais amplos – físicos, mentais, espirituais, sociais, familiares e profissionais. O processo terapêutico permite criar condições para que a pessoa dependente química se conscientize da necessidade de mudança de comportamento. O processo então vai estar alicerçado em alguns pontos básicos:

- **Auto-Responsabilidade:** Somente a pessoa interna pode decidir se vai participar ativamente do tratamento. Ninguém da equipe decide por ele.
- **Comunicação Direta:** A adicção ativa torna a comunicação difícil, pois a pessoa com dependência química possui a tendência a se isolar de tudo e de todos. Por isso, é importante desenvolver a prática do diálogo com o outro.
- **Ouvir Atentamente:** A comunicação é uma via de duas mãos: é preciso falar diretamente, mas também tem que saber ouvir o outro.
- **Arriscar-se:** A mudança só poderá acontecer quando a pessoa estiver pronta a arriscar-se a

experimentar novas formas de ação e interação. Isso significa induzir a atividade como uma forma de combater a passividade.

- **“FeedBack”**: No decorrer do processo uma forma de crescimento e mudança pode ser criada por meio do compartilhar nossas impressões de alguém, ou com alguém, no grupo – “o que eu percebo de você nesse momento é...”
- **Confidencialidade ou Anonimato**: Tudo o que é dito no grupo, permanece no grupo. Esse contrato coletivo traz segurança e sentimento de proteção. Assim, a pessoa com dependência química vai se sentir à vontade para falar de suas questões pessoais e íntimas.

#### 6.1.4 – Procedimentos terapêuticos

Os Procedimentos Terapêuticos são reuniões e outros instrumentos de intervenção na Comunidade Terapêutica. São momentos cujo objetivo é trabalhar aceitação, autoconhecimento, relacionamento intra-comunidade, relacionamento extra-comunidade, equilíbrio emocional, afetividade, timidez, reflexão, motivação, ajuda mútua, responsabilidade, disciplina, higiene e postura. Todas as reuniões terapêuticas, com exceção da Reunião de Responsabilidade, Organizativa e Vespertina, são acompanhadas por pelo menos dois membros da equipe: psicólogo e/ou monitores.

Antes da pessoa interna participar ativamente das reuniões, participará como membro passivo por vinte dias, para observar o funcionamento e a dinâmica das reuniões, bem como se adaptar aos termos e às técnicas utilizadas. Após esse interlúdio, ainda antes de participar das reuniões a pessoa ainda fará um breve histórico de vida – anamnese.

A seguir explicamos os tipos de reuniões que são feitas dentro da Comunidade.

##### 1) Reunião de Sentimentos

Esta reunião auxilia a pessoa com adicção a perceber-se como uma pessoa sensível e aos outros como pessoas sensíveis. Falar daquilo que nos incomoda ou que nos agrada ajuda a entender nossa relação com o meio onde estamos inseridos. Habituar a falar daquilo que nos pertence abre a porta para aprendermos a sermos sinceros e afetivos. Sentimentos acumulados podem ser amenizados ou transformados quando tocados e abertos. Todos são oportunizados a compartilhar, a ouvir e serem ouvidos.

O processo é de escuta. Cada um tem um tempo para se expressar. Após esse tempo outros companheiros e membros da equipe, dão um retorno sobre o que foi falado fazendo pontuações, sugestões, aconselhamento e sinalizações. Dessa forma, objetiva-se confortar, mostrar caminhos, oferecer ajuda, fazer ver – segundo a visão de quem fala – possíveis erros e acertos que estão ajudando ou atrapalhando o processo terapêutico.

##### 2) Reunião de Confronto

A confrontação é uma aliada importante no tratamento. Pressupondo que a pessoa com dependência chegou à Comunidade direcionada para a morte, o objetivo passa a ser redirecioná-la para a vida. Os sentimentos negativos são mecanismos destrutivos que arrefecem a vontade de viver, confrontar esses sentimentos impele a amenização ou mudança desses desejos destrutivos. No início do tratamento, devido às condições adversas da adicção há uma proeminência dos sentimentos negativos.

Todos durante a semana deverão anotar no caderno os comportamentos que chamaram a atenção percebidos nos companheiros durante o convívio semanal. Na Reunião de Confronto, seguindo a ordem da pessoa mais velha para a mais nova, uma pessoa de cada vez senta-se em meio ao grupo, que está organizado em círculo, e ouve o que todos, um de cada vez, tem para lhe dizer das anotações: “Fulano, na qualidade de amigo e companheiro seu, eu venho lhe sinalizar que esta semana eu lhe vi cooperante, sorridente, solidário...”. Antes, porém, é a própria pessoa que inicia seu próprio confronto, pois ele também tem que escrever sua impressão pessoal sobre si mesmo: “eu, Fulano, na

qualidade de companheiro e amigo de mim mesmo venho dizer ao grupo que esta semana eu me vi inseguro, ansioso e procrastinador. No mais peço ajuda ao grupo”.

Todos os problemas e sentimentos são transcritos num controle chamado Espelho, que por sua vez é arquivado na pasta pessoal da pessoa no arquivo do escritório interno. O Espelho poderá ser consultado a qualquer hora por essa pessoa de forma que possa perceber suas progressões e dificuldades no decorrer do tratamento. Poderá avaliar se está conseguindo mudar algumas atitudes; qual a percepção os outros tem de si.

Quando pessoa conclui seu tratamento pode levar junto consigo o Espelho, caso não queira levar, esse documento será destruído.

### **3) Reunião Dinâmica**

Conviver em grupo não é das tarefas mais simples. Os desacordos diários vindo da convivência coletiva de pessoas que passam por problemas afetivos pode conduzir ao surgimento de sentimentos diversos tais como decepção, mágoa, rancor, raiva, preocupação, medo; assim como a progressão no tratamento traz à tona sentimentos positivos tais como alegria, felicidade, gratidão, esperança, coragem.

A Dinâmica é o momento semanal da pessoa interna para expressar em toda a sua amplitude esses sentimentos – de pessoa para pessoa ou de pessoa para grupo: “Toda vez que lhe sinalizo para respeitar a fila do banho você me retruca. Companheiro aqui é uma comunidade onde existem regras e toda vez que você faz isso me dá muita raiaaaaaaaiva, raiaaaaaaaiva, raiva da sua atitude!”; “Trago você aqui nessa dinâmica para expressar meu sentimento de gratidão. Sempre que procuro você para partilhar você me ouve. Sou muito grato por isso, companheiro”

A participação nessa reunião é só por inscrição antes do início da reunião, isto é, uma vez iniciada ninguém mais poderá solicitar para participar. Não é permitido ofender moralmente, fazer ameaças ou usar palavras de baixo calão – em nenhuma circunstância é permitido a realização dessa reunião sem a presença de pelo menos um membro da equipe terapêutica.

### **4) Reunião Organizativa**

Esta reunião consiste no espaço diário destinado aos internos, antes do jantar, para levantar sugestões para laborterapia sem a presença da equipe, mas depois avaliadas por esta.

### **5) Reunião de responsabilidades**

Existem tarefas pequenas, constantes e repetitivas que serão de responsabilidade das pessoas internas: cuidar dos cães; cuidar dos pássaros; luzes e janelas; ferramentaria; sapataria; tanques e varais; capela; e outras. À pessoa interna facultada qual dessas responsabilidades ela gostaria de executar a cada 15 dias. Esta reunião, então, realizada sem os membros da equipe oportuniza as pessoas internas desenvolverem o senso de organização, disciplina e responsabilidade. Uma vez terminada a reunião, a equipe analisa as responsabilidades escolhidas. Esse procedimento visa impedir que, eventualmente, uma pessoa interna com pouco tempo de casa, se encarregue de uma atividade a qual ainda não esteja preparada ou que esteja aquém de seus recursos, por exemplo, tem dificuldades de leitura e é encarregado de ler algum texto na capela.

### **6) Reunião Avaliativa**

A reunião avaliativa proporciona um momento em que as pessoas podem debater com a equipe terapêutica, democraticamente, todas as suas dificuldades no seu convívio e adaptação na Comunidade Terapêutica, em todos os seus aspectos: organizacionais, afetivos, relacionais. É o momento em que eles podem fazer sugestões, pedir orientações e questionamentos de ordem prática.



### **7) Reunião de Doze Passos (ou Literatura)**

Como auxílio terapêutico e terapia de apoio são realizados grupos de estudo com embasamento nos Doze Passos de Narcóticos Anônimos. Uma vez por semana é lido e estudado um Passo onde são gerados questionamentos diversos. Os Doze Passos dão subsídios para aprofundamento em vários temas que têm relação direta ou indireta com a recuperação: a existência e compreensão de um Poder Superior; admissão das várias impotências e descontroles geradas pelo uso compulsivo de substâncias psicoativas; o desequilíbrio e descontrole emocional, individual e social, que levam a pessoa com dependência química a ter comportamentos prejudiciais a si e aos outros; revisão e reflexão sobre sua vida passada; reconhecimento e reflexão sobre sentimentos; reconhecimento e valorização da importância das relações sociais; trabalhar isolamento; autoconhecimento; reconhecer e desenvolver práticas de meditação; entender a necessidade de prosseguir com as práticas aprendidas no programa em todas as atividades diárias.

### **8) Análise de Tratamento (ou Entrega de Tarefas)**

Semanalmente, dependendo do tempo de casa, a pessoa interna vai responder tarefas referente aos Doze Passos. As tarefas consistirão de um resumo e um questionário relativos ao passo em questão. Primeiramente a pessoa interna deverá ler o Passo e fazer o resumo conforme seu entendimento – poderá pedir ajuda aos demais companheiros e equipe se sentir dificuldades para tal. Em seguida receberá um questionário onde as perguntas abordarão os tópicos discutidos na reunião de literatura. Tanto o resumo e depois o questionário, deverão ser apresentados ao grupo, juntamente com a equipe, para avaliação e *feedback*, com exceção do Quinto Passo que é um procedimento a parte.

O Passo a ser respondido e resumido será de acordo com o tempo específico de internação – a pessoa iniciante vai estar desenvolvendo o Primeiro Passo, quando ele terminar passará para o Segundo Passo e assim por diante, de forma que quando estiver no seu nono mês estará terminando o Décimo Segundo Passo.

Ao término do tratamento, todos os resumos e questionários, que ficaram durante todo o tempo arquivados na coordenação, serão entregues à pessoa.

### **9) O Quinto Passo**

Quando a pessoa chegar no quarto mês, aproximadamente, fará seu Quarto Passo, que consiste em pegar um caderno e uma caneta e escrever de forma sucinta tudo o que lembre sobre sua vida passada, desde o mais remoto tempo, em todos os seus aspectos, sejam eles positivos ou negativos. Quando o Quarto Passo estiver concluído, a pessoa passará para o Quinto Passo.

O Quinto Passo, em termos simplificados, nada mais é do que a leitura do Quarto Passo. Deste momento participarão os membros da equipe e as pessoas internas que já passaram por esse passo. Em casos de constrangimento, a pessoa poderá preterir alguém do grupo, que não queira que ouça sua história de vida.

Embora a pessoa tenha liberdade para fazer o que quiser com seu Quarto Passo, aconselha-se que ao término da leitura ele queime o mesmo – este procedimento visa a preservar o anonimato. Por exemplo: imagine a reação de uma esposa ao ler um Quarto Passo por acaso e descobrir que seu marido a traía quando usava drogas.

### **10) Seminários**

Informações extras e diversas que estejam relacionadas às drogas ou à dependência química são discutidas em grupo. A forma utilizada é a divisão em grupo de quatro ou cinco pessoas para discutir um tema por uma hora. Logo após breve intervalo, todos os grupos apresentam suas conclusões que são debatidas no grande grupo por mais uma hora. Como material de pesquisa, são utilizados capítulos de livros afins e artigos de revistas específicos sobre o tema.

### **11) Palestras**

Outros tipos de assuntos e conteúdos são trazidos às pessoas internas para enriquecer seus conhecimentos. Dessa forma, são trazidos à Comunidade Terapêutica outros profissionais – médicos, técnicos de diversas áreas, outros profissionais de saúde – para proferir palestras sobre temas diversos.

### **12) Teatro**

As pessoas internas têm a liberdade e espaço para desenvolver e ensaiar peças de teatro. O objetivo é trabalhar criatividade, expressão e timidez. As peças ensaiadas no mês são apresentadas aos familiares em dias de visita.

### **13) Laboratório**

Com o intuito de trabalhar não só o raciocínio e a timidez, mas também levar e trabalhar informações, semanalmente a pessoa escolhe um tema pertinente ao programa, que ele estudará e fará uma explanação ao grupo, como se fosse uma mini-palestra. Geralmente, os seminários funcionam como fonte de subsídios para este momento.

### **14) Aconselhamento e Partilha**

Embora o foco da programação e terapêutica esteja centrada nas terapias em grupo é necessário o feedback individual, pois por mais que a pessoa com adicção tenha o desejo da recuperação e procure trabalhar seus aspectos internos, nem tudo ele conseguirá verbalizar em grupo. Assim ela poderá, quando sentir necessário ou a equipe perceber, solicitar atendimento individualizado para expressar suas limitações e dificuldades.

### **15) Reunião da equipe terapêutica**

Uma vez por semana reúnem-se os membros da equipe terapêutica da Fazenda do Senhor Jesus – psicólogo, coordenador interno, auxiliar de coordenação e monitores – para avaliação dos trabalhos semanais.

São avaliados todo o cronograma semanal em seus aspectos mais significativos – reuniões; comportamentos; disciplina; programa; desistências de internos; cronograma de atividades de laborterapia; escalas de serviços dos internos; situações de Aprendizagem; e qualquer outra questão que seja relevante a ser discutida ou analisada.

### **16) Reunião vespertina**

Quando o grupo como um todo estiver deixando a desejar e ficar evidenciado indisciplina e desordem coletiva, por exemplo, várias toalhas deixadas jogadas em qualquer canto por vários dias; tanques de lavar roupa não higienizados após seu uso; discussão constante em atividades esportivas, etc, será convocada uma reunião de uma hora logo após o almoço para discutir os problemas e tentar chegar a um consenso e solução dos problemas de indisciplina. Assim, o grupo é oportunizado de resolver os próprios problemas.

