

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Carolina Couto da Mata

**OUTRA HISTÓRIA: A EXPERIÊNCIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS
NO ENFRENTAMENTO DA VIDA**

Belo Horizonte

2016

Carolina Couto da Mata

OUTRA HISTÓRIA: A EXPERIÊNCIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS NO
ENFRENTAMENTO DA VIDA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção de grau de Doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Andrade de Barros

Belo Horizonte

2016

150

M425o

2016

Mata, Carolina Couto da

Outra história [manuscrito] : a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida / Carolina Couto da Mata. - 2016.

157 f.

Orientadora: Vanessa Andrade de Barros.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Toxicomania - Teses . I. Barros, Vanessa Andrade de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

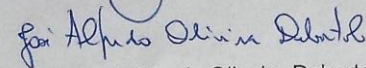
Outra história: a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida

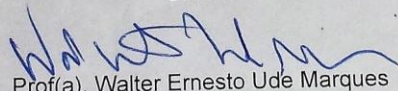
CAROLINA COUTO DA MATA

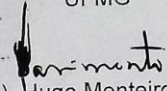
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Aprovada em 31 de maio de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Vanessa Andrade de Barros - Orientador
UFMG


Prof(a). José Alfredo Oliveira Debortoli
UFMG


Prof(a). Walter Ernesto Ude Marques
UFMG


Prof(a). Hugo Monteiro Ferreira
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Belo Horizonte, 31 de maio de 2016.

DEDICATÓRIA

A todos e todas que, apesar da dor do existir, ainda têm esperança.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amores, Vinícius, Lucas e Marina.

Ao meu pai, por batalhar pelos meus estudos.

À minha mãe, por me incentivar e me apoiar na realização desta tese.

Aos meus familiares, em especial à minha irmã Camila e minha sogra Maria Luiza, pelo apoio nos momentos conclusivos desta tese.

À minha companheira do cotidiano Lena, por cuidar com tanto carinho da minha família.

A Ronaldo, Ana Luiza e filhos, por tantas experiências de amor.

À Terra da Sobriedade, em especial aos dependentes químicos, pela confiança e pela generosidade de partilharem comigo suas “pérolas da experiência”.

Aos meus colegas de equipe de trabalho, pela competência e generosidade durante as minhas ausências.

Ao GES.TO – Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional, por tanto ensinamento.

À Profa. Vanessa, por seu afeto durante as orientações e as aulas.

À minha grande amiga Fabiana, por tantas conversas e pelo afeto recíproco.

Ao Prof. Francisco Lima, pelas valiosas dicas para esta tese.

Às colegas Thaísa – minha professora particular de psicanálise – e Laís, pelo companheirismo.

Aos Professores José Alfredo e Walter Ude, pela leitura generosa e cuidadosa desde a qualificação.

Ao Prof. Hugo, pela sua poesia e disponibilidade em participar de minha banca.

Por fim, ao Espírito Santo de Deus, por me guiar sempre e acender em mim o fogo do Seu amor.

“Às vezes o coração, rasgado pela dor, vira retalho. Recomenda-se, nestes casos, costurá-lo com uma linha chamada recomeço. É o suficiente.”

Cora Coralina

RESUMO

Mata, Carolina C. (2016). Outra história: a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

A dependência química tem sido considerada um problema social e de saúde pública no Brasil. Frequentemente, os próprios dependentes químicos e os profissionais que atuam nesse campo usam o termo “recuperação” ao se referirem ao processo singular de cuidado da condição de saúde desses sujeitos. Nesta tese, com base nas narrativas biográficas, nos grupos de discussão entre dependentes químicos e em nossa experiência profissional, compreendemos a “recuperação” como um “enfrentamento” e o adoecer como parte do viver. Nesse sentido, a saúde e a doença desses sujeitos foram relacionadas à capacidade deles de agir e reagir ao que percebiam ameaçar suas vidas, ao se sentirem naturalmente convocados a enfrentar o próprio sofrimento, por percebê-lo como uma limitação. Ao transformarem o seu modo de vida, ao responderem ao que lhes sucedia e pelo modo como conferiam sentido a esse processo, eles construíram um saber pela experiência de enfrentamento. Dessa forma, esses “sujeitos da experiência” constituíram sua existência, sua personalidade, seu caráter, sua particularidade, sua estética, sua ética, sua cultura, enfim, sua humanidade. Os recursos que os dependentes deste estudo desenvolveram para agir e enfrentar sua condição de vida foram aprendidos em três contextos: no modelo comunitário de tratamento, nos grupos de mútua-ajuda e na espiritualidade/religião. O processo de engajamento desses sujeitos nesses contextos sociais ofereceu um campo rico em práticas culturais para experimentarem situações de aprendizagem sobre o enfrentamento do adoecer como parte do movimento da vida. Essa *aprendizagem situada* enfatiza a natureza relacional da produção do conhecimento ao negociar significados e ainda pela característica socializante das atividades. A dimensão social e interacional da aprendizagem seria atravessada por tensões, conflitos, mudanças, improvisos, invenções e relações de poder, compreendidos como um cenário fértil para o aprender. Nesses cenários de aprendizagem, denominados *comunidades de prática*, os dependentes compartilharam saberes e modos de agir que redimensionaram suas maneiras de viver e formaram a comunidade dos “*dependentes em recuperação*”.

Palavras-chave: dependência química, experiência, aprendizagem situada e comunidade de prática.

ABSTRACT

Mata, Carolina C. (2016). Outra história: a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Drug addiction has been considered social and public health problems in Brazil. Addicts and professionals commonly refer to recovery as a natural process of overcoming this condition. Based on biographical narratives, discussion groups and our expertise, this thesis proposes "recovery" as both a dynamic and historical process of facing life-threatening experiences, considering illness part of living. In this sense, health status improvement relates to the addicts' ability to act and react to what happens to them. They feel naturally invited to face their own suffering, perceived as a limitation. They gain knowledge by giving meaning to this whole process, as well as from their coping experience. In our research, addicts have developed coping skills through three settings: therapeutic communities, mutual-help groups, and spiritual and/or religious experiences. The process of engagement in these social practices offered them a large field of situated learning activities just as it emphasized the relational nature of knowledge production. Tensions, conflicts, changes, improvements, inventions and power relations offered rich settings in learning opportunities. In these contexts, called communities of practice, dependents shared experiences, knowledge and ways of overcoming their problems, building a community of "addicts in recovery".

Keywords: drug addiction, experience, situated learning, community of practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.A.	Alcoólicos Anônimos
APA	American Psychiatric Association
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CEIP	Centro de Internação Provisória para Adolescentes Infratores
CT	Comunidade Terapêutica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MS	Ministério da Saúde
N.A.	Narcóticos Anônimos
NIMHE	Agência Nacional para a Saúde Mental
PNAD	Política Nacional do Ministério da Saúde para Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Política sobre Drogas
SMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SPA	Substâncias Psicoativas
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODOC	United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivo geral.....	17
1.2	Objetivos específicos.....	17
2	PERCURSO METODOLÓGICO	19
2.1	Recursos metodológicos utilizados.....	21
2.1.1	Questionário.....	21
2.1.2	Entrevista biográfica.....	22
2.1.3	Grupo de discussão: o saber da experiência.....	24
2.1.4	Os encontros.....	27
2.2	Os participantes do estudo.....	29
3	PENSANDO O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	35
3.1	A vida como uma atividade normativa.....	35
3.2	Sobre a dependência química.....	40
4	A RECUPERAÇÃO COMO UM ENFRENTAMENTO	49
4.1	É possível definir <i>recuperação</i> ?.....	49
4.2	A dimensão singular do enfrentamento.....	54
4.3	A abstinência: princípio ou resultado da <i>recuperação</i> ?.....	57
5	A SAÚDE E A DOENÇA COMO UMA EXPERIÊNCIA VIVIDA	62
5.1	O limite como uma experiência.....	62
5.2	O limite afetivo.....	66
5.3	O limite social e moral.....	70
5.4	O reconhecimento do próprio limite.....	71
6	RECURSOS PARA O ENFRENTAMENTO: AS EXPERIÊNCIAS DOS DEPENDENTES EM COMUNIDADES DE PRÁTICA	78
6.1	O modelo comunitário de tratamento.....	78
6.2	Os grupos de mútua-ajuda.....	89
6.3	A espiritualidade e a religião.....	101
6.4	Os “dependentes em <i>recuperação</i> ” como uma comunidade de prática.....	108
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICE A	138
	APÊNDICE B	139
	APÊNDICE C	140
	ANEXO A	156

1. INTRODUÇÃO

Recuperação não é só dizer, tem que praticar. Já conheci na irmandade [grupos de mútua-ajuda para dependentes químicos] pessoas que faziam tudo perfeito: frequentavam grupo e falavam de literatura, tinha padrinho, trabalhava dentro do ambiente de recuperação, lidava com outros adictos, tinha afilhado, ou seja, ela fazia tudo certinho, tudo que a irmandade pede. Só que a pessoa tava [sic] recaída, tava [sic] usando droga. Pessoas que fizeram tudo certo, estava [sic] em recuperação, que é o que diz no livreto: frequentar grupos, estar em algum serviço [pela irmandade], tesoureiro, secretário, ou então numa religião de escolha, trabalhar com outros adictos, trabalhar os passos, escrevendo, partilhando, padrinho. Lembro de casos dessa enrolação, gente que não deixava uma sombra de dúvida para alguém pensar se ele estava ou não em recuperação. Ele ajudava, uma fazeção [sic] danada, as partilhas fazia [sic], chorar, só que, no fundo no fundo, o cara não queria viver isso, ele queria usar. Ele tava [sic] dando um tempo. Ele tem vontade de usar, mas faz tudo o que é sugerido, só para dar um tempo, porque a vontade dele mesmo é ter um dinheiro e uma condição de uso de droga. É muito relativo. Até hoje, sinceramente, a pessoa está em recuperação é porque é Deus em cima: Ele tá [sic] ajudando a pessoa. Porque a pessoa de próprio, é mais difícil. Se não tiver desintoxicação, sem droga, não tem jeito [de recuperar]. (...). Eu tenho que ser verdadeiro, da mesma forma que eu sou no trabalho, eu sou em casa. (...). Se ela é diferente em casa do que é no grupo, ela está sendo um cordeirinho. Isso é mascara, tá [sic] só fingindo, fala tudo o que é sugerido que é bom, que faz parte do catálogo do book da recuperação, mas chega em casa ele “pica o pé” [sic] em tudo e não pratica na vida familiar. Ele não tá em recuperação. (...). Faz tudo certinho, mas só pra mostrar. Ela fica sem droga pensando no “só por hoje”. Ela vai vivendo, e quando você assusta você já viveu um mês, depois um ano, e você tem que viver o resto da vida. Isso também é pesado, o cara tem que ter uma “porra louca” [sic], tem que ter algo para fazer. Dar um “ufa, hoje eu não quero saber de nada”. Aí fica muito estressante, aí só Deus mesmo, porque, se for pelo cara mesmo, o cara acaba usando. Todo mundo tem uma válvula de escape na hora que a coisa começa a apertar, (...) ela tem que se agarrar em alguma coisa. Ou ela se agarra a Deus ou à droga. Entre Deus e a droga, todos dois são poder. Deus é muito mais poderoso que droga, mas a pessoa tem que acreditar nisso. Se ela não acredita nisso, ela vai naquilo que ela já conhece, e o desconhecido sempre é Deus. Então, ela acaba usando. (Gutierrez, 25 anos)

Gutierrez, Roberto, Ivan, Nilmar¹ e tantos outros usuários de álcool e outras drogas que se tornaram dependentes químicos. Esta é a temática de estudo desta tese de doutorado: a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida.

Nossa aproximação primeira com o campo da dependência química e seu enfrentamento é clínica. Desde 1999, atuamos como terapeuta ocupacional, em conjunto com uma equipe multidisciplinar, em uma instituição não governamental sem fins lucrativos. Assistimos os usuários de substâncias psicoativas e dependentes químicos, além de seus familiares, que buscam por tratamento e orientação para lidar com seus problemas. Nossa aproximação com a

¹ Nomes fictícios dos sujeitos pesquisados.

pesquisa acadêmica deste campo se deu a partir do mestrado. Investigamos o caráter terapêutico das atividades laborativas realizadas pelos pacientes nessa instituição, cuja assistência está fundamentada no modelo de Comunidade Terapêutica. Pesquisamos a função clínica e as consequências subjetivas e sociais dessa experiência de construir ativamente a “vida comunitária” no processo de tratamento desses sujeitos.

Como trabalhadora nesse campo, atendemos cotidianamente aos que nos procuram, voluntariamente, pedindo ajuda para lidar com as consequências físicas, mentais, interpessoais e sociais do uso abusivo e continuado que fizeram de álcool e outras drogas. Investigando a trajetória de dependência de cada sujeito, aqueles que demandam por uma assistência especializada geralmente apresentam dificuldades subjetivas, como as de lidar com frustrações, incômodos físicos e emocionais, ansiedade, baixa autoestima, culpa, dificuldades afetivas e dificuldade de administrar emoções. Há ainda dificuldades nas relações interpessoais, com conflitos frequentes com os familiares e amigos, além de questões sociais, como estigma, perdas financeiras, baixa escolaridade e qualificação profissional, impossibilidade de acessar atividades de lazer e culturais.

O uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas, incluindo o álcool e o tabaco, e suas consequências é um tema complexo e frequentemente debatido, seja no campo da justiça, como nas propostas de tratamento compulsório (UNODOC, 2009), no movimento da legalização da maconha (Pereira, Jesus, Barbuda, Sena & Yarid, 2013), como aconteceu recentemente no Uruguai, ou no campo da saúde pública, em busca de uma solução para as “cracolândias”², por exemplo. As discussões são decorrentes do quanto o consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPA) pode afetar significativamente a vida dos usuários e dos grupos dos quais eles fazem parte: desenvolvendo e/ou agravando doenças físicas e psicológicas; podem estar associadas aos acidentes de trânsito, aos conflitos familiares e à violência doméstica, à queda no desempenho escolar e/ou no trabalho, com altos índices de afastamento e aposentadoria precoce, ao tráfico de drogas, aos homicídios e outros crimes. Nessa perspectiva, a dependência química é considerada um problema social e de saúde pública no Brasil.

O Brasil tem avançado na produção de conhecimento sobre os principais aspectos do problema, assim como na organização dos serviços assistenciais. Internacionalmente,

² Nome pejorativo dado aos espaços públicos urbanos, onde os usuários de crack se concentram para usar a substância.

importantes pesquisadores têm se envolvido mais especificamente com a temática da “recuperação de dependentes químicos”, termo frequentemente utilizado nesse campo, conforme mencionamos anteriormente (De Leon, 2003; Yates & Malloch, 2010; Laudet, 2007, 2009; White, 2007; White & Kurtz, 2006; Pharo, 2011). Nacionalmente, poucos trabalhos acadêmicos têm discutido essa temática (Viana, 2004; Bonadio, 2010, 2011; Mata, 2008) e pouquíssimos enfatizam e legitimam a experiência dos próprios sujeitos envolvidos com a dependência química, objeto de interesse desta tese.