## APÊNDICE B- Caracterização dos participantes das oficinas

QUADRO 5 - Caracterização dos participantes das oficinas

Oficina	Participante	Idade (anos)	Escolaridade	Profissão	Estado civil
1	P1	19	2º Grau	Estudante	Solteiro
1	P2	35	2º Grau	Técnico informática	Divorciado
1	P3	23	2º Grau incompleto	Auxiliar produção	Amasiado
1	P4	22	2º Grau incompleto	Auxiliar administrativo	Separado
1	P5	25	3º Grau incompleto	Estudante	Casado
1	P6	41	2º Grau	Marceneiro	Separado
2	P1	36	6ª. Série	Frentista	Amasiado
2	P2	18	2º Grau incompleto	Estudante	Solteiro
2	P3	26	2º Grau incompleto	Ensacador	Solteiro
2	P4	38	2º Grau	Policial	Casado
2	P5	22	2º Grau	Vendedor	Solteiro
2	P6	27	3º Grau incompleto	Estudante	Solteiro
3	P1	28	2º. Grau	Auxiliar cartório	Solteiro
3	P2	24	2º Grau incompleto	Operador máquina	Solteiro
3	P3	20	3º Grau incompleto	Auxiliar mecânico avião	Solteiro
3	P4	21	2º Grau incompleto	Auxiliar pintura	Solteiro
4	P1	19	2º Grau incompleto	Auxiliar geral	Solteiro
4	P2	28	3º Grau incompleto	Técnico eletricista	Divorciado
4	P3	21	2º Grau incompleto	Controle qualidade	Solteiro
4	P4	33	1º Grau incompleto	Comerciante	Divorciado
5	P1	22	8ª Série	Aux serv gerais	Solteiro
5	P2	34	2º grau	Pedreiro	Casado
5	P3	33	1º Grau	Pedreiro	Solteiro
5	P4	20	1º Grau	Vendedor	Solteiro
6	P1	18	1º Grau	Repositor estoque	Solteiro

Oficina	Participante	Idade (anos)	Escolaridade	Profissão	Estado civil
6	P2	28	1º Grau	Auxiliar mecânico	Casado
6	P3	29	2º Grau	Promotor de eventos	Casado
6	P4	22	2º Grau incompleto	Auxiliar administrativo	Solteiro
7	P1	42	1º Grau	Promotor de eventos	Casado
7	P2	24	2º Grau incompleto	Vendedor	Solteiro
7	P3	31	2º Grau	Comerciante	Solteiro
7	P4	20	1º Grau	Estudante	Solteiro
8	P1	25	3º Grau incompleto	Comerciante	Solteiro
8	P2	26	3º Grau incompleto	Estudante	Solteiro
8	P3	22	5ª Série	Mecânico	Amasiado
8	P4	19	2º Grau incompleto	Nenhuma	Solteiro
8	P5	55	Primário incompleto	Operador máquina	Amasiado

**QUADRO 6 -** Faixa etária dos participantes das oficinas

Oficina	Participante	Faixa etária (anos)
1	6	19 – 41
2	6	18 – 38
3	4	20 – 28
4	4	19 – 33
5	4	20 – 34
6	4	18 – 29
7	4	20 – 42
8	5	19 – 55
<b>Oficinas 1-8</b>	<b>37</b>	<b>18 – 55</b>

## APÊNDICE C - Instruções para as oficinas

**OFICINA: SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS<sup>4</sup>****1. OBSERVAÇÕES GERAIS**

Número de participantes: de 5 a 10 pessoas

Tempo mínimo previsto: 2 horas

Material necessário: canetas, formulários para registro, folhas de papel em branco, tiras de papel, lousa (cartolina ou *flipchart*) e canetas hidrográficas ou giz, gravador, pilhas e fitas. Durante as atividades será providenciado, se possível, um lanche.

Convite aos participantes: ao fazermos o contato inicial com os participantes, explicam-se os objetivos da oficina, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enfatizando a necessidade de uso de gravador apenas para registro das discussões para fins de análise posterior.

Consentimento Livre e Esclarecido: antes de iniciarmos a oficina, explicam-se, novamente, os objetivos e solicita-se que os participantes assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trabalho em dupla: como o potencial de mobilização da oficina é alto, é aconselhável que a condução dos grupos seja feita em dupla, de preferência com algum profissional que tenha experiência com atividade de grupo.

Ajuda a quem não escreve: é necessário definir procedimentos para os casos em que as pessoas não têm facilidade de escrever. Nesses casos, podemos oferecer ajuda, por isso, também, é importante garantir a presença de um observador.

Ambiente confortável: é aconselhável formar o grupo em ambientes informais, de preferência com os participantes e pesquisadores sentados no chão. No caso de preferir sentar à volta de uma mesa, sugerimos que todos possam se ver e que haja espaço para os participantes se movimentarem e levantarem para mudar as tiras de papel, fato que ocorre com frequência.

Linguagem adequada ao grupo: como vamos trabalhar com população heterogênea, não dá para padronizar a linguagem. Fica “artificial”. Mas, é importante padronizar os procedimentos.

Limites de cada um: cabe frisar que nenhum participante deve ser forçado a revelar as situações vivenciadas com drogas. A revelação deve ser voluntária. Isso deve ser reiterado tantas vezes quanto forem necessárias.

Atenção à duração das atividades: os participantes tendem a se estender nas suas discussões. Portanto, é importante estar atento ao tempo previsto para cada atividade.

---

<sup>4</sup> Oficina adaptada da Metodologia de Oficina sobre risco, desenvolvida por Spink (2003a).

Registros necessários: vale lembrar que as oficinas têm duplo papel: 1) são intervenções que visam à sensibilização sobre o sentido das substâncias psicoativas nas relações da vida cotidiana e, 2) são instrumentos de coleta de dados. Por isso, é importante o registro das informações, assumindo este várias formas:

- a) Formulário 1 – registro de informações sobre os participantes;
- b) Formulário 2 – registro das palavras associadas a drogas (Atividade 1);
- c) Recolhimento das tiras e registro das situações de contato com algum tipo de droga (Atividades 2 e 3);
- d) Gravação das discussões (Atividades 2 e 3); e
- e) Observações gerais sobre a dinâmica do evento (papel do observador).

## **2. PROCEDIMENTOS:**

- a) Apresentação.
- b) Atividade 1 – Associação de idéias com a palavra “drogas”.
- c) Atividade 2 – Memórias de situações: em que presenciou o uso de algum tipo de droga; em que utilizou droga pela primeira vez; associação entre situação de risco e uso de drogas.
- d) Atividade 3 – Os sentidos da prevenção quanto ao uso de drogas.

### **APRESENTAÇÃO**

Tempo previsto: 15 minutos

Em primeiro lugar, os participantes devem ser dispostos em círculo, de modo que todos possam se ver e ouvir.

Coordenadores – apresentar os coordenadores.

Objetivo – compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas, atualmente internadas, para recuperação da dependência de substâncias psicoativas.

Procedimento – explicar que a oficina se acha dividida em três atividades

Autorização para gravar – falar da dupla função da oficina (pesquisa e sensibilização) e conseqüente necessidade de gravar. Pedir permissão e explicar que o material da oficina será tratado e guardado de forma sigilosa.

Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – explicar que a conduta ética em pesquisa com seres humanos requer a explicação dos objetivos e a assinatura de um Termo de Consentimento, a fim de assegurar que os participantes entenderam os objetivos e os devidos procedimentos. Distribuir uma cópia para cada pessoa, dando tempo para a leitura individual (ou grupal, se os participantes preferirem).

Apresentação dos participantes – verificar se todos os participantes se conhecem. Caso contrário, fazer uma breve apresentação de cada um (iniciando com o primeiro nome e profissão).

## PRIMEIRA ATVIDADE

### ASSOCIAÇÕES DE IDÉIAS COM A PALAVRA “DROGAS”

Material: papéis em branco e canetas.

Tempo previsto: 20 minutos.

Instruções:

- Em primeiro lugar, distribuir uma folha de papel e uma caneta para cada integrante.
- Depois ditar as seguintes instruções:

#### **1 – Livre associação**

Escreva neste papel a palavra droga.

Agora, escreva abaixo todas as palavras que vêm à sua cabeça quando ouve a palavra drogas.

Quando você sentir que as palavras não estão saindo naturalmente, pode parar.

Não se importe com o número de palavras que você escrever.

Tempo previsto: 10 minutos.

#### **2 – Listar associações**

Agora, vamos fazer uma lista de todas as palavras e frases que surgiram de modo a identificar as associações mais frequentes feitas com a palavra “drogas”.

Tempo previsto: 10 minutos.

Obs.: um (a) coordenador (a) escreve as associações numa lousa, quadro, cartolina ou em *flipchart*, de modo que todos os integrantes possam ver as palavras, enquanto o outro observador anota as palavras no Formulário 2.

#### **3 – Alertar para a diversidade**

Ao final, comentar que, como podemos observar a partir da variedade de palavras que o grupo produziu, fica claro que não existe uma definição única, nem a mais correta, mas que, como muitas outras, “droga” é uma palavra com múltiplos sentidos.

**SEGUNDA ATIVIDADE**  
SITUAÇÕES DE CONTATOS COM DROGAS

Material: tiras de papel e canetas.

Tempo previsto: 45 minutos

Instruções:

–Em primeiro lugar, distribuir três tiras de papel para cada integrante e dispor o restante no centro do círculo formado pelos participantes (lembrar que não é para escrever os nomes).

**1 – Recordação:** *Situações de contatos com drogas.*

Pense em sua vida desde quando você era criança e procure lembrar-se de situações em que você presenciou o uso de drogas, sejam elas quais forem. Deixe sua memória fluir concentrando-se apenas nas suas emoções e sentimentos.

Escreva cada situação num desses pedaços de papel. Uma situação para cada papel.

Escreva o **número 1** nas tiras de papel.

Se você precisar de mais papel, pegue aqui no meio.

Escreva o **número 1** nas tiras de papel.

Tempo previsto: 15 minutos.

**2 – Recordação:** *A primeira droga que usou.*

Continue lembrando de sua vida desde quando você era criança e procure lembrar da primeira vez em que usou algum tipo de droga e que droga era essa. Pense nas pessoas e no lugar onde você estava.

Escreva o **número 2** nas tiras de papel.

Tempo previsto: 10 minutos.

**3 – Situações de risco no usos de drogas**

Agora pense numa situação em que você se sentiu em risco durante o uso de drogas.

Escreva o **número 3** nas tiras de papel.

Tempo previsto: 10 minutos.

**Ligar o gravador**



**4 – Discussão**

Agora, vamos conversar um pouco sobre essas situações. Aqueles que se sentirem à vontade podem falar.

Vamos começar pela primeira situação – quando apenas você presenciou o uso de alguma droga.

Agora, se alguém se sentir à vontade fale sobre a situação em que você utilizou droga pela primeira vez.

Finalmente vamos falar sobre a terceira situação: aquelas em que vocês se sentiram em risco durante o uso de alguma droga.

Tempo previsto: 20 minutos.

**Recolher as papeletas****TERCEIRA ATIVIDADE****É POSSÍVEL PREVENIR A RECAÍDA?**

Tempo previsto: 45 minutos.

Instruções:

–Discutir as possibilidades de prevenção.

**1. Discussão aberta no grupo**

Agora, vamos fazer uma rodada para falar sobre prevenção do uso de drogas e sobre o risco de recaída.

Tempo previsto: 45 minutos.

Encerrar a oficina perguntando o que as pessoas acharam das atividades e da dinâmica (devolutiva).

Verificar se alguém ficou por demais mobilizado e dar atenção especial a essa pessoa.

**FORMULÁRIOS DA OFICINA**

**FORMULÁRIO 1**

**1 – Descrição do grupo**

Data: ...../ ...../ .....

Horário: .....

Identificação: .....

Grupo: .....

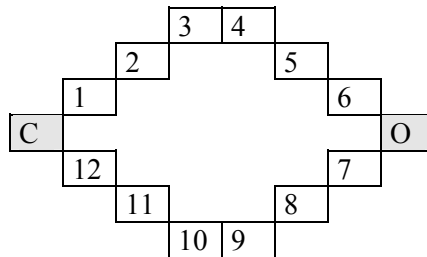
Local: .....

Coordenador: .....

Observador: .....

Duração: .....

**2 – Disposição espacial do grupo**



**3 – Características do grupo**

	<b>Profissão</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado civil</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

<b>FORMULÁRIO 2 - ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS</b>
--

SEQÜÊNCIA DE ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS COM AS DROGAS

Identificação do grupo: .....

Associações à palavra “droga”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	T
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

<b>FORMULÁRIO 3</b>
---------------------

DIFERENTES CONTATOS COM AS DROGAS

Situações de contato com as drogas	Primeira vez em que presenciou o uso de drogas	Primeira vez em que usou algum tipo de droga	Situação em que se sentiu em risco ao usar drogas
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, ....., declaro por meio deste Consentimento Livre e Esclarecido que fui devidamente informado e compreendi os objetivos propostos para a pesquisa *O processo de contato com drogas: usos e abuso, sentidos e lugares*, sob responsabilidade do psicólogo Adroaldo Bittencourt, a ser realizada no Centro de Recuperação de Toxicômanos e Alcóotratas (CARTA), contando com a participação voluntária de pessoas atualmente em tratamento para recuperação. Ficou claro para mim que o objetivo da Oficina é compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas em tratamento para recuperação da dependência. Fui, também, informado e compreendi o método de pesquisa que será utilizado, que consiste no desenvolvimento de Oficinas sobre substâncias psicoativas. Nessas oficinas, um grupo de 4 a 10 participantes, coordenados pelo psicólogo, poderão conversar e discutir sobre o processo de adicção e possibilidades de prevenção. Entendi que vamos explorar diferentes aspectos da noção que as pessoas têm sobre drogas e, para isso, serão feitas três atividades. As atividades serão acompanhadas de discussões de grupo que serão gravadas, sempre diante do consentimento dos participantes do grupo. Nesse tipo de atividade, além de contribuirmos com a pesquisa, teremos um espaço para conversarmos e aprofundarmos nossa compreensão sobre os sentidos das drogas em nossa sociedade contemporânea.

Além disso, fui informado que minha voz não será, em hipótese alguma, utilizada em qualquer meio de comunicação; que o material gerado na Oficina só será utilizado obedecendo aos critérios de confidencialidade. Ou seja, nenhum participante será identificado e que material produzido só será utilizado na pesquisa, em artigos para periódicos científicos e em congressos científicos, não podendo ser disponibilizado para outros fins.

Concordando em participar, de maneira livre e voluntária, desta pesquisa, assino o presente Consentimento Livre e Esclarecido.

Palotina, PR de de 2005.