A pergunta que norteia este estudo tem sido fonte de inquietações no nosso percurso profissional. Ao buscarmos por orientação e apoio, os sujeitos e as famílias que sofrem esperam que a dependência química tenha *recuperação*, um termo frequentemente utilizado nesse campo por dependentes e por profissionais. De maneira generalizada, usam-no ao mencionarem uma possível reversibilidade dos problemas. Contextualmente, o termo é empregado ao se referirem: a um estado que será alcançado, uma vez superadas as dificuldades – quando perguntam, por exemplo: *ele tem recuperação?* –; ao processo continuado de se manterem atentos e implicados no cuidado da sua relação com o uso das substâncias e de suas consequências subjetivas e sociais – quando afirmam: *ele está em recuperação* –; e, ainda, quanto ao resultado dos programas de reabilitação – quando perguntam aos profissionais: *qual o índice de recuperação daqueles que vocês tratam?*

No dicionário, recuperar é: (1) no sentido de possuir novamente: resgatar, reassumir, reconquistar, retomar, reaver, readquirir; (2) no sentido de restabelecer-se de uma doença é recobrar, curar, restabelecer; (3) no sentido de reintegrar na sociedade: é regenerar, reabilitar; no sentido de restaurar é consertar, refazer, reparar; (4) no sentido de ressarcir-se de prejuízos: é indenizar-se, reembolsar-se, ressarcir-se (Cegalla, 2005). *Recuperação*, usado como um termo médico, significa o retorno a um estado de saúde anterior a um trauma ou a uma doença (White, 2007). Essa dúvida quanto ao índice de *recuperação* de um programa de tratamento especializado evidencia a expectativa social, idealizada e normalizadora, de que a dependência química é um problema de um sujeito a ser solucionado por um profissional – de saúde, da segurança ou da justiça – ou por uma instituição. Demonstra também o estigma atribuído à doença, considerada como incurável e que, por isso, não há razões para se investir nem tempo nem dinheiro na *recuperação* dessas pessoas. De acordo com essa expectativa, o resultado de um tratamento oferecido por um profissional seria a retomada de um estado de saúde anterior à instalação da doença. Esse mesmo ponto de vista normalizador banalizou o termo *recuperação* e fundamentou *políticas de recuperação* de doentes mentais, presidiários e adolescentes em

medidas socioeducativas, assim como de tantos outros sujeitos considerados desviantes que deveriam ser enquadrados em determinadas normas socialmente prescritas. Esperava-se que, uma vez recuperado após um período de treinamento para uma vida social produtiva, o sujeito estaria preparado para exercer sua cidadania.

Neste estudo adotamos uma postura crítica em relação à proposta de “recuperar os desviados”. Nossa postura se materializa, inicialmente, na valorização e na legitimação da experiência de vida dos próprios dependentes químicos – sujeitos de nossa pesquisa. Nosso maior interesse está no sujeito que sofre a dependência e que decide enfrentá-la, por ser aquele que a dimensiona em sua vida, atribuindo-lhe um valor e uma importância, ao experimentar sua extensão e suas repercussões. Como profissional, percebemos-nos como coadjuvantes nesse processo que cada sujeito que sofre decide instituir. Consideramos que os episódios de tratamento são mais um elemento de uma cadeia complexa de relações, que se interferem recursivamente, da trajetória de autocuidado nas quais esses sujeitos se engajam quando se percebem em sofrimento.

Nossa convicção quanto à singularidade dessa trajetória inspirou-nos a problematizar o termo *recuperação* e a adotar, ao longo deste estudo, o termo *enfrentamento*. No dicionário, enfrentar, (1) no sentido de encarar, é: acarar, responder, facear, defrontar, desafiar, afrontar, facejar, confrontar; (2) no sentido de atacar: bater-se, lutar, combater; (3) no sentido de disputar: rivalizar, concorrer, disputar; é, ainda, sofrer; experimentar, encontrar (Cegalla, 2005). Esse termo, *enfrentar*, em um primeiro aspecto, marca a experiência de um sofrimento físico, psíquico e social, como veremos mais detalhadamente nos capítulos seguintes deste estudo. Ou seja, podemos afirmar, por sermos testemunha disso em nosso cotidiano profissional: o sujeito sofre a dependência química. Mesmo sendo o adoecer uma parte do viver, a doença é um modo de vida reduzido, “comparativamente repellido pela vida” (Canguilhem, 2012, p.96).

Nessa concepção que adotamos – de *recuperação como enfrentamento* –, referimo-nos ao movimento de autocuidado de cada sujeito ao perceber-se em sofrimento, limitado diante de uma condição de vida associada ao abuso de substâncias psicoativas e suas consequências biopsicossociais. Nossa experiência profissional evidencia que a consciência dos dependentes dessa limitação inaugura uma ruptura na naturalização de um modo de viver e agir, impulsionando o sujeito a avaliar sua trajetória de vida, a defrontar-se com suas dificuldades e potencialidades e a criar alternativas objetivas e subjetivas para sua existência. O termo *enfrentamento* enfatiza a perspectiva não linear, dinâmica, singular, longitudinal e histórica que

o conceito de *recuperação* corriqueiro e impreciso desconsidera. Trata-se de uma jornada, um caminho, um percurso e um processo, não um estado, um destino ou um resultado.

Inspiramo-nos na análise filosófica de Canguilhem (2012) sobre a distinção qualitativa entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico, para fundamentar as investigações e as discussões que apresentamos neste estudo. Para esse filósofo, a saúde e a doença estão relacionados à capacidade do sujeito de reagir diante das situações que ameaçam a vida. Dessa maneira, um sujeito saudável precisa desenvolver a capacidade de refletir criticamente sobre o que está vivendo, sobre os múltiplos significados da saúde e da doença, assim como questionar a influência dos determinantes socioculturais nesse processo. A saúde estaria fundamentada no potencial de ação dos sujeitos – o que inclui a experiência do adoecer – ao serem ativos, críticos, conscientes e corresponsáveis pelo processo de valorização da vida, de construção da saúde e de enfrentamento da doença (Soares & Camargo Jr, 2007).

As críticas e as reflexões de Canguilhem ultrapassam concepções centradas no biologismo, no psicologismo ou mesmo em um sociologismo, limitados na compreensão sobre a vida e sobre o processo saúde-doença. Ele defende uma “clínica da vida concreta”, a partir de uma concepção de vida que associa a dimensão biológica às dimensões existenciais e sociais, norteada pelas noções de sentido e valor vitais. Convoca a medicina – e aqui podemos ampliar para as outras clínicas – a abandonar uma posição normalizadora e ser incentivadora da capacidade reativa e normativa da vida (Moreira, 2013).

Canguilhem compreende “a vida como uma atividade de oposição à inercia e à indiferença” (p.186). Nessa perspectiva, o sujeito sente-se naturalmente convocado ao combate, ao enfrentamento desse sofrimento e das consequências nas diferentes dimensões de sua trajetória de vida, ao defrontar-se com sua condição limitada. O que está em jogo é o quanto esse movimento produtor de saúde, ou seja, instaurador de normas (Canguilhem, 2012) é compatível com a vida, considerando que é sempre possível algum tipo de ação, apesar das limitações. É justamente por estar saudável que o sujeito pode dar valor aos seus comportamentos e livremente transgredir e instituir suas próprias normas e, até mesmo, alterar o meio no qual a vida se desenvolve (Moreira, 2013).