.....  
Assinatura

## APÊNDICE E - Transcrição seqüencial das oficinas

QUADRO 7 - Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 1

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P1	Relata que na infância viu o pai fumando cigarro. Ficou admirado e curioso.	Admirado, curioso.
P5	Relata que quando tinha três anos pediu água para o tio para beber este lhe deu álcool. Ficou com raiva e chorou.	Raiva.
P2	Relata que presenciava o pai fumando e bebendo. Ficou curioso	Curioso.
P3	Relata que recorda de uma festa em família em que todos bebiam; que viu o pai alegre e isso lhe chamou atenção e ficou curioso.	Curioso.
P5	Relata, também, que via o pai fazendo uso de álcool e a mãe de cigarro. Ficava curioso e achava elegante os pais fumarem.	Curioso, elegante.
P6	Relata que quando o pai ia jogar bola com os amigos via todo mundo tomando várias cervejas após o jogo, e quando chegava em casa o pai dormia igual a um gambá. Ficava triste.	Triste.
<i>Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:</i>		
P1	Relata que catou a bituca de cigarro jogada pelo pai e experimentou por curiosidade e, por isso, sua mãe deu-lhe uma bofetada. Sentiu raiva e rancor.	Curiosidade, raiva, rancor por não poder experimentar.
P5	Relata que também juntava bitucas de cigarro jogadas pela mãe. Quando seu pai descobriu falou que não tinha problema fumar cigarro. Ficou feliz	Feliz.
P3	Relata que tomou bastante vinho em bailinho de garagem e ficou em coma no hospital. Essa foi a primeira vez que tomou uma substância que lhe alterasse o humor. Ficou com medo e arrependido	Medo, arrependido.
P5	Relata que a primeira vez que bebeu foi em casa, num churrasco familiar e sentiu-se diferente.	Sentiu-se diferente.
P2	Relata que o primeiro contato com o álcool foi em casa. Seguiu o exemplo do pai que bebia.	—
P1	Relata que tomou álcool dentro de casa em almoço familiar. A mãe ofereceu vinho misturado com água e açúcar. Achou gostoso e ficou alegre e eufórico.	Achou gostoso, ficou alegre e eufórico.
P6	Relata que bebeu pela primeira vez numa festa dos amigos de seu irmão. Achou o gosto ruim e acabou dormindo no sofá.	—

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P6	Relata que lhe ofereceram um pico de cocaína numa festa, começou a passar mal e só não morreu de overdose por causa do Poder Superior.	–
P5	Relata que estava usando <i>crack</i> e começou a ter sensação de que as pessoas, à sua volta, iriam matá-lo. Pegou o carro e saiu a toda velocidade para pedir ajuda ao seu pai. No caminho capotou o carro.	Sensação de morte.
P3	Relata que foi à favela comprar drogas e três pessoas começaram a espancá-lo e tentaram matá-lo com uma arma. Saiu correndo e conseguiu escapar todo machucado.	–
P2	Relata que se trancava em casa, pois parecia que havia um monte de gente que o perseguia, que se sentia em risco direto, 24 horas por dia, quando estava fazendo o uso de drogas, em especial o <i>crack</i> .	Sentia-se em risco 24 horas por dia.
P5	Relata que quando usava <i>crack</i> sentia mania de perseguição. Sentia-se derrotado, que era um sentimento horrível.	Mania de perseguição, derrotado, horrível.
P1	Relata que se sentia em risco ao usar tabaco com os amigos e ser descoberto pela sua mãe. E mais tarde, quando usava cocaína, tinha medo e insegurança de sua esposa descobrir e abandoná-lo.	Medo.
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P2	Comenta que é um doente e que para prevenir é importante Relatar para as pessoas o lado ruim do uso das drogas, o fundo de poço da adicção.	Prevenir é relatar o lado ruim do uso.
P3	Comenta que usar drogas durante um tempo foi legal e que não adianta uma pessoa que nunca usou drogas para fazer prevenção em escolas. A melhor forma de prevenir é ensinar antes do uso. Depois que está usando a melhor forma é o grupo de auto-ajuda.	Não adianta uma pessoa que nunca usou fazer prevenção nas escolas.
P5	Comenta que, para não recair, tem que regar a planta dentro da Comunidade, seguir Narcóticos Anônimos, confiar no Poder Superior e voltar a estudar.	Seguir Narcóticos. Anônimos e confiar no Poder Superior.
P2	Comenta que é preciso ouvir mais os pais que estes têm bons conselhos para os filhos, e quem realmente, mais o ama hoje é a sua família, porque eles nunca o abandonaram quando precisou de ajuda.	Ouvir mais os pais.
P1	Comenta que drogadicção é uma doença e que, a exemplo do cigarro, hoje há bastante conscientização; no futuro, acredita que todas as outras drogas passarão por esse caminho.	Precisa haver mais campanhas.
P5	Comenta que é um compulsivo e que tem muito medo da recaída.	Tem medo da recaída.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P1	Comenta que achou interessante partilhar com os companheiros de tratamento suas experiências da ativa.	Interessante.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P5	Comenta que a oficina o ajudou a ter certeza de uma coisa: que não pode voltar a usar drogas.	Ajudou a lembrar.
P2	Comenta que foi uma reunião diferente onde pode falar sobre coisas suas sem medo	Falar sem medo.
P3	Comenta que foi importante ter um espaço para falar e ouvir os companheiros.	Importante.
P4	Comenta que aprendeu muito com todos.	Aprendeu muito.
P6	Comenta que gostou muito de participar e que se tivesse outra oficina participaria de novo.	Gostou de participar.

**QUADRO 8 -** Sínteses das transcrições sequenciais da Oficina 2

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P1	Relata que deparou com um vizinho fumando maconha. Sentiu medo e uma curiosidade muito grande.	Sentiu medo e curiosidade.
P2	Relata que no casamento do irmão havia muita bebida alcoólica. As pessoas começaram a beber e brigar. Não teve mais festa e ele sentiu muita raiva.	Ficou com raiva porque brigaram na festa.
P3	Relata que viu seu tio usar vodca e cocaína numa festa de aniversário do primo. Viu a tia chorando. Sentiu curiosidade, medo e ficou chateado pelo fim da festa.	Curiosidade, medo e chateado porque acabou a festa.
P4	Relata que aos estudar fora sentiu liberdade e se relacionou com uma turma que usava maconha. Um dia fumaram um baseado e ficou com medo de a polícia aparecer.	Ficou com medo.
P4	Relata que antes de estudar fora presenciou pessoas cheirando lança-perfume, e que uma moça caiu e machucou o rosto. Ficou assustado	Ficou assustado.
P5	Relata que o avô o levava ao mercado quando ia comprar bebidas alcoólicas. Ficava feliz.	Feliz por comprar bebida com o avô.
P1	Relata que, aos domingos seu pai e seu avô encontravam-se para conversar e beber. Ficava curioso e sentia vontade de experimentar também.	Curioso, vontade de experimentar.
<i>Situação da primeira em vez que usou algum tipo de droga:</i>		
P4	Relata que usou álcool quando saiu com seu irmão em uma saída noturna. O irmão disse que tinha que beber para virar homem. Gostou do efeito. Ficou extrovertido.	Gostou do efeito, ficou extrovertido.
P2	Relata que uma prima fez uma caipirinha e lhe ofereceu um gole. Ele ficou curioso, com vontade, experimentou e gostou.	Ficou curioso e gostou.
P5	Relata que seu avô o mandava preparar caipirinha para ele e mandava-o experimentar misturada com café. Certo dia passou mal e o médico alertou o avô no hospital para não dar mais álcool, mas o avô continuou oferecendo.	—

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P2	Relata lembrar que furtou garrafas de bebida no mercado em que trabalhava e foi beber num terreno baldio com seu sobrinho que passou mal. Ficou assustado	O sobrinho ficou mal e ficou assustado.
P3	Relata que usou álcool aos dez anos por curiosidade. Observava seu pai e seu avô aos domingos bebendo e conversando. Num natal, pegou o vinho escondido e foi tomar com o primo. Identificou-se e gostou.	Experimentou por curiosidade e gostou.
P1	Relata que numa festa de aniversário foi à cozinha, pegou bebida escondido na geladeira com um amigo e foram beber escondidos no quintal e sentiu-se extrovertido. Estava curioso porque via as pessoas bêbadas e alegres	Experimentou por curiosidade e ficou extrovertido.
P4	Relata que gostaria de falar de sua experiência com maconha. Queria ser aceito e usou a droga. Não gostou, mas continuou usando porque queria ficar na turma. Com o tempo passou a gostar.	–
P3	Relata que usou maconha aos catorze anos no colégio. Ficou curioso e enturmou-se com um grupo que fazia uso e experimentou. Achou estranho e ficou com medo, mas depois riu muito.	Experimentou por curiosidade e riu muito.
P2	Relata que a primeira droga ilícita que usou foi a maconha, com quinze anos, no colégio. Na primeira vez que usou com colegas; gostou.	Gostou.
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P4	Relata que, ao sair da casa do traficante, foi seguido por duas pessoas que deram voz de assalto. Entrou em luta corporal, desmaiou e acordou em uma poça de sangue e com dores.	–
P4	Relata ainda que, quando entrou para a faculdade, bebeu muito numa festa. Na volta, dormiu ao volante e bateu num ponto de ônibus que estava vazio.	–
P1	Relata que foi fumar <i>crack</i> num bosque e começou a ter alucinações. Ouviu passos e começou a andar fugindo de alguma coisa. Sentia mania de perseguição.	Alucinações e mania de perseguição.
P1	Relata ainda que a noite voltou para o mesmo local para fumar <i>crack</i> e os policiais apareceram e o perseguiram. Na fuga, machucou a perna. “Fui preso e fiquei com medo”.	Ficou com medo.
P3	Relata que foi fumar <i>crack</i> escondido no lote do vizinho. Os cães começaram a latir e o vizinho começou a atirar com uma arma. Saiu correndo e assustado.	Assustado.
P3	Relata ainda que, ao atravessar a fronteira do Paraguai para comprar droga, drogados e alcoolizados, ele e seus companheiros trocaram tiros com a Polícia Federal, vindo morrer um de seus companheiros.	–
P2	Relata que, na noite anterior à formatura no exército, bebeu e usou drogas no quartel, e não conseguindo ir à formatura, ficou com medo de não receber os documentos da baixa.	Medo.



Participante	Descrição	Destaque repertórios
P2	Relata ainda que, após sair do quartel, continuou usando drogas e foi parar no hospital e ficou com medo de o médico falar para sua mãe do seu uso.	Medo.
P5	Relata que fumou maconha, bebeu e dormiu ao volante. Após o acidente, foi parar na UTI. Após sair do hospital, sofreu outro acidente parecido.	–
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P4	Comenta que a recuperação é uma busca de valores perdidos na adicção. É uma mudança radical de atitudes e hábitos, que não é só abstinência de drogas, e nunca esquecendo o que aprendeu no tratamento.	Busca de valores.
P1	Comenta que tem uma doença e aprendeu a lidar com ela e que se voltar a usar, voltará a ser como era antes. Por isso, aprendeu alguns princípios que deverá ter na vida.	Ter princípios na vida.
P2	Comenta que prevenção é uma política pública do governo nas escolas, empresas e comércio; que deveria haver palestras com profissionais para mais esclarecimentos.	Prevenção é uma política pública do governo.
P4	Comenta que muito importante para prevenir uma recaída é o Poder Superior; que é fundamental buscar um contato com o Poder Superior, meditando e orando.	Buscar um Poder Superior.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P1	Comenta que nunca parou para pensar em alguns fatos de quando usava.	–
P3	Comenta que muitas coisas que estavam escondidas afloraram; que foi de muito crescimento.	Coisas escondidas afloraram.
P6	Comenta que não comentou nada na reunião, mas que, mesmo assim, gostou muito de ouvir os companheiros falarem. Aprendeu muito.	Não falou nada, mas aprendeu com os companheiros.
P2	Comenta que gostou de participar e que o governo deveria incentivar a existirem mais clínicas.	Gostou de participar.
P4	Comenta que achou muito interessante o exercício de associação de palavras, que nunca tinha feito coisa parecida.	Achou interessante o exercício de associação livre.
P4	Comenta ainda que gostou de ouvir a opinião de pessoas que já recaíram pois levou como para exemplo.	Gostou de ouvir os companheiros.

**QUADRO 9 -** Sínteses das transcrições seqüenciais da Oficina 3

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P4	Relata que sentiu uma sensação desagradável quando chegou em casa e surpreendeu o pai fumando maconha.	Sensação desagradável.
P3	Pergunta a P4 como ele sabia que era maconha.	–

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Responde a P3 que cigarro tinha filtro e aquele não tinha, e que o cheiro era diferente do palheiro e do cigarro.	–
P4	Relata que ficou mal, que achou ruim e sua mãe dizia que aquele cigarro era o ‘cigarro do diabo’. Relata, ainda, que seus pais brigaram. Sentiu-se triste.	Sentiu-se triste.
P3	Pergunta a P4 se com sete anos, tem como conhecer o cheiro da maconha.	–
P2	Comenta a P3 que com sete anos conhecia, pois tinha um vizinho que fumava.	–
P3	Relata que estava saindo da aula e vi dois jovens fazendo uso de drogas quando a polícia chegou e os jovens saíram correndo. A polícia deu voz de prisão e os jovens continuaram correndo; quando o policial sacou a sua arma de fogo e fez vários disparos. “Com medo saí correndo sem olhar para trás”.	Medo.
P4	Relata que o cigarro que seu pai fumava, então, tinha outro cheiro e quando ela falou ‘cigarro do diabo’, ficou mais claro.	–
P2	Relata que seu primo ao fumar um baseado disse-lhe que era um palheiro, mas que ele sabia que não era porque conhecia o cheiro.	–
P3	Relata que seu pai fumava maconha quando ele era criança, que não lembra do cheiro, que nunca suspeitou. Só foi saber mais tarde quando sua mãe lhe disse isso.	–
P4	Relata, ainda, que, aos nove anos, viajando com o pai de caminhão, o mesmo fumou o mesmo cigarro enquanto ele dormia.	–
P2	Relata que quando seu primo usava maconha utilizava um palheiro pra disfarçar o cheiro e que na segunda vez em que viu o primo usando usou junto a convite dele.	–
P3	Relata que foi a uma boate com amigos e, ao sair, um deles que ele não conhecia começou a cheirar cocaína dentro do carro. Sentiu-se inadequado e assustado por estar ali.	Assustado e inadequado.
P4	Pergunta a P2 se ele usou sabendo.	–
P2	Responde a P4 que sabia que era maconha.	–
P4	Pergunta a P2 qual foi o efeito.	–
P2	Responde a P4 que ficou rindo à noite inteira.	Riu a noite inteira.
P1	Pergunta a P4 que se ele não associou a droga ser ruim pelo fato de os pais brigarem no dia em que seu pai usou.	–
P4	Responde a P1 que não sabe, que apenas lembra que foi uma briga, com palavras de baixo calão e tudo mais.	–
P4	Relata que estava sob efeito de álcool, cocaína e maconha, quando um amigo o chamou para nadar até um barco que estava ancorado perto da praia. Quando começou a nadar de volta sentiu câibras e começou afogar-se, mas conseguiu chegar até a praia.	Medo.

*Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:*

<b>Participante</b>	<b>Descrição</b>	<b>Destaque repertórios</b>
P3	Relata que usou a primeira vez com alguém de casa, com o filho do padrasto. Não fez efeito.	–
P2	Relata que a mesma coisa aconteceu com ele.	–
P3	Relata que seu irmão dizia que se ele não fumasse ele ia amarrá-lo e forçá-lo a usar. Ficava assustado.	Assustado.
P1	Relata que com ele foi diferente, que procurou até conseguir que alguém lhe oferecesse droga.	–
P3	Relata que o irmão tanto insistiu que ficou curioso; que na primeira vez que usou maconha não sentiu nada.	Por curiosidade não sentiu nada.
P4	Relata que a primeira droga que usou foi o álcool oferecido pelo pai e sentiu-se alegre, e que a vê como porta de entrada para as outras drogas.	Sentiu-se alegre.
P3	Relata que bebeu a primeira vez em casa, aos sete anos, escondido, amostras grátis de uísque. Ficou com medo, bebeu um pouquinho, mas não sentiu nenhum efeito.	–
P1	Relata que também não lembra de ter sentido efeito quando usou álcool pela primeira vez e, quando tomou um pouquinho de cerveja do copo do pai, aos dez anos, e que foi só um golinho.	–
P1	Relata, ainda, que a primeira vez que bebeu bastante foi aos doze anos numa festa de casamento. A bebida era chopp e passou muito mal junto com o pai, que também bebeu bastante.	Passou mal.
P3	Relata que bebia cerveja com o pai quando menor. O pai molhava seu dedinho e colocava-o na boca. Gostava.	Gostava.
P1	Relata que seu pai e amigos se reuniam para jogar caxeta e tomar uísque, e que depois ficava tomando o restinho da água e gelo misturados com o uísque. Achava divertido	Achava divertido.
P1	Relata, ainda, que desde pequeno que não gosta muito de cerveja, mas que gosta de uísque.	–
P4	Relata que nas festas familiares, seu pai oferecia-lhe cerveja na frente de todos os familiares. Sentia-se importante com isso.	–
P4	Relata, ainda, que sempre gostou mais de destilados e que a primeira vez que passou mal foi num comício com o irmão, bebendo vinho. Arrependeu-se depois, em casa.	Arrependeu-se na primeira vez.
P1	Relata que passou mal também jogando baralho e tomando cerveja com um primo, mas que também riu muito quando foi pagar a conta.	Riu muito e passou mal.
P3	Relata que a primeira vez que fumou maconha riu muito. Depois foi para uma festa e começou a vomitar e as pessoas o levaram embora.	Riu muito e depois começou a vomitar.
P4	Relata que também passou mal quando fumou o primeiro cigarro de maconha, aos treze anos. Pegou a maconha escondida do pai para fumar com um amigo.	–
P3	Relata que a maioria das vezes que fumava maconha ria muito.	Ria muito.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P1	Relata que gostava de usar cogumelos porque eles faziam rir muito, também.	Riu muito.
P2	Relata que também gostava de usar cogumelos para ficar rindo.	Ficar rindo.
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P3	Relata que se sentia em risco quando saía à noite para comprar droga. Rezava e tinha medo de ser assaltado.	Medo.
P2	Relata que andava a pé de madrugada; também tinha medo de ser assaltado e que fingia que tinha uma arma dentro da camisa.	Medo.
P3	Relata, também, que quando andava na rua de madrugada e via alguém, também fazia de conta que tinha uma arma, pois sentia medo de ser assaltado.	Medo.
P4	Relata que, uma vez descendo a favela para trazer droga, ao ver três pessoas vindo em sua direção fingia ter uma arma, pois tinha medo de ser assaltado.	Medo.
P4	Relata que estava fazendo uso de <i>crack</i> no caro parado, à noite, quando apareceu a polícia e começou a persegui-lo e atirar. Diz que, além de ele estar em risco colocou em risco pessoas à sua volta.	—
P2	Relata que preferia buscar droga à noite para não correr o risco de encontrar alguém conhecido.	—
P2	Relata ainda que para ele situação de risco era o medo de seus pais descobrirem que ele usava.	Medo.
P4	Relata que usou lança-perfume num galpão onde o trem carregava e ficou pendurado de pernas pro ar segurado pelo amigo. Se morresse nem teria visto.	—
P3	Relata que cheirou lança-perfume num apartamento e desmaiou e quase caiu janela afora, não fossem as pessoas puxá-lo de volta no décimo segundo andar.	—
P1	Relata que o clorofórmio começou a dar ânsias de vômito, que sentia um ardume no peito. Diz então que sentia medo de morrer sufocado pelo vômito enquanto dormia ou que tivesse algum câncer.	Medo de morrer.
P4	Relata que também tinha medo de morrer sufocado no próprio vômito quando dormia bêbado.	Medo de morrer.
P4	Relata, ainda, que quando misturava cocaína com álcool virava um suicida com o carro. Diz que seu apelido na cidade era Osama Bin Laden.	—
P1	Relata que o álcool lhe trouxe muito risco, que machucou muita gente, que num acidente de automóvel atropelou e matou um menino. Ficou com culpa, medo, remorso e arrependimento.	Culpa, medo, remorso, arrependimento.
P1	Relata, que, alcoolizado também atropelou um velhinho sentado e derrubou um muro de uma casa.	—
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Comenta que prevenção é trabalhar na Comunidade os defeitos de caráter, atitudes e maneiras de ser e agir. Diz que recaída, por experiência própria, é repetir velhos hábitos e atitudes, pois veio de uma recaída.	Recaída é repetir velhos hábitos e atitudes.
P4	Comenta, ainda, que a sala de Narcóticos Anônimos ajuda a prevenir a recaída e que tem fé num Poder Superior.	Narcóticos Anônimos ajuda a prevenir recaída.
P1	Comenta que usar drogas por um período é bom, por isso palestras moralistas ou aterrorizantes não trazem nenhum efeito preventivo.	Palestra moralista sem positivo.
P3	Comenta que assistiu um palestra moralista na escola e que também não sentiu nenhum efeito positivo.	Palestra moralista não é positivo.
P4	Comenta que mandaram ler o livro Cristiane F. para se conscientizar dos perigos das drogas e a leitura produziu efeito contrário. Ao fim da leitura estava curioso para usar heroína.	Cristiane F. incitou-o a usar heroína.
P1	Comenta que, quando assistiu os filmes Cristiane F. e Transpotting, também, ficou curioso a respeito da heroína.	Cristiane F. deixou-o curioso.
P2	Comenta que quando era mais novo sua tia lhe deu um livro – Ilusão das Drogas – sobre as drogas e os relatos sobre LSD deixaram-no curioso para experimentar essa droga.	Um livro deixou-o curioso pelo LSD.
P2	Comenta, ainda, que não lembra de alguma coisa de prevenção que tenha funcionado para sua vida.	Prevenção não funcionou em sua vida.
P1	Comenta que pegava folhetos de prevenção para curtir os desenhos.	–
P4	Comenta que a mídia não mostra a realidade do álcool – que só mostra mulher bonita –, que ela deveria mostrar os acidentes e outros males causados pelo álcool.	Mídia não mostra a realidade do álcool.
P4	Comenta que nos rótulos de bebida alcoólica deveriam vir fotos de acidentes de carro para mostrar que a bebida faz mal.	Rótulos deveriam mostrar males do álcool.
P4	Comenta que prevenção é freqüentar grupos de auto-ajuda.	Prevenção é freqüentar grupos.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P1	Comenta que gostou porque teve bastante abertura para falar, pois pôde falar bastante sobre seu uso de drogas.	Abertura para falar.
P4	Comenta que se sentiu bem, pois pode desabafar bastante do que aconteceu com ele, que foi uma noite especial, que lembrou de uma frase dita em Narcóticos Anônimos: ‘Por que estamos aqui?’	Desabafar bastante.

QUADRO 10 - Sínteses das transcrições sequenciais da Oficina 4

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P1	Relata que no Centro Comercial via pessoas mais velhas usando LSD, comprimidos, bebidas, meninos cheirando cola. Ficava curioso e fascinado com aquilo.	Curioso, fascinado.
P2	Relata que, aos nove anos, via o pai bebendo antes das refeições para abrir o apetite. Hoje vê que, na verdade, ele era uma alcoólatra.	—
P1	Relata que também via seu pai bebendo, que pai lhe pedia para trazer pinga, que seu pai ficava bebendo e vendo televisão. Não gostava daquilo	Via o pai bebendo e não gostava daquilo.
P3	Relata que nas festas familiares todos bebiam e que via seu pai chegando em casa chapado e brigando com sua mãe. Ficava com medo	Pai e mãe brigando e ficava com medo.
P1	Relata que numa festa em família ele e sua prima beberam uísque com refrigerante escondidos e ficaram bêbados e ele ficou com medo de alguém descobrir.	Ficou com medo de ser descoberto.
P1	Relata ainda que os adultos viviam falando para nunca se usar drogas, que maconheiro eram marginais, mas que os adultos bebiam bastante cerveja e pinga. Na época, ficava com medo dos maconheiros.	Ficava com medo dos maconheiros.
P3	Relata que droga ilícita na sua casa era normal. Seu pai levava os amigos para jogar truco e fumar maconha. Diz também, que seu pai dizia para os amigos que ele não iria nunca ser igual ao pai.	—
P2	Relata que seu pai bebia e bebe pinga e cerveja até hoje, mas que nunca deixou ele experimentar nenhum tipo de bebida alcoólica. Não gostava quando seu pai bebia.	—
P4	Relata que se pai também fazia o uso de várias bebidas alcoólicas e que lhe dizia que aquilo não era para ele. Diz, também, que seu pai não conversava muito com ele. Não gostava de ver seu pai bebendo.	—
P4	Relata, ainda, que seu pai criticava por andar com vagabundos, ao mesmo tempo que ficava bebendo bebidas alcoólicas. Ficava com raiva.	Ficava com raiva do seu pai.
P1	Relata que sua avó gostava de tomar vinho e vodca. Que ela pedia para ele ir ao mercado comprar bebidas para ela. Achava engraçado sua avó beber.	Engraçado a avó beber.
P2	Relata que sua avó não podia beber porque era diabética, mas sempre que podia tomava vinho escondida dos outros. Ficava preocupado.	Preocupado pela avó beber.
P3	Relata que o médico recomendou a tia tomar vinho para sua saúde e que ela lhe dava vinho e pedia para ficar nu e brincava com seu órgão genital. Ela o machucou, ficou com medo e raiva, e voltou para a casa da mãe.	Medo e raiva da tia por beber e brincar com órgão genital.
<i>Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:</i>		

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P1	Relata que fumou o primeiro baseado na rua com amigos, por curiosidade.	Curiosidade.
P4	Relata que tomava o restinho do copo de cerveja do pai quando ele dormia e ficava com medo de ser descoberto.	Medo de ser descoberto.
P4	Relata que o contato com a maconha foi no lixão. Via os garotos fumando e ficava curioso e com medo.	Curiosidade e medo.
P3	Relata que seu pai fumou um cigarro de maconha em casa e jogou a metade fora. Curioso, juntou e fumou na frente da TV e gostou. Seu pai o flagrou e ameaçou bater nele.	Curiosidade e gostou.
P3	Relata, ainda, que seu pai não bateu nele mas perguntou se gostou e disse que se quisesse fumar então ele lhe daria a droga a partir de agora para não pegar na rua. Ficou satisfeito.	Satisfeito.
P3	Relata que, quando criança seu pai o levava pra passear no colo, na favela, e que, na verdade, ele o usava para transportar <i>crack</i> . Gostava de passear com o pai.	—
P1	Relata que quando criança, juntava bitucas de cigarro jogadas pelo seu pai, por curiosidade, e que sua mãe o flagrou no ato e o chamou de vagabundo.	Curiosidade.
P1	Relata que, com cinco anos, tomou um porre em casa, com cerveja oferecida pelo pai numa festa entre amigos. Sabe do fato porque sua mãe lhe contou.	—
P2	Relata que, quando seu pai descobriu que ele fumava cigarros, disse que não ia falar nada porque ele também fumava. Ficou feliz.	Se sentiu feliz.
P4	Relata que quando seu pai descobriu que ele fumava disse-lhe que ele poderia beber cerveja ou fumar cigarros, mas nunca usar drogas. Ficou satisfeito.	Ficou satisfeito.
P2	Relata que a primeira vez em que fumou maconha, foi com o irmão e não gostou. Nem efeito sentiu. Diz que foi gostar mesmo foi da cocaína quando usou mais tarde.	—
P4	Relata que a primeira vez em que fumou maconha também não fez efeito e que se frustrou por isso.	Não fez efeito, se frustrou.
P1	Relata que a primeira vez em que fumou maconha também não sentiu efeito. Ficou frustrado.	Não sentiu efeito, ficou frustrado.
P2	Relata que antes de usar maconha, usou benzina e gostou.	Gostou.
P3	Relata que, inicialmente, usava cola de sapateiro e depois passou a usar o <i>crack</i> , droga por qual se apaixonou.	Se apaixonou.
P2	Relata que, quando usava inalantes preferia clorofórmio; gostava do efeito.	Gostava do efeito.
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P3	Relata que com o tempo o <i>crack</i> o deixou com paranóia, medo, mania de perseguição; que no começo fumava na rua, mas que agora fumava dentro de casa. E que para disfarçar ficava limpando a casa.	Medo e mania de perseguição.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Relata que quando fumava maconha em casa também limpava a casa, ficava com medo de alguém chegar.	Medo.
P2	Relata que, quando usou anfetaminas, <i>crack</i> e cocaína, começou a ter paranóia imaginando que estava participando de um sitcom ao vivo. "Fui parar no hospital psiquiátrico".	Paranóia.
P4	Relata que com paranóia devido ao <i>crack</i> ficava em casa de tocaia com uma faca, com medo que a polícia chegasse.	Paranóia e medo.
P4	Relata, ainda, que entrou um colega na casa e o mesmo foi parar no hospital, por tê-lo golpeado com uma faca. Ficou assustado e arrependido.	Assustado e arrependido.
P1	Relata que se sentiu em risco quando usou cocaína e o coração disparou e entrou na Santa Casa pensando que ia morrer.	Medo.
P1	Relata, ainda que, uma vez na favela algumas pessoas, por acaso, se aproximaram do carro e ficou assustado pensando se tratar de assalto.	Assustado.
P2	Relata que foi preso por causa de um assalto um pouco antes de chegar à favela. A polícia o prendeu na favela. Ficou assustado.	Assustado.
P3	Relata que foi usar droga na casa do traficante e chegou um usuário que queria a droga e ele não quis dar. Então o usuário o ameaçou matar com uma arma. Diz que não aconteceu nada mais grave porque o traficante interveio. Ficou com medo.	Medo.
P4	Relata que sentiu em risco logo após um assalto, ao se esconder numa mata que foi cercada pela polícia. Apavorado, chorou e pediu a Deus para não ser preso.	Apavorado.
P4	Relata, ainda que, o amigo foi preso, mas conseguiu escapar e foi à casa de um amigo fumar <i>crack</i> . Paranóico via a polícia chegando por todos os lados.	Paranóico.
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P2	Comenta que veio de uma recaída e não completou os tratamentos anteriores e acredita que o que funcionará agora é terminar esse tratamento.	Terminar o tratamento.
P1	Comenta que não tem medo de recair pela droga, mas o seu maior medo é recair pelo álcool.	Medo do álcool.
P2	Comenta que o álcool também é droga.	Álcool é droga.
P1	Comenta que achar droga ilícita é um pouco mais difícil, mas o álcool é mais fácil, pois está presente em festas de aniversário, casamentos e ocasiões diversas.	Álcool é fácil de conseguir.
P1	Comenta, ainda, que conhece algumas pessoas que recaíram usando álcool e que se usar álcool sabe que vai direto para a cocaína, e que vai se perder pelo caminho.	Álcool vai à cocaína.
P1	Comenta que para ele a porta de entrada para as drogas é o álcool e não a maconha como comumente se diz.	Álcool é a porta de entrada das drogas.



Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Comenta que também pensa que a porta de entrada para as drogas é o álcool.	Álcool é a porta de entrada.
P2	Comenta que suas recaídas sempre vieram por causa do álcool. Diz que nunca conseguia ficar só na cerveja. Logo ia para favela.	Recaídas pelo álcool.
P1	Comenta que lá pela quarta cerveja a pessoa já pensa em procurar droga.	A cerveja faz procurar droga.
P4	Comenta que está quase acabando o tratamento mas que a droga de que tem mais medo, na sua volta, é o álcool.	Medo do álcool..
P2	Comenta que o álcool é nojento.	Álcool nojento
P1	Comenta que o álcool deveria ser considerado uma droga pesada.	Álcool droga pesada.
P3	Comenta que seu medo maior é do <i>crack</i> , pois sua recaída foi diretamente no <i>crack</i> .	Medo do <i>crack</i> .
P1	Comenta que tomou muito remédio na última clínica e que esses remédios não ajudaram.; que gosta desse tratamento porque não se utilizam remédios, porque se fala de sentimentos, da gente.	–
P4	Comenta que recaída é esquecer de ir ao grupo de auto-ajuda, porque sozinho é difícil se manter limpo. Tem que falar com as pessoas; não pode se isolar.	Sozinho é difícil se manter limpo.
P2	Comenta que acabou um tratamento e foi trabalhar num restaurante. Aí lhe ofereceram bebidas alcoólicas. A partir daí foi procurar <i>crack</i> , ecstasy, LSD.	Ofereceram bebidas alcoólicas e recaiu.
P3	Comenta que aqui não está usando <i>crack</i> e nenhuma outra droga, mas está sendo difícil para deixar é cigarro.	É difícil de deixar de usar o cigarro.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P1	Comenta que foi maravilhoso. Diz que parece que lavou a alma; que foi muito bom conversar limpo.	Maravilhoso.
P3	Comenta que estava curioso a respeito da oficina e pensou: 'na próxima vez que tiver eu queria fazer.' Comenta ainda que foi muito bom participar porque conseguiu colocar algumas coisas que ainda não havia colocado pra ninguém.	–
P2	Comenta que quando se pega uma sala boa, pode-se falar muita coisa e a oficina foi uma sala boa.	A oficina é uma sala boa.
P4	Comenta que cresceu bastante, que conseguiu expor muitas coisas, que houve um espaço para se falar.	Crescimento.
P3	Comenta que foi conversado sobre a vida ativa e não se sentiu mal por causa disso.	Não se sentiu mal por falar sobre sua vida ativa.

QUADRO 11 - Sínteses das transcrições sequenciais da Oficina 5

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P3	Relata que viu um amigo usando cocaína na danceteria e ficou chateado.	Chateado com o amigo usando.
P2	Relata que via seu pai tomando bebida alcoólica antes das refeições no bar que era dele. Achava normal.	–
P4	Relata que havia um bar embaixo do escritório em que ele sempre parava para tomar pinga com vermuth. Diz que seu pai lhe pagava um refrigerante e ficava brincando em cima da mesa de sinuca.	–
P4	Relata, ainda, que seu pai lhe ofereceu para experimentar sua bebida mas que ele não quis porque não gostou do cheiro.	–
P1	Relata que seu pai tinha um bar no sítio, no qual ele bebia e quando fechava o bar maltratava sua mãe. Sentia medo e ficava incomodado.	Sentia medo e incomodado quando o pai bebia.
P4	Relata que viu seu pai chegando bêbado, brigando e agredindo sua mãe. Seu pai ameaçou ir embora, mas não foi. Ficou com muito medo.	Ficou com medo quando viu o pai bêbado e agressivo.
P1	Relata que toda vez que seu pai bebia sua mãe fugia de casa, levando-o junto. Sentia-se desamparado, pois tinha um monstro dentro de casa. Lembra-se de coisas tristes; ficava irritado.	Considerava o pai um monstro. Ficava irritado.
P3	Relata que seu pai bebia e batia na sua madrasta e ela também fugia de casa. Batia na madrasta e nos filhos. Ficava com raiva.	Pai batia na madrasta. Ficava com raiva.
P2	Relata que, numa festa junina, a PM (Polícia Militar) acendeu um baseado para mostrar como era o cheiro e a fumaça. Ficou observando e ficou muito curioso.	Curioso.
<i>Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:</i>		
P3	Relata que bebeu pinga pela primeira vez aos dez anos de um dos garraões de seu pai. Tomou muito e desmaiou, entrando em coma alcoólica. Ficou envergonhado.	Desmaiou e ficou envergonhado.
P2	Relata que a primeira vez em que bebeu foi aos seis anos. Seu pai dava o resto açúcar da caipirinha para ele comer. Diz que gostava porque era docinho.	Gostou.
P1	Relata que seu pai mandava preparar caipirinha e ele aproveitava para beber um golinho e que na festa da avó pegava cerveja escondido para beber. Achava bom.	–
P3	Relata que seu pai pedia para pegar pinga. Então aproveitava para tomar um golinho escondido. Sentia sono e ia dormir.	–
P4	Relata que, num churrasco com as amigas, sua mãe lhe deu golinhos de cerveja para tomar e gostou; sentiu sono e foi dormir.	Gostou.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Relata, ainda que, se embriagou com amigas, passou mal, vomitou e apanhou de sua mãe no outro dia. Ficou com raiva.	Apanhou da mãe e ficou com raiva.
P1	Relata que fumou haxixe com um amigo e passou mal. Ficou confuso e começou a ter alucinações.	Teve alucinações e ficou confuso.
P2	Relata que usou haxixe e não se identificou com essa droga, pois o deixava em câmara lenta.	Não se identificou.
P3	Comenta que haxixe faz flutuar e gostou de usar.	Gostou de usar
P1	Relata que pegava cigarro escondido no bar de seu pai e ia fumar debaixo do assoalho. Achava isso legal e queria ser igual ao pai quando crescesse.	Achava legal o pai fumar e queria ser igual o pai.
P3	Relata que fumava cigarro do seu pai escondido no porão e que quando ele descobriu lhe deu uma surra. Ficou com medo e com raiva.	Seu pai descobriu e o bateu. Ficou com medo e com raiva.
P2	Relata que com sete anos, pegava cigarro escondido de seus pais para fazer fumaça. E tinha medo de ser descoberto.	Tinha medo de ser descoberto.
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P3	Relata que capotou o carro com os amigos após cheirar cocaína e beber álcool. Machucou-se e foi para o hospital. Ficou assustado.	Assustado.
P2	Relata que, voltando embriagado da casa da amante, capotou o carro ao acender um cigarro. Felizmente não aconteceu nada de grave. Ficou aliviado.	Aliviado.
P1	Relata que, numa danceteria, ameaçaram seu sobrinho com uma arma. Acabou não acontecendo nada, mas que tremeu muito e ficou com medo.	Ficou com medo.
P4	Relata que foi acusado de roubo de celular e saiu correndo pela rua com medo que os acusadores estivessem armados.	Ficou com medo.
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P4	Comenta que, na recaída, começa-se em mentir, enganar e manipular; que tem que se evitar amigos de ativa e velhos ambientes de que se fazia uso.	Recair é mentir. Evitar amigos e lugares de ativa.
P4	Relata que sua recaída se deu por causa do álcool, que após usar álcool foi procurar <i>crack</i> . Nessa, achava que álcool não era droga.	Recaiu por causa do álcool.
P3	Comenta que prevenção é evitar certos ambientes e certas amizades.	Prevenção é evitar ambientes, certas amizades.
P2	Relata que conseguiu parar de usar por oito meses, frequentando Alcoólicos Anônimos, que mudou para uma cidade em que não havia Alcoólicos Anônimos; enturmou-se com pessoas que bebiam e recaiu.	Frequentar Alcoólicos Anônimos.
P1	Comenta que os pais não deveriam beber; que família e violência em família influencia a criança a beber; que na sua família a bebida só trouxe desgraça.	Os pai não deveriam beber.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P1	Comenta, ainda que, a mídia mostra que a bebida alcoólica é boa, que ela não mostra a pessoa vomitando, brigando, espancando a mulher, se acidentando.	A mídia não mostra a realidade do álcool..
P2	Relata que recaiu numa época de calma, quando estava tudo bem. Não tinha motivo para recair. Acha que talvez estivesse procurando algo a mais.	Procurar algo mais para não recair.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P3	Comenta que foi um aprendizado, que as experiências dos companheiros o fizeram crescer muito.	Cresceu com as experiências.
P1	Comenta que foi bom, que vai ajudar muito na sua própria recuperação.	Vai ajudar na recuperação.
P4	Comenta que foi de muito proveito, que se sente bem aliviado agora.	Alívio.
P2	Comenta que foi bom falar de si, que está se sentindo mais leve.	Sentir-se leve.

**QUADRO 12 - Sínteses das transcrições sequenciais da Oficina 6**

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P4	Relata que, na sua festa de aniversário de nove anos, seu pai e amigos beberam bastante. Ficou curioso e com vontade de beber.	Ficou curioso e com vontade de beber.
P3	Relata que aos cinco anos, numa festa de família, bebendo demais, despertou nele uma curiosidade grande.	Curiosidade grande.
P2	Relata que aos oito viu seu pai chegando em casa bêbado. Foi sua mãe quem o chamou para ver. Ficou chateado.	Ficou chateado.
P2	Relata, ainda, que ajudava sua mãe preparar caipirinha; que achava ruim eles beberem, que as festas eram só para eles tomarem.	—
P1	Relata que a primeira vez que viu alguém usando droga não foi dentro de casa, foi na rua; era cola de sapateiro. Achou estranho.	Achou estranho.
<i>Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:</i>		
P3	Relata que, aos cinco anos seu pai deixava-o experimentar bebida alcoólica e da qual gostava.	Gostou de experimentar álcool.
P3	Relata, ainda, que seu irmão pedia para ele ir buscar seu isqueiro e cigarro; que queria ser igual seu irmão; e que, às vezes, pegava cigarro para fazer fumaça.	—
P2	Relata que pegava cigarro escondido de seu pai para fazer fumaça; que seu tio e sua mãe lhe davam conselhos para não beber e não fumar, mas que eles mesmo bebiam. Achava engraçado.	—

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Relata que a primeira vez em que fumou foi com seu avô E que, aos onze anos, seu pai fê-lo comer uma carteira de cigarro inteira quando descobriu que ele fumava. Ficou vomitando por uns cinco dias. Ficou com raiva.	Ficou com raiva.
P2	Relata que teve contato com álcool em um casamento; e que foi uma experiência gostosa. Ficou alegre e com vontade de experimentar mais.	Foi uma experiência gostosa.
P4	Relata que o primeiro contato com o álcool foi numa festa onde seu pai o deixou tomar um gole. Não chegou a sentir prazer.	Não chegou a sentir prazer.
P4	Relata, também, que seus tios fumavam maconha em casa e isso era normal e que a primeira vez em que fumou com um amigo não viu o mundo colorido mas gostou da sensação.	Gostou da sensação.
P3	Relata que a primeira vez em que fumou maconha foi com os amigos, que sentiu distorção do tempo e gostou.	Gostou do efeito.
P2	Relata que experimentou maconha com seus primos e que ficou com medo de as pessoas o perceberem.	Medo de as pessoas perceberem.
P2	Relata, ainda, que fumava bastante maconha, mas que gostava mesmo de usar era o álcool, que ele e seus amigos competiam para ver quem bebia mais.	Gostou do efeito.
P3	Relata que não suportava muita bebida, que tinha mais compatibilidade com maconha e <i>crack</i> .	–
P1	Relata que usou pela primeira vez, na rua, solvente e maconha com um amigo. Gostou de ter usado.	Gostou de usar.
P4	Relata que a experiência com inalantes – clorofórmio – foi boa. Que usou a primeira vez com um amigo, que ria muito e gostava de usar, que usou cola de sapateiro e não gostou.	Gostou e riu muito.
P2	Relata que sua experiência com inalantes – clorofórmio – também foi boa, que, também, gostava de usar e que não gostou de usar cola de sapateiro.	A experiência foi boa.
P3	Relata que teve experiências com cola de sapateiro mas não gostou porque o efeito passava muito rápido.	Não gostou porque o efeito passou muito rápido.
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P3	Relata que misturou anfetamina com bebida alcoólica e sentiu alucinação e dificuldade em respirar. Achou que ia morrer.	Medo.
P4	Relata que se sentia em risco quando ia buscar droga na favela com sua moto. Corria com moto e muitas vezes quase sofreu acidentes.	–
P2	Relata que usou clorofórmio e começou a andar na pista em meio aos carros em movimento. Quase foi atropelado.	–
P4	Relata que estava usando drogas com o seu irmão na mata e se sentiu em risco pelas pessoas que passavam por perto e os observavam. Pensou que chamariam a polícia.	Medo.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P1	Relata que teve um princípio de overdose ao injetar cocaína; não se lembra, mas foi salvo pelos amigos que lhe fizeram massagem.	–
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P4	Comenta que a melhor prevenção é fazer um bom tratamento, completar os nove meses com seriedade e mudar de atitudes e comportamento.	Fazer o tratamento com seriedade, mudar atitudes.
P1	Comenta que é o que está aprendendo na Comunidade Terapêutica: levar a sério o tratamento, freqüentar Narcóticos Anônimos e acreditar num Poder Superior.	Narcóticos Anônimos, Pode Superior.
P3	Comenta que prevenção é deixar de andar com pessoas que usam drogas e deixar de ser um adicto seco; emudar também, os comportamentos de mentira e manipulação.	Deixar de ser um adicto seco. Mudar comportamentos de mentira.
P2	Comenta que já recaiu e o que o fez recair foram os ressentimentos do passado, das coisas que fez e ensar que não podia ser uma outra pessoa; que sabe, também, que vai ter de evitar para sempre usar algum tipo de droga.	O que o fez recair foi os ressentimentos do passado.
P1	Comenta que recaiu ao usar álcool, porque logo depois que bebeu foi logo buscar cocaína que é o seu grande problema. Então, achar que podia beber foi seu auto-engano.	Voltou a usar cocaína quando usou álcool.
P3	Comenta que na segunda semana de internamento nessa Comunidade, teve vontade de desistir e usar droga e que o que o ajudou foi partilhar com os companheiros. Para ele, a partilha ajuda a prevenir uma recaída.	O que ajuda é partilhar com os companheiros.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P3	Comenta que nesse momento estava precisando falar e essa oficina ajudou-o no tratamento.	Ajudou no tratamento.
P1	Comenta que, embora já tivesse se expressado em outras reuniões, foi muito bom falar sobre ele de novo. Sentiu-se bem.	Sentir-se bem.
P2	Comenta que houve bastante identificação com os companheiros que falaram e que foi um aprendizado compartilhar experiências, pois dá para ver que não é só ela que fez determinadas coisas.	Identificação nas experiências.
P4	Comenta que gostou da liberdade de falar e expor e que isso ajudou-o a se libertar um pouco mais.	Libertação.