Por outro lado, doentia é uma vida apática, estagnada e condicionada pelo meio, quando não há afrontamento dos riscos, imprevisto e inventividade. Neste estudo associamos essa condição ao modo de viver do dependente químico, como discutiremos nos capítulos a seguir. Concordamos com Moreira (2013, p.39), quando afirma que a “vida admite os erros, os desvios

e as infrações como uma via para sua superação”. Canguilhem resgata a dimensão ativa da vida, pela capacidade humana de instituir valores, criar normas e superá-las, quando necessário, ou seja, por não permanecer inerte ao que lhe ameaça. A possibilidade de novos comportamentos, de um redimensionamento da vida, de uma *plasticidade funcional* (Moreira, 2013, p.46), permite ao sujeito alterar, dentro de certos limites, seu modo de vida. A morte da normatividade, isto é, a doença, estaria na impossibilidade dessa dinâmica da vida acontecer, numa estabilização constante do funcionamento vital que não permitiria transgressões. Incapacitado para ultrapassar um estado e adotar outro modo de normalidade, limitado a uma única norma, o sujeito está adoecido, não por não ter normas, mas por não poder ser normativo (Moreira, 2013).

O sofrimento do dependente químico se caracterizaria, portanto, como um estado patológico, ao restringi-lo em sua participação ativa em um determinado meio. Submetido a uma condição adversa, como é a dependência química, ele se defronta, luta, confronta suas normas patológicas e as enfrenta, em busca de sua vitalidade e de sua normatividade.

Essa perspectiva centrada na ação e na reação do dependente ao seu estado patológico, isto é, que propõe a *recuperação como um enfrentamento*, valoriza a percepção do sujeito acerca do seu adoecer ao dar a ele um sentido. Nossa perspectiva da experiência de enfrentamento desses sujeitos está centrada no modo singular como os dependentes foram afetados por esse processo e como (re)agiram às repercussões objetivas e subjetivas da dependência química. Ao atribuir um sentido à sua trajetória de *recuperação*, esse sujeito elabora um fazer-saber pela experiência (Larrosa, 2015; Jorge, 1995).

O que nos interessa neste estudo é o que o próprio sujeito chama de *recuperação*, como experimenta o seu processo de adoecimento e, principalmente, como enfrenta sua vida e suas dificuldades, onde busca e quais saídas singulares encontra para lidar com o seu cotidiano. Buscamos compreender como essa experiência produziu afetos e saberes, que conexões significativas esse “sujeito da experiência” (Larrosa, 2002) estabeleceu entre os acontecimentos, ao que esteve exposto em sua trajetória de vida e como lidou com essa realidade cotidianamente.

Consideramos que o estudo científico desse saber da experiência favoreceria o enfrentamento dos problemas cotidianos pelos próprios sujeitos e indicaria princípios orientadores para as práticas profissionais, assim como para a (re)organização da rede de

atenção à saúde. Além disso, ao evidenciar alguns dos elementos essenciais desse percurso de gerenciamento da própria vida e oferecer referências de possíveis caminhos, toda essa experiência resultaria em um “novo saber”, que poderia ser utilizado pelo próprio sujeito em outras situações de sua vida.

Este trabalho está organizado da seguinte forma: depois de apresentarmos o percurso metodológico, no capítulo 3 expomos as concepções que adotamos sobre o processo saúde-doença e, mais especificamente, sobre a dependência química, para dialogar com o campo da pesquisa. No capítulo 4 apresentamos o conceito de *recuperação*, sua origem e historicidade relacionada à temática da dependência química. Além disso, a dimensão singular desse processo e a controvérsia sobre a função da abstinência são problematizadas para fundamentar a compreensão da *recuperação como um enfrentamento*. No capítulo 5 dialogamos com o campo da pesquisa, explicitando a compreensão dos dependentes químicos sobre o seu processo de enfrentamento da vida. No capítulo 6 apresentamos os recursos de enfrentamento por eles utilizados – o modelo comunitário de tratamento, os grupos de mútua-ajuda, a espiritualidade e a religiosidade – e discutimos a experiência desses sujeitos no engajamento com essas comunidades, caracterizando os *dependentes em recuperação* – termo que costumam utilizar para se autodenominarem – como uma comunidade de prática, conforme consideramos nesta tese.

1.1 Objetivo geral

Compreender como dependentes químicos enfrentam sua vida e as situações de vulnerabilização pessoal e social às quais estão submetidos e quais estratégias e recursos de enfrentamento utilizam nesse processo, chamado por eles de *recuperação*.

1.2 Objetivos específicos

- a) Problematizar os diferentes modelos que definem a dependência química, as propostas de tratamento e o conceito de *recuperação*, fundamentados nesses modelos.
- b) Conhecer e interrogar os saberes produzidos pelos dependentes durante o enfrentamento da dependência.
- c) Compreender as consequências subjetivas e sociais do processo de enfrentamento da dependência química na trajetória de vida desses sujeitos.

- d) Compreender as estratégias que os dependentes utilizam – seus pensamentos, ideias, o que sentem, como agem, como se organizam – para cuidar de seus problemas, como percebem e avaliam a própria história de vida.
- e) Identificar e interrogar situações de vulnerabilização de dependentes.
- f) Identificar os elementos mediadores desse processo de enfrentamento da dependência química.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A definição de um caminho a ser percorrido em um processo de pesquisa de natureza qualitativa só pode ser dada a partir do campo, pela aproximação entre o pesquisador e o objeto a ser estudado – nesse caso, o sujeito da experiência no enfrentamento de sua vida, marcada pelo processo saúde-doença devido à dependência química.

Para tanto, precisaríamos alcançar o sentido construído por cada sujeito, a significação subjetiva de suas ações, seus sentimentos e reações pessoais aos acontecimentos. A complexidade, a dinamicidade, a singularidade e a diversidade dessa experiência de enfrentamento requisitaria uma problematização múltipla, baseada numa reflexão interdisciplinar.

O desafio ao qual nos propusemos estava na investigação de um fenômeno em movimento, em curso dialético, um processo caracterizado por concordâncias, oposições, (as)simetrias, tensões. Ter o “sujeito da experiência” como objeto de estudo implica em compreender sua historicidade – ou seja, como pôde chegar a se apresentar do modo como se apresenta hoje – e a complexidade das relações que o estabeleceram e o constituíram. Nosso intuito foi apreender esse movimento do sujeito de constituir-se imerso nos acontecimentos da vida cotidiana, sob a influência de diferentes contextos e condições sociais, essas últimas também por ele instituídas.

Inspiradas pela Psicologia Histórico-Cultural, buscamos compreender como esses sujeitos reconhecem no presente aspectos do seu passado. Como participante e parte de um contexto, como eles singularizam uma determinada realidade histórica e se apropriam dela. Fundamentamo-nos na premissa de que suas realizações cotidianas são produtos tanto dessas apropriações passadas, quanto transformações da realidade atual. Como nos ensina Zanella (2007), na relação sujeito-realidade, cada sujeito apropria-se da realidade e, ao mesmo tempo, realiza objetivações que modificam essa realidade social e cultural. E entendemos que nesse movimento aberto, imprevisível e provisório, posto que sempre impulsionado pelo devir, esse sujeito também se constitui e se transforma (Zanella, 2007).