QUADRO 13 - Sínteses das transcrições sequenciais da Oficina 7

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P1	Relata que flagrou seu tio fumando maconha no quintal da casa dele, um fato que o marcou bastante e o deixou com medo.	Ficou com medo ver o tio fumar maconha.
P4	Relata que estava numa festa ingerindo bebida alcoólica e viu um rapaz que usou cocaína na sua frente. Sentiu medo, raiva, inadequação. Foi a primeira vez que viu alguém usar droga. Tentou evitá-lo.	Ficou com medo raiva e inadequação.
P2	Relata que na sua infância, via seu pai bebendo e fumando muito e não gostava disso. Seu pai não era agressivo, mas acha que morreu de infarto por causa disso.	—
P2	Relata, ainda, que, aos onze anos via pessoas no colégio em frente a sua casa fumando maconha. Criticava-os por isso.	Criticava as pessoas que fumavam maconha.
P1	Relata que, na sua infância, via seu pai bebendo e fumando cigarro e seu tio morreu de câncer pulmão por causa do cigarro. Não gostava.	—
P3	Relata que, aos seis anos, via seu pai bebendo uísque na lanchonete e via que ele meio mole, meio capengando. Relata, ainda, que seu pai o levava nessas condições embora, de moto.	—
<i>Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:</i>		
P3	Relata que fumou maconha, aos nove anos, na chácara do avô, com amigos. Gostou da euforia. Foi uma sensação gostosa.	Gostou da euforia, da sensação gostosa.
P1	Relata que fumou maconha com um colega de trabalho na casa dele, por curiosidade, e ficou sonolento e com medo de chegar sob o efeito da droga em casa.	Curiosidade e medo de chegar em casa.
P2	Relata que a primeira vez em que bebeu foi numa boate e se sentiu flutuando e com coragem para fazer coisas, perdendo a timidez.	Se sentiu com coragem e perdeu a timidez.
P2	Relata, ainda que, a primeira droga ilícita que usou foi a cocaína com amigos e que gostou da sensação porque parecia que nada tinha limite.	Gostou da sensação.
P4	Relata que seu primeiro contato foi com álcool aos dezesseis anos, no aniversário do irmão de um amigo, por curiosidade. Sentiu uma sensação de satisfação. Quando chegou em casa passou mal; sente vergonha por isso.	Curiosidade e sentiu sensação de satisfação.
P4	Relata, ainda, que usou a droga ilícita pela primeira vez aos dezoito anos com um amigo, por curiosidade, e, nessa vez, não sentiu nenhum efeito. Na segunda vez, riu muito; apareceram altos sentimentos.	Curiosidade. Na segunda vez riu muito.
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P3	Relata que guardou um aparelho de Cd roubado em sua casa e ganhou um pouco de cocaína por isso.	—

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P2	Relata que foi buscar droga em uma favela quando começou um tiroteio e uma bala atingiu sua perna. Correu com o carro e ficou apavorado por quase ter morrido.	Apavorado.
P2	Relata, ainda, que levou uma geral da polícia que o encontrou com droga e sentiu medo. Deram-lhe um sermão e ficou feliz e aliviado por não o prenderem.	Feliz, aliviado.
P1	Relata que, num evento de madrugada, fumava <i>crack</i> numa barraca, quando percebeu que um vigia o observava. Ficou com medo que ele chamasse a polícia.	Medo.
P4	Relata que, embriagado, foi correr com o carro que deslizou e bateu entre duas árvores. Estava com dois amigos e só por Deus não aconteceu nada de mais grave. Saindo dali, foram comprar droga.	–
P1	Aos 26 anos estava fazendo uso de <i>crack</i> na casa de um amigo e seu irmão ameaçou de chamar a polícia.	Medo.
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P1	Comenta que se deve evitar o primeiro gole, o primeiro trago; que o caminho correto para evitar a recaída é o do trabalho, da igreja e da família.	Evitar o primeiro gole e caminhar junto à família trabalho e igreja.
P4	Comenta que já recaiu porque foi conversar com um amigo de ativa e perdeu tudo que havia conquistado enquanto estava limpo. Comenta, ainda, que usar drogas é bom, mas que traz conseqüências ruins.	Recaiu porque foi conversar com um amigo de ativa.
P2	Comenta que, também, já recaiu por freqüentar os mesmos lugares e pessoas que usavam drogas, pois achava que conseguia controlar o uso de álcool. Se não tiver esses cuidados diz que recairá de novo.	Recaiu por freqüentar lugares e pessoas usuárias.
P3	Comenta que recaída é deixar a droga dominá-lo de novo. Diz que foi bom usar droga, mas que teve muita depressão, que, também, teve uma parte ruim.	Usar droga é bom, mas tem a parte ruim.
P3	Comenta, ainda, que prevenção é acabar esse tratamento, não andar mais com os amigos de ativa e tomar cuidado, principalmente, com a maconha por poder achar que ela é uma droga natural.	Prevenção é terminar o tratamento e não andar mais com os amigos.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P4	Comenta que a oficina ajudou-o a lembrar várias coisas que já perdeu.	Lembrar.
P2	Comenta que a oficina fez lembrar-se de fatos que machucam, e que, ao mesmo tempo que dói, lembrar também alivia, que colocar para fora foi bom e ajudou-o no tratamento.	Alívio.
P1	Comenta que a oficina fez refletir o caminho da recuperação, ajudou no crescimento.	Refletir o caminho da recuperação.
P3	Comenta que a oficina o ajudou a lembrar-se, também, das partes ruins da droga, das partes que o levaram a ser o perdedor que era.	Lembrar.



QUADRO 14 - Sínteses das transcrições sequenciais da Oficina 8

Participante	Descrição	Destaque repertórios
<i>Primeiras situações em que presenciou o uso de drogas:</i>		
P2	Relata que viu um colega de seu irmão usando <i>crack</i> no local de trabalho. Achou engraçado.	Achou engraçado.
P4	Relata que viu um cliente de seu pai fumando maconha na oficina. Achou estranho.	Achou estranho.
P5	Relata que, aos sete, flagrou seu pai e seus amigos cheirando cocaína. Achou uma situação estranha.	Achou estranho.
P5	Relata, ainda, que outra vez pegou seu pai cheirando cocaína e bebendo em casa. Ficou irritado e magoado e discutiu com seu pai.	Ficou intrigado, magoado.
P2	Relata que, ao voltar da escola, viu seu pai caído na calçada bêbado. Ficou envergonhado e foi uma coisa difícil de esquecer.	Ficou envergonhado com o pai.
P3	Relata que viu um homem bêbado cair de bicicleta em frente ao bar de sua casa e machucar a cabeça. Ficou assustado.	Ficou assustado.
P4	Relata que, aos seis anos, via seu pai fumando cigarro. Considerava seu pai um herói e pensava que fumar cigarro era bom.	–
P5	Relata que, aos treze anos, deparou-se com a irmã cheirando lança-perfume. Achou a situação engraçada e ficou orgulhoso da irmã.	Achou a situação engraçada.
<i>Situação da primeira vez em que usou algum tipo de droga:</i>		
P4	Relata que seu primeiro contato com ecstasy como <i>go go boy</i> de uma boate GLS para agüentar a noite dançando e fazendo programas com os clientes. Achou excitante.	Achou excitante.
P4	Relata que a primeira droga que usou foi o cigarro na infância, mas não tinha consciência de que era uma droga.	–
P4	Relata, ainda, que a primeira droga que usou, com consciência, foi a maconha num treino de basquete com um amigo. Passou mal e nunca gostou do cheiro e nem do gosto da maconha.	Passou mal e não gostou.
P3	Relata que, quando conheceu a maconha, não gostou, passou mal, também. Usou algumas vezes, mas nunca fez questão de usar.	Achou ruim e passou mal.
P3	Relata, ainda, que a primeira droga que usou foi a cocaína com um tio seu por curiosidade. Foi uma droga de que passou a gostar e se identificar.	Curiosidade e se identificou.
P2	Relata que a primeira droga que usou foi a cocaína, num educandário. Usou porque todo mundo começou a usar. Gostou de ter usado.	Gostou de usar.
P5	Relata que não considera o cigarro como uma droga por não tirar a lucidez.	–
P5	Relata que a primeira droga foi o álcool e usou somente para se divertir. Misturou alguns tipos de bebidas e gostou.	Se divertiu e gostou.

Participante	Descrição	Destaque repertórios
P4	Comenta que para ele o cigarro é a pior droga porque ele mata, gasta dinheiro e não faz a cabeça.	–
P4	Relata, ainda que usou droga injetável e que gostou, e com medo de compartilhar seringa, passou a usar <i>crack</i> .	Medo de partilhar seringas.
P4	Relata, ainda, que usou o <i>crack</i> , gostou e afundou-se nessa droga.	Gostou.
P2	Relata que, depois da cocaína, a droga que passou a usar foi o <i>crack</i> , numa festa. Gostou porque não ardia o nariz, mas chegou ao fundo de poço, vendendo, por isso, carro, roupas	–
P4	Relata que, quando não tinha mais o que vender, passou a prostituir-se.	–
<i>Situações de risco no uso de drogas:</i>		
P4	Relata que participou de um assalto num restaurante. Ficou assustado e urinou nas calças. A polícia os perseguiu atirando e ficou com medo de morrer, e esse foi o maior risco por que correu na vida.	Assustado e medo.
P2	Relata que foi fazer um assalto com colegas em outra cidade e houve confronto com a polícia. Conseguiu escapar mas seus colegas foram presos.	–
P3	Relata que estava usando com um amigo na rua, quando parou uma moto, com duas pessoas e mataram seu amigo a tiros. Apavorado, correu pensando que eles iam matá-lo, também.	Apavorado.
P3	Relata, ainda, que foi preso como suspeito do crime e quase foi para a penitenciária e foi solto porque havia uma testemunha que presenciou o fato. Mesmo assim, continuou com medo de aquelas pessoas o matarem, também.	Medo de ser morto.
P5	Relata que ao usar cocaína teve princípio de overdose. Foi salvo pelos amigos.	–
P5	Relata, ainda, que tentou o suicídio após ter bebido bastante e ter usado outras drogas, isto é uma coisa que ainda o incomoda até hoje.	–
P4	Relata que também já tentou o suicídio atirando-se na frente do circular. Teve apenas algumas fraturas.	–
P4	Relata, ainda, que, ao buscar droga na favela, quando começaram tiros na sua direção, começou a correr em ziguezague e duas pessoas morreram. Só não morreu por Deus. Foi apavorante.	Apavorado.
<i>Discussão sobre prevenção e recaída no uso de drogas:</i>		
P5	Comenta que prevenção na Comunidade é mais fácil se conscientizar, mas prevenção com adolescentes e criança é muito difícil, porque em todas as festas tem bebida alcoólica e até maconha.	Prevenção é difícil porque tem bebidas nas festas.

<b>Participante</b>	<b>Descrição</b>	<b>Destaque repertórios</b>
P4	Comenta que prevenção no Brasil é falida. Tem que começar pela família e que a prevenção deve ser feita pelo resto da vida, trabalhando o amor próprio e auto-estima. Comenta que a recaída é dolorosa e até hoje não sabe se admite que é um adicto.	A prevenção no Brasil é falida, tem que começar a prevenir pela família.
P2	Comenta que a prevenção para o adolescente é difícil, porque depois que experimenta é gostoso. Droga é gostosa. Não vê muita possibilidade em fazer prevenção.	Prevenção é difícil porque a é gostoso.
P4	Comenta, ainda, que a prevenção é falida. Como é que se pode pedir para não fumar <i>crack</i> e incentiva-se a beber cerveja?	Não tem como pedir para não usar <i>crack</i> se incentiva a beber cerveja.
P2	Comenta que antes de usar o <i>crack</i> e cocaína, as pessoas sempre usam antes as bebidas alcoólicas.	Antes de usar o <i>crack</i> as pessoas usam álcool.
<i>Devolutiva dos participantes sobre a participação na oficina:</i>		
P5	Comenta que foi muito bom porque conseguiu expor coisas que nunca conseguiu falar para ninguém.	Foi bom.
P4	Comenta que foi uma experiência nova, que ajudou expor um pouco de sua vida e acabou por lembrar-se de coisas de que não gosta de se lembrar.	Uma experiência nova.
P3	Comenta que foi bom porque conseguiu falar um pouco de si.	Foi bom falar de si.
P2	Comenta que foi uma reunião que ajudou na sua recuperação porque conseguiu expor algumas coisas de sua vida.	Ajudou na sua recuperação.
P1	Comenta que aprendeu muito com os depoimentos que foram dados nesta oficina.	Aprendeu muito.