O primeiro contato que tivemos com o campo da dependência química foi de natureza clínica. No entanto, para a pesquisa, a postura que adotamos era, sobretudo, de natureza investigativa, interrogativa e problematizadora do modo de pensar desses sujeitos na

experiência de enfrentamento da dependência química. Por conveniência, para realização desta pesquisa, foram contatados dependentes que já atendêramos clinicamente no programa de tratamento desenvolvido por uma instituição específica. No entanto, no período em que se deu a pesquisa, esses sujeitos não estavam se tratando. Ou seja, eles não estavam recebendo suporte profissional e/ou institucional para cuidar de sua saúde naquele momento de suas vidas. A escolha desses sujeitos não pretendeu deduzir ou antecipar os significados elaborados em torno da temática da *recuperação*. Metodologicamente, pretendíamos analisar, a partir de casos concretos, a experiência de sujeitos que já passaram por um tratamento, o modo como atribuem sentido ao enfrentamento de sua dependência química quando já não estão mais recebendo tratamento.

Minha relação anterior, de natureza clínica, favoreceu uma certa abertura dos sujeitos para o diálogo sobre o processo de *recuperação*. Além desse contato, para nos auxiliar nessa exploração do campo de pesquisa, contávamos com um “diário-de-campo-não-registrado”, baseado na experiência profissional que temos desenvolvido. Sabia, no entanto, que, apesar desse rico material profissional a ser problematizado e compreendido, precisaríamos estranhar o que nos parecia ser familiar.

Entendemos que a familiaridade com o campo pôde favorecer o acesso a sujeitos que se reconheciam *em recuperação* e que queriam participar de uma pesquisa de natureza biográfica. Por outro lado, nossa implicação com esse campo e com esses sujeitos pesquisados – conforme definido por Amado (2005), o nosso envolvimento subjetivo e intersubjetivo –, com o que tem sido um campo profissional e que, com a investigação, tornou-se também campo de pesquisa, trouxe-nos desafios importantes. Como nos desvencilharíamos das armadilhas do nosso entrelaçamento com essa complexidade que nos propusemos a estudar, alcançando a justa medida da proximidade com os sujeitos do estudo? Como agiríamos, ciente dos nossos pressupostos cognitivos e ideológicos, deixando-nos influenciar pelo que a experiência de pesquisar me faz viver, sentir e saber? Nas palavras de Amado (2005, p.213), como manter-nos em busca de uma “implicação bem temperada, onde se encontram misturados a vida e o conhecimento, o [nosso] próprio desejo e o estabelecimento ético”? Esse foi o exercício de reflexividade a que nos propusemos sobre as nossas implicações subjetivas com este trabalho de investigação, desde o recorte da temática dentro do campo da dependência química, reverberando nas discussões durante as disciplinas cursadas, nas conversas com a orientadora, com outros professores, com colegas de trabalho e de estudo, nas escolhas teóricas e

atravessando todo o percurso metodológico deste estudo, assim como na pesquisa de campo. Eis o nosso primeiro desafio.

Ao longo da aproximação dos sujeitos e com a imersão no campo da pesquisa, percebemos que teríamos que romper com uma organização e uma análise clássica de categorias. Tivemos que nos reinventar, sermos criativas, como nos sugere Zanella (2005). Mantivemo-nos leais aos discursos dos sujeitos, não à procura de uma verdade única, mas buscando constantemente evidenciar os desenvolvimentos em curso. Dessa forma, privilegiamos uma análise crítica transversal da trajetória da pesquisa, identificando temas, elos e conexões entre as experiências dos sujeitos no cotidiano da vida, perspectivas e situações que nos revelassem, pela interpretação das suas narrativas, um percurso de construção de si, das suas relações sociais e do mundo, que passava pela dependência química, mas a ultrapassava. Buscamos captar o que esses sujeitos tinham a nos dizer e mostrar sobre a condição humana a partir de suas experiências de vida.

Para nos aproximarmos desses sujeitos e de suas experiências como pesquisadora, utilizamos diferentes instrumentos metodológicos, definidos em consonância com o andamento e a exigência de aprofundamento do conhecimento do campo pesquisado, conforme apresentaremos adiante.

2.1 Recursos metodológicos utilizados

2.1.1 Questionário

Em agosto de 2013, numa primeira investigação sobre a temática deste estudo, questionamos um grupo de dependentes, que participavam de uma celebração festiva no local onde trabalhamos, sobre como eles definiam *recuperação*. Perguntamos ainda se, para eles, a *recuperação* estava relacionada à abstinência e se estar em *recuperação* traria benefícios para o dependente.

Esse questionário (Apêndice A) foi elaborado a partir de um estudo norte-americano (Laudet, 2007) que buscava identificar como sujeitos com histórico de dependência de crack ou heroína, que se autodenominavam *em recuperação*, definiam essa categoria e se eles consideravam que o processo de *recuperação* dizia respeito somente ao uso e abuso de drogas ou se também alcançava outros domínios de suas vidas.

O questionário foi respondido por 13 pessoas, usando as iniciais de seus nomes, conforme foram orientados. Não buscávamos uma amostra significativa estatisticamente para

determinar qualquer resultado. Os entrevistados, todos do sexo masculino, com idade entre 26 e 48 anos, iniciaram o consumo de substâncias na adolescência, a sua maioria entre 12 e 15 anos, com destaque para alguns casos que iniciaram aos 9 anos. A grande maioria iniciou pelo consumo de álcool. As outras drogas mencionadas foram maconha e tabaco. Um dos entrevistados iniciou uso de substâncias pelo crack, aos 27 anos, destacando-se do perfil dos demais. Dos 13 entrevistados, 4 se autodeclararam em abstinência há menos de 1 ano; outros 4 estavam entre 1 a 4 anos sem usar drogas e 5 entrevistados se autodeclararam abstêmios há mais de 4 anos. Todos consideraram que o processo de *recuperação* é contínuo e se autodenominaram *em recuperação*. Avaliaram também que era preciso estar em abstinência total de álcool e outras drogas, estabelecendo essa atitude como o seu objetivo pessoal em relação à própria trajetória. Apenas um dos entrevistados considerou que seria possível estar em *recuperação* quem está abstêmio de drogas, inclusive maconha, mantendo algum uso de álcool. Ele tinha essa atitude como o seu objetivo pessoal. No entanto, definiu que a *recuperação* seria *evitar o primeiro gole* (EFC, 29 anos). Nosso principal objetivo com esses questionamentos era realizar uma primeira exploração da temática para que pudéssemos preparar nosso olhar e nossa leitura das experiências desses sujeitos, fomentando nossa sensibilidade para a postura de pesquisadora e para a relação investigativa que iniciávamos com o campo.

2.1.2 Entrevista biográfica

Como uma segunda estratégia para exploração do campo, utilizamos a entrevista biográfica. Considerávamos que a natureza biográfica do relato favoreceria o acesso pretendido à dimensão singular das experiências de dependência e de *recuperação*, e às suas diversas repercussões, algo inatingível senão pela voz daqueles que a vivenciavam.

Assim como o recolhimento de histórias de vida, a entrevista biográfica tem como núcleo central a dimensão da narrativa em primeira pessoa e como premissa o acesso ao vivido pelo sujeito em suas práticas, sua forma de negociar suas condições materiais, sua maneira de produzir o mundo social e ser, de alguma forma, por ele modelado (Barros & Lopes, 2014). Em uma narrativa analítica, que evidencia seu modo particular de analisar sua vida cotidiana e de definir por si mesmo as situações, a fim de lhe dar um sentido, o sujeito conta sua história, suas percepções, suas ideias, suas decisões em função do contexto. Nas palavras de Jorge (1995), é um saber *do* sujeito e não *sobre* o sujeito, que se dá, inclusive, no próprio ato de narrar ao pesquisador. O narrar é, portanto, uma forma de trabalhar a vida, (re)construir o que foi vivido, (re)significar e mudar a própria relação com a história (Takeuti & Niewiadomski, 2009).

Mais do que a explicitação de uma sucessão de acontecimentos, trata-se da identificação, pelo narrador, da força das determinações históricas no seu presente. Ele percebe o quanto pode agir para modificar o sentido de sua própria história, ao apropriar-se dela e atribuir-lhe um sentido. Assim, pode tornar-se o sujeito da própria história. “É a apropriação individual do social (e não a reflexão especular), mediada, filtrada e retraduzida, projetada em outra dimensão, a de sua subjetividade”, que confere à pesquisa uma função de historicidade (Takeuti & Niewiadomski, 2009).

Nessa forma de acesso ao sentido, a interação produzida nesse encontro promove trocas entre o pesquisador e o sujeito, que modificam as relações de poder-saber geralmente presentes em uma pesquisa, ao valorizar a experiência vivida ao longo do tempo como fonte de conhecimento. É uma forma de co-construção do saber, a partir da experiência do sujeito-pesquisado e da interlocução pesquisador-pesquisado. Por isso, a natureza e o conteúdo do material recolhido dependem da situação em que o relato é produzido, da escuta sensível do pesquisador e de uma relação de confiança entre os dois, pois é preciso que o narrador queira se contar.

A análise das narrativas que fizemos *a posteriori* buscaram, então, não a veracidade dos relatos, mas o seu sentido, mediada pelas teorias que sustentaram as interpretações, assim como pela nossa experiência profissional e pelo modo como as narrativas nos afetaram.

Segundo González Rey (2007), o “sentido subjetivo” é uma produção humana, resultante de nossas práticas e relações, de uma rede de eventos e de suas consequências, que se interpenetram recursivamente. Organizado numa dimensão social e simbólica como “via de integração da experiência social do sujeito”, o sentido subjetivo possibilita novas práticas ao homem e aos seus espaços sociais de vida. As novas repercussões produzidas nesse caminho constituem o desenvolvimento humano e evidenciam as consequências da vida social sobre o homem.

Dessa forma, neste estudo, utilizamos as narrativas biográficas de dependentes químicos em *recuperação* como matéria-prima para o processo analítico que desenvolvemos. Buscamos compreender o curso de suas escolhas, as repercussões de suas decisões ao longo de suas trajetórias e suas estratégias e recursos de enfrentamento dos problemas, em um determinado contexto sócio-histórico. O interesse esteve no modo como esse processo de enfrentamento da dependência química permitiu-lhes atribuir sentido à sua experiência de vida cotidiana, ao mesmo tempo em que, possivelmente, eles definiram uma compreensão própria deles mesmos.

Buscamos, portanto, os aspectos qualitativos dessa experiência: as influências psicossociais sobre a existência desses sujeitos, seus modos de subjetivação e a história vivida “além dos jogos afetivos de ordem psíquica”, ou seja, “suas relações sociais – culturais, econômicas e ideológicas indissociáveis” (Takeuti & Niewiadomski, 2009).

Assim como afirmou Gaulejac (2009):

Entrar na complexidade de uma vida é analisar o conjunto das influências mais ou menos contraditórias com as quais o sujeito foi confrontado no curso de sua existência. Como ele “fabricou”, para si, uma identidade própria a partir de sua identidade familiar e social que lhe designam um lugar na ordem dos sexos, das classes, das gerações, das culturas, das nações... Como ele foi produzido pelas múltiplas contradições que atravessavam a história de seu grupo de pertença, de sua família, de sua existência. O processo de construção identitária é, assim, marcado pela continuidade e mudança, pela permanência e ruptura, pelo coletivo e singular, pelo previsível e aleatório, pelo acaso e necessidade. (p.71)

Nico³, um dos dependentes químicos que já havia se tratado há mais de 10 anos na instituição onde trabalhamos, autodenominava-se *em recuperação*, ou seja, havia percebido os prejuízos que o consumo de substâncias lhe trouxera e buscava enfrentar seus problemas cotidianos e cuidar de sua vida a partir dessa experiência. Nosso encontro foi desencadeado pela pergunta: *Como é que a droga chegou à sua vida?*

O entrevistado não foi informado sobre o interesse central do estudo, por considerarmos que isso o faria se sentir mais à vontade para explicitar quais aspectos ele mesmo considerasse mais importantes na sua trajetória de vida. Explicamos apenas que queríamos compreender a história de vida de dependentes químicos em *recuperação*. A entrevista não seguiu nenhum questionário com perguntas semiestruturadas. Mantivemos um diálogo mais livre, direcionado pelo próprio desenrolar de cada encontro. Como preparação para os encontros, um roteiro (Apêndice B) foi mantido como uma referência básica para as entrevistas. Foram seis entrevistas de 1 hora gravadas, com autorização, transcritas na íntegra e posteriormente organizadas para apresentação nesta tese (Apêndice C). Os dois primeiros encontros se deram na instituição onde trabalhamos e onde o entrevistado já se tratou. Os demais se deram em outro local, uma sala comercial no centro da cidade de Belo Horizonte, previamente determinada.

2.1.3 Grupo de discussão: o saber da experiência

Além das entrevistas em profundidade com o Nico e com outros dependentes, ainda em busca de uma aproximação com os sujeitos desta pesquisa e seu horizonte simbólico, foram

³ Nico, assim como todos os nomes dos demais entrevistados neste estudo são fictícios.

realizados dois encontros – no final de setembro de 2014 – com um grupo de dependentes químicos que já haviam se tratado na instituição, em períodos diferentes de suas vidas. Eles já se conheciam e também nos conheciam. Alguns deles já haviam se tratado juntos, no mesmo período.

Nossa inspiração para os encontros em grupo veio dos Grupos de Implicação e Pesquisa, desenvolvidos por Gaulejac (2009, 2014), e nas discussões de Larrosa (2002), Benjamim (1994) e Kehl (2009), sobre o *saber da experiência*.

Pensar esses sujeitos como “sujeitos da experiência” implica em compreendê-los como afetados intimamente pelo transcurso da dependência química que os acometeu e pelo seu enfrentamento.

Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. (Larrosa, 2015, p.32)

O saber resulta da elaboração do sentido ou do sem-sentido da experiência, tornando-o particular, pessoal, subjetivo, encarnado no sujeito e, por isso, revelador de sua existência. Diferentemente do conhecimento científico, que é externo ao sujeito, o saber da experiência só tem sentido no modo como constitui o sujeito, sua personalidade, seu caráter, uma sensibilidade, “ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo)” (Larrosa, 2015, p.32).

Narrar e compartilhar com os demais a própria experiência facilita um certo distanciamento de si para uma melhor compreensão dos nexos entre a história e os conflitos pessoais, familiares e sociais, além dos percursos e da trajetória da vida. Do mesmo modo, os conflitos podem ser ainda apreendidos como sendo comuns a outros sujeitos, quando a experiência é de alguma maneira revivida e apropriada pelo outro (Larrosa, 2015). Essa experiência de compartilhar sua história e os saberes dela resultantes favorece a confrontação e o encontro com a alteridade, com um semelhante (Gaulejac, 2009). Percebe-se o quanto cada história pessoal está influenciada e condicionada por tantas outras histórias, de outros sujeitos, evidenciando os elos da humanidade. Quando o que se busca é a autonomia e a liberdade – e esse é um dos objetivos dos grupos de implicação desenvolvidos por Gaulejac –, é preciso compreender intimamente esse elo que nos prende aos outros e o quanto essa relação nos constitui subjetivamente.