## APÊNDICE F- Categorização das Oficinas

QUADRO 15 - Categorias das associações de Idéias com a palavra “droga”

Associação com a palavra droga	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	Total
Drogas – substância:	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-álcool	-	-	1	-	-	-	-	-	1
-bebidas	-	-	-	1	-	-	-	-	1
-cocaína	-	1	-	1	-	-	-	-	2
- <i>crack</i>	-	1	-	1	-	-	-	-	2
-haxixe	-	-	-	-	-	1	-	-	1
-maconha	-	1	-	1	-	1	-	-	3
Drogas – materiais:	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-dragão	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-vermes	-	-	-	1	-	-	-	-	1
-peixe	1	1	-	-	1	-	-	-	3
-dinheiro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-sangue	-	-	-	-	-	-	-	1	1
-guarda-roupa	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-celular	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-foto	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-corrimão	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-boné	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-CD	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-cartão	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-arma	-	-	-	1	-	-	-	-	1
-sacola	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-filmadora	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-carro	-	-	-	1	3	-	-	-	4
-skate	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Drogas – campos relacionais	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-sexo	-	-	-	-	-	-	-	1	1
-noite	1	-	-	-	-	-	-	-	1
-festa	1	-	-	1	-	-	-	-	2
-balada	1	-	-	-	-	-	-	-	1
-emprego	-	-	-	-	-	-	1	-	1
-tráfico	-	-	-	1	-	-	-	-	1
-cadeia	-	-	-	-	-	1	-	1	2
-desemprego	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-guerra	-	-	-	-	1	-	-	-	1
-roubo	-	-	1	2	1	-	-	-	4
-prostituição	-	-	-	1	-	-	-	-	1

<b>Associação com a palavra droga</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>	<b>G8</b>	<b>Total</b>
– CARTA	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– clínica	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– favela	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– mal falado na sociedade	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– esportes	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– mãe	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– parentes	–	–	1	–	–	–	–	–	1
– briga familiar	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– família	–	2	1	–	–	–	1	–	4
– andar com amigos	1	–	1	–	–	–	–	–	2
– amigo	–	–	–	–	1	–	1	–	2
– vizinhos	–	–	1	–	–	–	–	–	1
– falta de amor a si mesmo e ao próximo	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– mulher	1	–	–	–	1	–	–	–	2
Drogas – doenças:	–	–	–	–	–	–	–	–	
– neurose	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– insônia	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– AIDS	–	–	1	–	–	–	–	–	1
– doenças	–	2	1	–	–	–	–	–	3
Drogas – efeitos/subjetividades:	–	–	–	–	–	–	–	–	
<i>a) Valor positivado:</i>	–	–	–	–	–	–	–	–	
– saúde	–	1	1	–	–	–	1	–	3
– lazer	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– eficaz	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– espairecer	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– boa	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– prazer	1	–	1	–	–	–	–	–	2
– vida	–	–	–	–	1	–	1	–	2
– recuperação	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– valor	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– trabalho	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– coragem	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– coragem	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– confiança	–	–	–	–	–	–	1	–	1
– alegria	2	–	–	–	–	–	–	–	2
– excitação	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– orgasmo	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– gostosa	–	–	–	1	–	–	–	1	2
– poder	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– sentimento	–	–	–	–	–	1	–	–	1
– loucura	–	1	1	–	–	–	–	–	2
– alucinação	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– alucinante	–	1	–	–	–	–	–	–	1

<b>Associação com a palavra droga</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>	<b>G8</b>	<b>Total</b>
– viagem	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– sonho	–	–	1	–	–	–	–	–	1
– adrenalina	–	–	1	–	–	–	–	–	1
<i>b) Valor negativado:</i>	1	–	–	1	–	–	–	–	2
– adrenalina	–	–	1	–	–	–	–	–	1
– sonho	–	–	1	–	–	–	–	–	1
– viagem	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– alucinação	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– alucinante	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– incompleta	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– loucura	–	1	1	–	–	–	–	–	2
– sentimento	–	–	–	–	–	1	–	–	1
– compulsividade	–	1	–	1	–	–	–	–	2
– dependência	1	–	1	1	–	1	1	–	5
– depressão	–	–	1	–	–	–	1	–	2
– droga faz mal	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– insanidade	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– mal-estar	–	1	–	–	1	1	–	–	3
– obsessão	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– sofrer	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– mágoa	1	–	–	–	–	–	–	1	2
– remorso	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– problemas	–	1	1	–	–	–	–	–	2
– preguiça	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– sofrimento	–	–	–	1	–	–	1	–	2
– ódio	–	–	–	1	1	–	–	–	2
– ofensa	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– solidão	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– nervoso	–	–	–	–	1	–	–	–	1
– inferno	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– inferioridade	–	–	1	–	–	1	–	–	2
– pesadelo	–	–	–	–	–	2	–	–	2
– ruim	–	–	–	–	2	–	–	–	2
– ruindade	–	2	–	–	–	–	–	–	2
– perigosa	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– perda	–	–	–	1	–	–	1	–	2
– maldade	–	1	–	–	–	–	–	–	1
– matar	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– medo	–	1	–	–	2	1	1	–	5
– mortal	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– miséria	–	–	–	–	–	–	–	1	1
– morte	–	–	–	1	–	–	–	–	1
– morrer	1	–	–	–	–	–	–	–	1
– mentira	–	1	–	–	–	–	–	–	1

<b>Associação com a palavra droga</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>	<b>G8</b>	<b>Total</b>
–matadora	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–mata	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–horrível	–	–	–	–	–	1	–	–	1
–fundo de poço	1	–	–	–	–	–	–	–	1
–fuga	–	1	–	1	–	–	–	–	1
–destruição	1	4	–	1	–	–	1	–	7
–destruidora	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–destrói	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–desprezo	–	–	–	–	–	1	–	–	1
–desleixo	–	–	1	–	–	–	–	–	1
–desgraça	1	–	–	–	–	–	–	–	1
–desilusão	–	–	–	1	1	–	–	–	2
–desespero	–	–	1	–	–	–	–	1	2
–desconforto	–	–	–	–	–	–	1	–	1
–desconfiança	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–decepção	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–arrependimento	–	1	–	–	–	–	–	–	1
–ansiedade	1	–	–	–	1	1	1	–	4
–angústia	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–raiva	1	1	–	–	1	1	–	–	4
–rancor	–	–	–	1	1	–	–	–	2
–recaída	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–fracasso	2	–	–	–	–	–	1	–	3
–dor	1	–	–	–	–	–	–	–	1
–caro	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–fim	–	–	1	–	–	–	–	–	1
–violência	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–vingança	–	1	–	–	–	–	1	–	2
–vergonha	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–trágico	–	–	–	1	–	–	–	–	1
–tédio	–	–	–	–	1	1	–	–	2
–tristeza	–	–	–	–	–	–	–	–	–
–falta de Deus	–	1	–	–	–	–	–	–	1
<i>c) outros:</i>	–	–	–	–	–	–	1	–	1
–palavra	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–caos	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–música	1	–	–	–	–	–	–	–	1
–rock	–	–	–	–	–	–	–	1	1
–rápida	1	–	–	1	–	–	–	–	2
–vigiar	–	–	–	1	–	–	–	1	2
–uso	–	1	–	–	–	–	–	–	1
–absoluta	–	–	–	–	1	–	–	–	1
–cheiro	–	–	–	–	1	–	–	–	1

**QUADRO 16** - Categorias das situações em que presenciou o uso de drogas pela primeira vez

Primeira situação	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
<i>Situações do cotidiano familiar:</i>										
- Achava bonito meu pai fumar.	tabaco	6	-	-	-	-	-	-	-	X
- Pai e avô bebiam, via-os alegres.	álcool	8	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi meu pai caído na calçada.	álcool	8	-	-	-	-	-	-	-	X
- Deparei com meu pai usando droga na sala. Discutimos.	álcool e cocaína	11	-	-	-	-	-	-	-	X
- Quando criança via meu pai bebendo.	álcool	6	-	-	-	-	-	-	X	-
- Meu pai bebeu num bar, na minha frente.	álcool	7	-	-	-	-	-	-	X	-
- Via meu pai bebendo em casa.	álcool	8	-	-	-	-	-	X	-	-
- Vi meu irmão mais velho fazendo uso de crack.	crack	15	-	-	-	-	-	X	-	-
- Via pai beber em casa.	álcool	6	-	-	-	-	X	-	-	-
- Meu pai bebia em casa.	álcool	4	-	-	-	X	-	-	-	-
- Meu pai gastava dinheiro com drogas.	maconha	10	-	-	-	X	-	-	-	-
- Via meu primo usando.	maconha	10	-	-	-	X	-	-	-	-
- Meu pai bateu em minha mãe.	álcool	5	-	-	-	-	X	-	-	-
- Meu tio usou na minha frente.	cocaína	12	-	-	-	-	-	-	-	X
- Meu irmão mais velho bebia e eu achava atraente.	álcool	10	-	-	-	-	-	-	-	X
- Meu pai e irmãos beberam e entraram em luta corporal.	álcool	8	-	X	-	-	-	-	-	-
- Meu tio se embriagou num churrasco familiar.	álcool	10	-	-	X	-	-	-	-	-
- Vi meu pai fumando maconha em casa.	maconha	7	-	-	X	-	-	-	-	-
- Lembro que meu pai sempre bebia em casa.	álcool	7	X	-	-	-	-	-	-	-
- Minha mãe fumava perto de mim eu achava legal.	tabaco	6	X	-	-	-	-	-	-	-
- Via meu pai fumando cigarro de tabaco em casa.	tabaco	6	X	-	-	-	-	-	-	-
- Meu pai bebia em casa.	álcool	6	-	-	-	-	X	-	-	-
- Um tio agrediu verbalmente meu primo.	álcool	11	-	-	-	-	X	-	-	-
<i>Situações do cotidiano escolar:</i>										
- Um colega na escola fumou um baseado na minha frente.	maconha	12	-	X	-	-	-	-	-	-
- Ao sair da escola, vi dois rapazes fumando maconha e a polícia apareceu e perseguiu-os.	maconha	12	-	-	X	-	-	-	-	-



Primeira situação	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
– Alguns colegas de escola fumaram um baseado na minha frente.	baseado	14	–	X	–	–	–	–	–	–
– Vi jovens fumando maconha na escola.	maconha	15	–	–	–	–	X	–	–	–
<i>Eventos sociais</i>										
a) esportes:										
– Durante um jogo de bola vi dois rapazes cheirando cocaína.	cocaína	12	–	–	–	–	–	X	–	–
– Vi meu vizinho beber num jogo de futebol, numa associação.	álcool	6	–	–	X	–	–	–	–	–
– Meu pai bebia cerveja após o futebol.	álcool	5	X	–	–	–	–	–	–	–
b) festas:										
– Vi uma pessoa usando coca no banheiro da escola. Assustei-me	cocaína	12	–	–	–	–	–	–	–	X
– Vi meu tio embriagar-se na festa de aniversário dele.	álcool	6	–	–	X	–	–	–	–	–
– Depois da boate, uns amigos começaram a cheirar cocaína dentro do carro. Senti-me assustado.	cocaína	17	–	–	X	–	–	–	–	–
– Meu primo cheirou cocaína na festa de aniversário dele, na minha frente.	cocaína	8	–	X	–	–	–	–	–	–
– Numa festa de aniversário, vi minha irmã cheirando lança-perfume. Fiquei orgulhoso.	inalantes	7	–	–	–	–	–	–	–	X
– Meu pai embriagou-se na festa do meu aniversário.	álcool	9	–	–	–	–	–	X	–	–
– Meus pais beberam numa festa.	álcool	9	–	X	–	–	–	–	–	–
– Num casamento, vi várias pessoas bebendo e brigando.	álcool	5	–	X	–	–	–	–	–	–
– Vi meu irmão cheirando cocaína numa festa.	cocaína	12	X	–	–	–	–	–	–	–
– Via as pessoas bebendo e felizes numa festa.	álcool	11	X	–	–	–	–	–	–	–
c) vida noturna:										
– Meus amigos cheiraram cocaína numa boate.	cocaína	19	–	X	–	–	–	–	–	–
– Vi meus amigos cheirando lança-perfume num show.	inalantes	13	–	X	–	–	–	–	–	–
– Minha irmã fumou num show.	maconha	11	–	–	–	X	–	–	–	–
– Num baile de carnaval, vi um grupo de pessoas cheirando lança-perfume.	inalantes	11	–	X	–	–	–	–	–	–

Primeira situação	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
- Vi um colega cheirando cocaína na boate.	cocaína	16	-	-	X	-	-	-	-	-
- Flagrei um amigo usando cocaína na boate.	cocaína	18	-	-	-	-	X	-	-	-
- Vi pessoas usando <i>crack</i> no clube. Recriminei-as.	<i>crack</i>	14	-	-	-	-	-	-	-	X
<i>Outras situações do cotidiano</i>										
- Meus amigos começaram a fumar um baseado na minha frente, na rua.	maconha	9	-	X	-	-	-	-	-	-
- Na casa de um amigo, vi um colega cheirando cocaína.	cocaína	16	-	-	-	-	-	-	X	-
- Tinha um amigo meu mais velho que fumou <i>crack</i>	<i>crack</i>	10	-	-	-	-	-	-	X	-
- Vi dois amigos meu fumando maconha. Não me deixaram experimentar.	maconha	11	-	-	-	-	-	-	X	-
- Vi um amigo fumando cigarro. Fiquei curioso.	tabaco	11	-	-	-	-	-	X	-	-
- Vi um amigo cheirando cola	inalantes	13	-	-	-	-	-	X	-	-
- Meus amigos fumaram maconha no carro.	maconha	15	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi um amigo cheirando cola.	inalantes	9	X	-	-	-	-	-	-	-
- Vi um tio de um amigo fumando maconha na frente da casa dele.	maconha	12	-	-	X	-	-	-	-	-
- Na frente do prédio, via pessoas usando maconha.	maconha	12	-	-	-	X	-	-	-	-
- Vi um colega de trabalho do meu irmão usando <i>crack</i>	<i>crack</i>	13	-	-	-	-	-	-	-	X
- Vi um freguês do meu pai fumando maconha.	maconha	8	-	-	-	-	-	-	-	X
- Vi um bêbado caindo de bicicleta.	álcool	11	-	-	-	-	-	-	-	X
- Vi uma turma fumando maconha na rua.	maconha	8	X	-	-	-	-	-	-	-
- Vi meus colegas usando cocaína.	cocaína	13	X	-	-	-	-	-	-	-
- Flagrei meu irmão cheirando benzina no trabalho.	inalante	13	-	-	X	-	-	-	-	-
- Meu vizinho usava sempre maconha antes do almoço.	maconha	10	-	-	-	-	-	-	-	X
- Meu tio me deu álcool para beber.	álcool	3	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi meninos usando no semáforo.	inalantes	9	-	-	-	-	X	-	-	-
- Meu tio morreu de overdose na minha frente	cocaína	10	-	X	-	-	-	-	-	-

Primeira situação	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
- Eu via um vizinho que cheirava cola.	inalantes	-	-	-	-	X	-	-	-	-
- Via pessoas usando no lixão.	maconha	7	-	-	-	X	-	-	-	-
- Vi meu tio fumando maconha.	maconha	14	-	-	-	-	-	X	-	-
- Meu primo estava cheirando cocaína na casa de minha tia.	cocaína	12	-	-	-	-	-	X	-	-
- No ano novo vi meus primos fumando maconha.	maconha	12	-	-	-	-	-	X	-	-
- Viajando vi um menino cheirando cola na rua.	inalantes	8	-	-	-	-	-	X	-	-
- Meu primo fumou maconha na minha frente.	maconha	10	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi meus colegas cheirando cola na rua.	inalantes	12	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi meus colegas cheirando cola na rua.	inalantes	12	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi o meu vizinho fumando maconha.	maconha	10	-	X	-	-	-	-	-	-
- Vi meu tio fumando maconha no quintal de casa. Senti medo.	maconha	9	-	-	-	-	-	-	X	-