Outra estratégia que adotamos foi a de convidar uma colega psicóloga/psicanalista para participar dos encontros. A participação de outra pesquisadora durante os encontros trouxe um contraponto às discussões do grupo, o que favoreceu um certo estranhamento dos conceitos e temas debatidos, postura fundamental para o desenvolvimento de uma investigação científica. Seus questionamentos permitiram um movimento de desnaturalização de determinados pressupostos e mecanismos explicativos, exigindo de todos os membros do grupo um autoquestionamento – para a pesquisadora, do nível de implicação com a temática com a qual trabalhamos profissionalmente e que nos propusemos a estudar nesta tese – envolvendo-nos ainda mais na transmissão e apreensão da experiência de enfrentamento da dependência química, assim como na experiência de compartilhar esse saber no grupo e com a sociedade, pelo caráter público da tese.

Consideramos que esse distanciamento da pesquisadora-convidada favoreceu um certo *cuidado metodológico* (Demo, 2002) e um trabalho intersubjetivo intenso e democrático, evitando uma superficialidade diante das evidências empíricas, que poderiam estar fundamentadas em certezas inquestionáveis. Sua participação fomentou um autoquestionamento do que se capta e do que se deturpa no processo de construção da realidade que se pretende estudar. Concordo com Demo ao afirmar que “conhecer é principalmente questionar” e que para pensarmos é preciso método, não como fim em si mesmo, mas como instrumento que nos aproxima da realidade.

Foi importante escutar as narrativas de sujeitos de diferentes classes sociais e experiências de dependência química e de *recuperação*. Não para compararmos suas histórias, que foram consideradas em sua singularidade, mas para buscarmos suas possíveis interconexões e fomentarmos uma discussão ampliada dos problemas abordados, sem a pretensão de esgotar o debate proposto.

No grupo desenvolvido, os participantes compartilharam entre si e com as pesquisadoras suas experiências de abuso de drogas, de enfrentamento da dependência química e parte dos saberes delas advindos. Apesar de já terem se tratado na mesma instituição, muitas situações semelhantes em alguns aspectos foram percebidas de um modo peculiar, rico em diversidade e particularidades. De acordo com os objetivos do nosso estudo, nos debates do grupo, buscamos apreender “além das determinações sociais e intrapsíquicas, a maneira como cada sujeito pode vir a ter o domínio de seu destino para modificar o seu curso, sobretudo se ele é marcado de sofrimentos” (Gaulejac, 2009). Concordamos, desse modo, com o que afirma Clot (2010): a

experiência é reconhecida quando se torna uma matéria-prima disponível para novas experiências. Transmitir a experiência é desenvolvê-la. Ao ser reconhecida, ela estará implicada em uma história que a modifica e amplia o poder de ação do sujeito.

Para compreendermos as mudanças empreendidas pelo sujeito no curso de sua vida, adotamos a concepção vygotskiana para o ser humano: fundamentalmente histórico e cultural, o ser humano é a manifestação e a expressão singular das complexas relações que ele estabeleceu com a sociedade. Trata-se da “mútua constituição do sujeito e da realidade” (Zanella, 2007, p.28). Nessa perspectiva, o foco da investigação esteve na relação do coletivo com o singular e desse com o coletivo, na interdependência e interação dialética dos diferentes aspectos que os constituem reciprocamente. Além disso, considerando a *recuperação* como um “fenômeno em movimento” (Zanella, 2007), buscamos identificar as mudanças qualitativas desse processo que, segundo a Psicologia Histórico-Cultural, acontecem justamente pela relação desse movimento contínuo de influência recíproca entre o coletivo e o singular, “os movimentos do sujeito nas relações que este estabelece e, ao mesmo tempo, as condições dessas mesmas relações que possibilitam a emergência de algumas possibilidades para os sujeitos em relação” (Zanella 2007, p.28).

Apesar de o maior objetivo ser a pesquisa, o contato prévio com os entrevistados em um outro contexto – exclusivamente de tratamento e não de pesquisa – e aliado à nossa experiência profissional trouxeram para os encontros uma perspectiva clínica, como ilustram os comentários finais de dois dos participantes, quando finalizávamos o primeiro encontro e discutíamos a possibilidade de um segundo: *podíamos encontrar umas outras 35 vezes*, e o outro respondeu: *aí você está querendo é terapia*. Essa perspectiva clínica também trouxe outras repercussões para os participantes, “efeitos colaterais”, outras reflexões e comentários sobre a própria experiência de vida e sobre a importância de espaços onde os saberes podem ser compartilhados.

2.1.4 Os encontros

O primeiro encontro se deu em uma sala comercial e o segundo na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Apesar de termos previsto 1 hora e 30 minutos, os encontros duraram cerca de 2 horas e 30 minutos cada um. As entrevistas foram gravadas e transcritas com a autorização dos participantes. A discussão em grupo fluiu naturalmente, já que esse recurso de compartilhar e refletir criticamente sobre as próprias experiências de vida já lhes era familiar.

Mesmo já habituados com essa prática, havia um desejo de falar de si. Questionados sobre isso no final do segundo encontro, disseram se sentirem satisfeitos em poder colaborar conosco na pesquisa que desenvolvíamos, por serem gratos pela ajuda que já receberam – uma manifestação evidente do vínculo terapêutico que um dia tivemos. Além disso, sentiam-se honrados por poderem compartilhar com outras pessoas sua experiência de *recuperação* através de um estudo científico.

Iniciamos o primeiro encontro com cinco participantes, que foram informados que seriam identificados com nomes fictícios. No segundo encontro foram quatro participantes, pois um deles estava já com sua mudança programada para o norte do país, para assumir seu cargo de professor universitário.

A familiaridade do grupo conosco e entre eles facilitou a explicitação de algumas perspectivas semelhantes e outras diferentes sobre as situações vivenciadas por eles ao longo do processo de enfrentamento de suas dificuldades. A pergunta inicial que desencadeou o diálogo entre os participantes foi: *O que estava acontecendo na sua vida para você buscar ajuda para o seu uso de drogas?* Assim como na entrevista biográfica, utilizamos um roteiro básico (Apêndice B) com questões que nortearam a participação da pesquisadora no grupo. Porém, a principal conduta foi a de manter um diálogo mais livre, direcionado pelo próprio desenvolvimento de cada relato.

O material em discussão tinha, portanto, elementos subjetivos e as ressonâncias dos relatos em cada um e no grupo, em termos de informações objetivas, hipóteses explicativas e interpretativas. A análise dialética dos depoimentos se deu em um nível descritivo, como expressão individual do vivido, e num nível analítico, em um exercício de reflexão conjunta feita pelo sujeito, pelos pesquisadores e pelo grupo. Em um movimento duplo e simultâneo de implicação e distanciamento, ao compartilhar as experiências e analisá-las, fez-se um exercício de “apreensão subjetiva do vivido na experiência concreta”, um trabalho cognitivo de questionar e compreender processos, produzir hipóteses e analisar os mecanismos de configuração da própria trajetória de vida (Gaulejac, 2014).

2.2 Os participantes do estudo

Segue uma breve apresentação dos sujeitos que participaram do estudo.