**QUADRO 17** - Categorias das situações da primeira vez em que usou algum tipo de droga

Primeira vez	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
<i>Situações do cotidiano familiar:</i>										
- Tomava escondido a pinga de meu avô.	álcool	11	-	-	-	-	-	-	X	-
- Peguei cigarro escondido de meu pai e fumei.	tabaco	6	-	-	-	-	-	-	-	X
- Fumava o cigarro de minha mãe escondido.	tabaco	6	X	-	-	-	-	-	-	-
- No aniversário da minha mãe, ela me ofereceu espuma da cerveja.	álcool	7	-	-	-	-	X	-	-	-
- Bebi a pinga de meu pai, escondido.	álcool	10	-	-	-	-	X	-	-	-
- Meu pai oferecia espuma de cerveja	álcool	7	-	-	-	X	-	-	-	-
- Pedi bebida em casa pro meu pai. Fiquei eufórico.	álcool	10	-	-	-	-	-	X	-	-
- Numa festa de família pedi cerveja pro meu pai. Achei ruim.	álcool	5	-	-	-	-	-	X	-	-
- Meu pai dava caipirinha pra beber.	álcool	6	-	-	-	-	X	-	-	-
- Bebia da caipirinha que preparava para meu pai.	álcool	7	-	-	-	-	X	-	-	-

Primeira vez	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
– Bebi uísque dos meus avós, escondido.	álcool	7	–	–	X	–	–	–	–	–
– Num almoço familiar, meu tio ofereceu bebida.	álcool	7	–	–	X	–	–	–	–	–
– Minha prima me ofereceu um gole de caipirinha.	álcool	7	–	X	–	–	–	–	–	–
– Em casa sozinho.	cigarro	10	X	–	–	–	–	–	–	–
<i>Situações do cotidiano escolar:</i>										
– Usei maconha com colegas de escola. Gostei muito.	maconha	14	–	X	–	–	–	–	–	–
– Um colega me ofereceu na escola eu usei e gostei.	maconha	14	–	X	–	–	–	–	–	–
<i>Eventos sociais:</i>										
a) esportes:										
– Num treino de basquete, fumei com um amigo. Fiquei confuso.	maconha	12	–	–	–	–	–	–	–	X
b) festas e vida noturna:										
– Tomei vinho numa festa com amigos.	álcool	15	X	–	–	–	–	–	–	–
– Um amigo me ofereceu coca numa festa. Me identifiquei.	cocaína	15	–	–	–	X	–	–	–	X
– Num show, caipira com cerveja, com meus primos.	álcool	13	–	–	–	–	X	–	–	–
– Bebi numa danceteria com os amigos.	álcool	16	–	–	–	–	–	–	X	–
– Estava numa festa quando me ofereceram crack. Me apaixonei.	crack	16	–	–	–	–	–	–	–	X
– Fumei pela primeira vez num baile.	tabaco	12	–	–	–	–	–	–	–	X
– Bebi pela primeira vez numa festa de casamento. Gostei.	álcool	12	–	–	–	–	–	X	–	–
– Numa festa de minha irmã e seus amigos. Vomitei.	álcool	10	–	–	–	X	–	–	–	–
– Bebi cerveja no aniversário do meu irmão.	álcool	9	X	–	–	–	–	–	–	–
– Saí com meu irmão à noite e bebi com ele. Passei mal.	álcool	14	–	X	–	–	–	–	–	–
<i>Outras situações do cotidiano.</i>										
– Comecei a fumar com meus amigos.	tabaco	11	–	–	–	–	–	–	–	X
– Me diverti e bebi na beira de um rio com amigos.	álcool	14	–	–	–	–	–	–	–	X
– Um amigo mais velho me apresentou.	inalantes	13	–	–	–	–	–	X	–	–
– Na rua com amigos.	cigarro	11	X	–	–	–	–	–	–	–

Primeira vez	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
– Furtei a droga de dois amigos e fui usar sozinho.	maconha	11							X	
– Cerveja com meu pai num baralho entre amigos.	álcool	8	–	–	X	–	–	–	–	–
– Após o trabalho, bebi cerveja no clube com os colegas.	álcool	13	X	–	–	–	–	–	–	–
– Fui à casa do meu vizinho e fumei com ele. Me senti confuso e extrovertido.	maconha	12		X						
– Meu pai estava bebendo cerveja num bar e ofereceu para eu tomar.	álcool	8	–	X	–	–	–	–	–	–
– Num restaurante meu pai ofereceu cerveja.	álcool	8	–	–	X	–	–	–	–	–
– Meu primo me convidou para cheirar cola.	inalantes	12	–	–	–	X	–	–	–	–
– Fumei com um colega de trabalho.	maconha	15	–	–	–	–	–	–	X	–
– Bebi escondido a bebida de meu tio.	álcool	9	–	–	–	–	–	–	–	X
– Um ajudante de meu pai cheirava e me ofereceu.	cocaína	10	–	–	–	–	–	–	–	X

**QUADRO 18 -** Categorias das situações de risco no uso de drogas

Situações de risco no uso	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
<i>Risco de acidente:</i>										
– Tive um acidente de carro em alta velocidade.	álcool	–	–	–	–	–	X	–	–	–
– Bati com o carro em alta velocidade.	maconha	–	–	–	–	X	–	–	–	–
– Destruí um carro num racha.	cocaína	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Indo buscar drogas, bati o carro e dois amigos morreram.	cocaína	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Bati o carro e com minha filha e esposa dentro.	álcool	–	–	X	–	–	–	–	–	–
– Embriagado, colidi com o carro num ponto de ônibus. Por sorte não havia ninguém.	álcool	–	–	X	–	–	–	–	–	–
– Após uma festa bati o carro em alta velocidade.	cocaína	20	–	–	–	–	–	–	X	–
– Bati o carro a 200 km/h. Quase morri.	crack	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Sofri um acidente de carro em alta velocidade.	álcool	–	–	–	–	–	X	–	–	–
– Capotei o carro várias vezes ao sair de uma festa.	cocaína e álcool	–	–	–	–	–	X	–	–	–

Situações de risco no uso	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
- Fui buscar droga e na volta, o carro rodou na pista.	<i>crack</i>	-	-	-	-	-	-	X	-	-
<i>Risco de morte:</i>										
- Tomamos champagne eu e meu sobrinho até desmaiar. Fiquei com medo.	álcool	12	-	X	-	-	-	-	-	-
- Estava fumando <i>crack</i> escondido no lote e o dono atirou contra mim.	<i>crack</i>	-	-	X	-	-	-	-	-	-
- Um colega meu usou e ameaçou matar com arma de fogo.	<i>crack</i> e maconha	16	-	-	-	-	-	-	X	-
- Estava usando droga e uns usuários chegaram e atiraram em meu amigo	álcool e <i>crack</i>	-	-	-	-	-	X	-	-	-
- Um usuário ameaçou me matar caso não desse a droga para ele.	<i>crack</i>	-	-	-	-	X	-	-	-	-
- Um traficante ameaçou-me de morte.	<i>crack</i>	-	-	-	-	X	-	-	-	-
- Usei cocaína e tive uma overdose e parei numa clínica.	cocaína	-	-	-	-	X	-	-	-	-
- Comecei a ter alucinações e me internaram.	cocaína	-	-	-	-	X	-	-	-	-
- Começou um tiroteio numa boate e fiquei com medo.	álcool	16	-	-	X	-	-	-	-	-
- Estava bebendo num bar quando começaram a brigar, levei uma garrafada na cabeça e fui para o hospital.	álcool	-	-	X	-	-	-	-	-	-
- Comprei 400,00 reais de <i>crack</i> , fumei tudo e passei mal.	<i>crack</i>	-	-	X	-	-	-	-	-	-
- Estava traficando e trocamos tiros com a polícia na fronteira. Meu amigo morreu.	maconha	-	-	X	-	-	-	-	-	-
- Um amigo meu desmaiou após o uso de cocaína. Levei pro hospital.	cocaína	-	-	X	-	-	-	-	-	-
- Fui comprar droga na favela e começaram a atirar em mim. Saí correndo.	<i>crack</i>	19	-	-	-	-	-	-	-	X
- Estava usando quando chegaram de moto e mataram meu amigo.	<i>crack</i>	18	-	-	-	-	-	-	-	X
- Estava usando numa festa quando senti dores no peito e desmaiei.	inalantes	18	-	-	-	-	-	-	-	X
- Estava numa favela quando levei um tiro na perna. =	maconha	21	-	-	-	-	-	-	X	-
- Um amigo passou mal devido ao uso. Fiquei apavorado.	<i>crack</i>	-	X	-	-	-	-	-	-	-

Situações de risco no uso	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
– Estava usando e comecei a passar mal. Quase morri.	<i>crack</i>	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Estava usando droga e o companheiro começou a ter convulsões. Fiquei apavorado.	<i>crack</i>	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Tive um início de overdose em casa.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	X	–	–	–
– Estava usando <i>crack</i> e desmaiei. Pensei que ia morrer.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– Fui confundido com outra pessoa e quase me mataram a tiros.	–	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Me sentia perseguido, pensei que eles iriam me matar.	<i>crack</i>	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Tive uma overdose de cocaína. As pessoas me socorreram. Quase morri.	cocaína	22	–	–	–	–	–	–	–	X
– Quase morri com drogas injetáveis.	cocaína	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Um colega apontou uma arma de fogo e a mesma falhou.	–	–	X	–	–	–	–	–	–	–
<i>Risco ser preso</i>										
– Roubei no meu emprego e fui descoberto. Fiquei com medo que soubessem do meu uso.	maconha	16	–	X	–	–	–	–	–	–
– Parado pela polícia, engoli a droga para não ser preso.	<i>crack</i>	–	–	X	–	–	–	–	–	–
– Perseguido pela polícia ao usar drogas.	<i>crack</i>	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Usei droga no banheiro do fórum, podia ter sido preso.	<i>crack</i>	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Fumando no traficante e a polícia apareceu. Saí pelos fundos	<i>crack</i>	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Cheirava na frente da escola à vista de todos. Podia ser preso.	inalantes	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– Fumava num local em que, de vez em quando, a polícia passava	maconha	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– Fumava <i>crack</i> na favela e a polícia passava em ronda.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– A polícia nos surpreendeu usando drogas e nos prendeu.	<i>crack</i>	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Assaltávamos um restaurante e trocamos tiros com a polícia.	<i>crack</i>	22	–	–	–	–	–	–	–	X
– Numa blitz, fiquei com medo que descobrissem a minha droga.	maconha	17	–	X	–	–	–	–	–	–

Situações de risco no uso	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
– Estava usando e ouvi passos. Pensando ser a polícia, saí correndo.	<i>crack</i>	15	–	X	–	–	–	–	–	–
– Fui preso por portar drogas.	<i>crack</i>	18	–	–	–	–	–	–	–	X
– Usava escondido no motel, quando a polícia chegou e me prendeu.	<i>crack</i>	18	–	–	–	–	–	–	–	X
– Cercado por policiais na casa de um amigo após um assalto.	–	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Quando saí da casa do traficante a polícia chegou e o prendeu.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– Usava no banheiro de um bar, quando chamaram a polícia. Saí correndo.	cocaína	16	–	–	–	–	–	–	–	X
– Invadi o vizinho para roubar cerveja, escondido.	álcool	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Fui fazer um furto e fiquei com medo de ser preso.	<i>crack</i>	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– Roubei a casa de um traficante.	<i>crack</i>	–	–	–	–	X	–	–	–	–
– A polícia me abordou em uso e eu fiz um acerto com eles.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– A polícia nos deu uma geral e eu tinha droga no bolso. Fiz um acerto.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– Policiais me bateram para eu dar-lhes a droga.	maconha	–	–	–	X	–	–	–	–	–
– A polícia nos surpreendeu usando droga – namorada – e eu apanhei.	<i>crack</i>	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Preso por porte de drogas, apanhei muito.	maconha	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Um policial me extorquiou com uma arma apontada.	maconha	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Em uma batida os policiais pediram dinheiro para não me prender.	<i>crack</i>	–	X	–	–	–	–	–	–	–
– Estava usando e o irmão de meu amigo quase chamou a polícia.	<i>crack</i>	26	–	–	–	–	–	–	X	–
– Usava num evento e vi os vigias me observando.	<i>crack</i>	32	–	–	–	–	–	–	X	–
– Estava usando droga na mata e fiquei com medo dos passantes.	<i>crack</i>	–	–	–	–	–	–	X	–	–
<i>Risco de perda de afeto:</i>										
– Fiquei com medo de o meu padrasto me espancar por eu furtar suas coisas.	maconha	–	–	–	–	–	–	X	–	–
– Minha mãe me flagrou fumando maconha na frente de casa.	maconha	–	–	–	X	–	–	–	–	–



Situações de risco no uso	Droga	Idade	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8
- Tinha medo que minha mãe descobrisse que eu fumava cigarros.	tabaco	-	X	-	-	-	-	-	-	-
- Quando bebia na adolescência tinha medo que minha mãe descobrisse.	álcool	-	X	-	-	-	-	-	-	-
- Tinha medo que minha esposa descobrisse que eu usava.	cocaína	-	X	-	-	-	-	-	-	-
- Após ser hospitalizado, receei o médico contar pra minha esposa que eu fazia uso.	maconha e álcool	37	-	X	-	-	-	-	-	-
<i>Outros riscos:</i>										
- Me envolvi numa briga na boate.	maconha	-	-	-	-	-	X	-	-	-
- Após o uso comecei a andar descontrolado na rodovia, a pé.	inalantes	-	-	-	-	-	-	X	-	-
- Um amigo começou a ter convulsões no uso; fiquei assustado.	crack	14	-	-	-	-	-	-	X	-
- Andei 5 km à noite, na favela, para buscar drogas.	crack	-	-	-	X	-	-	-	-	-
- Bebi no quartel e fiquei com medo de ser expulso.	álcool	19	-	X	-	-	-	-	-	-
- Tentaram roubar meu carro na favela.	crack	-	-	-	-	X	-	-	-	-
- Acabei de comprar drogas e fui assaltado por dois garotos. Reagi e me machuquei.	maconha	22	-	X	-	-	-	-	-	-
- Assaltado por bandidos em uma favela.	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
- Fui nadar na praia e comecei a ter câibras.	cocaína, maconha	-	-	-	X	-	-	-	-	-



## ANEXO A - Autorizando a realização da pesquisa

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Eu, **IVALDO SARTOR**, presidente do Centro de Apoio e Reabilitação de Toxicômanos e Alcoolistas, autorizo o psicólogo **ADROALDO BITTENCOURT**, de CRP 08/8356/9, a realizar pesquisa no CARTA

O objetivo da pesquisa é compreender os sentidos que são atribuídos ao processo de adicção, na perspectiva de pessoas atualmente internadas para recuperação da dependência de substâncias psicoativas.

Compreendo, ainda, que a participação dessas pessoas em tratamento no CARTA é voluntária, e os participantes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme regras da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 e da Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) 016/2000.

Palotina/Pr 05 de agosto 2005

  
**IVALDO SARTOR**  
Presidente

## ANEXO B - Declaração do Comitê de Ética

**DECLARAÇÃO**

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “O contato com a primeira droga: usos e abusos, sentidos e lugares”, de responsabilidade de Adroaldo Bittencourt, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco-CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 01 de junho de 2006.



Regina Stela Andreoli de Almeida  
Presidente do CEP/UCDB