Gutierrez tinha 25 anos no momento de sua participação na pesquisa. Morou grande parte de sua vida com a mãe, cozinheira, e a irmã mais nova. Teve pouco contato com a irmã mais velha. Não conheceu seu pai nem sua família paterna. Concluiu o ensino médio depois que se envolveu com o tratamento para sua dependência química. Tinha muita dificuldade de aprendizagem e de se relacionar, chegando a ficar um ano somente dentro da sala de aula, sem participar do contato com os demais estudantes durante os intervalos. Iniciou a faculdade de engenharia, mas desistiu. Desde a adolescência já mostrava astúcia em identificar os movimentos de grupo dos quais fazia parte, quando envolvido com as atividades ilegais, assim como habilidade de liderar pessoas. Essa mesma característica deu-lhe um certo *status* nos outros grupos ligados ao tratamento dos quais participou. Trabalhou informalmente na construção civil e hoje, além desse emprego, trabalha em uma instituição de tratamento para dependentes químicos. Também tem feito cursos para se aprimorar no trabalho na construção civil. Procurou ajuda, pela primeira vez, em 2003, aos 14 anos. Iniciou o uso de solventes aos 10 anos, tabaco aos 11 anos, maconha, cocaína e crack aos 12 anos. As substâncias de sua preferência, ou seja, aquelas que usava com mais frequência e intensidade quando comparadas às demais substâncias, eram o crack e o tabaco. Ainda na adolescência foi preso várias vezes: “roubava para usar drogas, assim que saía, recaía no uso”, conforme explicou. Frequentou grupos de mútua-ajuda por um longo período, inclusive se tornando padrinho de alguns iniciantes e assumindo cargos de serviço na irmandade. No momento da pesquisa não estava frequentando grupos de mútua-ajuda. Gutierrez ainda usa tabaco, as demais substâncias ele já não consumia há 11 anos. Ele usou crack por dois anos e considerou que todas as drogas lhe trouxeram problemas.

Roberto, 33 anos, estava se preparando para retomar os estudos na turma de Educação para Jovens e Adultos no seu bairro, no momento em que participou desta pesquisa. Pretendia concluir o ensino fundamental e médio. Filho de um alcoolista que trabalha na construção civil e de uma faxineira, casado e com três filhos, trabalha na construção civil e em uma instituição de tratamento para dependentes químicos. Chegou a se preparar para a função de ajudador, cursando uma capacitação específica para essa área de atuação. Sua disposição em ajudar as pessoas já se mostrava no presídio, onde passou parte de sua vida; ele costumava ajudar deficientes mentais e presos com quadros psiquiátricos que também estavam encarcerados. Usou álcool pela primeira vez aos 8 anos; aos 9 anos usou tabaco e maconha; aos 10 anos usou chás alucinógenos; aos 15 anos usou cocaína e crack, e merla usou aos 22 anos. Sua droga de preferência, o crack, foi consumida por 10 anos. Procurou ajuda em 2006, encaminhado pelo

programa de atenção ao egresso do sistema prisional. Já havia se tratado antes em outros serviços. Morou por quase seis anos em uma moradia assistida, junto com sua família, onde nasceu seu terceiro filho. Não tinha condições econômicas e sociais – pois estava ameaçado de morte em seu bairro – de viver com sua família e recebeu apoio de uma instituição, que lhe ofereceu essa oportunidade de residência e referência, após o período de tratamento. Roberto estava, no momento da pesquisa, há oito anos sem usar substâncias psicoativas.

Eduardo, 42 anos, formado em publicidade, filho de alcoolista, tem mais três irmãos. O grave alcoolismo do pai desestruturou a vida financeira da família, perderam tudo e foram morar com a avó paterna. Na escola se destacou como um estudante dedicado em alguns períodos. Mas, com o uso da droga, perdeu esse lugar, chegou a vender solventes na escola. Começou com 12 anos fumando escondido no bar do pai e depois usou outras drogas. O estado de embriaguez frequente do pai dificultava o diálogo em família. Percebia-se parecido com o pai por considerar-se criativo, assim como ele. Temia sua separação da esposa com quem tem um filho, quando buscou ajuda para sua dependência química pela primeira vez. Usou tabaco aos 12 anos; álcool e solventes aos 15 anos; maconha aos 17 anos; chá alucinógenos aos 18 anos; LSD e ecstasy aos 20 anos e cocaína aos 21 anos. O uso intenso de cocaína se deu depois do nascimento do filho. Frequentemente deprime-se quando entra em abstinência com pensamentos de morte. Também usou medicação para se drogar por 23 anos. Sua droga de preferência era a cocaína. O casamento sofreu diretamente o impacto do uso de drogas. Era distante e desinvestido do relacionamento, que já durava 20 anos. Resolveu se tratar quando a esposa saiu de casa. Antes disso, restringiu muito seus relacionamentos sociais, parou com os esportes, pois passou a focar na droga. Seu desenvolvimento no trabalho não foi afetado pela droga, apesar de usar no horário de trabalho, na casa dos clientes – na época, como vendedor. Com o uso intenso, passou a não conseguir mais trabalhar, outros funcionários iam aos clientes vender os produtos. Com o tempo teve perdas financeiras. Tinha tristeza profunda e vontade de morrer, também com episódios de intensa euforia. Chegou a ter delírios e alucinações com o uso de LSD. Depois da separação voltou a morar na casa dos pais, e eles o apoiam financeiramente. Eduardo considerou que seus 27 anos de uso de álcool, de uso de maconha por 25 anos e de cocaína por 21 anos lhe trouxeram problemas. Ele estava há 1 ano sem usar substâncias psicoativas no momento da entrevista.

Nilmar, 46 anos, considera que viveu em uma “cultura do álcool”. Na casa de sua família compravam caixas de cerveja, de vinho e de champanhe. “Tinha essa fartura, mas faltava tudo”. Quando o pai morreu, deixou seis filhos, o mais velho tinha 13 anos. Dois anos

depois, a mãe se casou com um viúvo. Ele tinha bom salário, mas, segundo Nilmar, era tudo para a bebida e a “gandaia”. Aos 9 anos, o padrasto o levou para dentro de um bar e disse para escolher o que ele quisesse. Nilmar virou um copo de vinho. E depois mais um. Antes disso, aos 8 anos, já tinha usado solventes. Depois do álcool aos 9 anos, usou maconha aos 16 anos; tabaco aos 21 anos; cocaína aos 22 anos; aos 26 anos usou chás alucinógenos; aos 27 anos usou LSD e aos 28 anos usou crack. Sua droga de preferência, consumida ao longo de 31 anos, foi o álcool. Além dele, Nilmar considerou que a cocaína, que ele consumiu por 18 anos de sua vida, também lhe trouxe problemas. Casado, com dois filhos, fez concurso público várias vezes. Teve uma rotina de estudos intensa por seis meses e acabou adoecendo porque não conseguia dormir. Em alguns concursos não conseguiu realizar as provas, pois estava embriagado. Bebia todo dia, fumava maconha de vez em quando. Tomava um litro de whisky em uma sentada. Para sair de casa e ir ao bar para beber, tomava seis garrafas de cerveja. Comprava antes para tomar em casa, para ficar mais barato. Sentia orgulho por beber com o próprio dinheiro e sustentar a família. Com a insônia e o trabalho estressante, passou a usar medicamentos. Usava cocaína com a esposa. Usava medicamentos, drogas e álcool. Até que sofreu um acidente de carro e foi internado pela família em uma clínica. Saindo de lá, separou-se da esposa e voltou a beber. Depois buscou tratamento novamente. No período da pesquisa estava há seis anos sem usar substâncias, retomara o casamento e preparava-se para assumir um cargo como professor universitário.

Pablo, 27 anos quando participou da pesquisa. Percebeu que precisava buscar por ajuda para sua dependência quando já não conseguia mais sustentar o consumo de forma lícita. Já estava trabalhando para usar drogas. Morava com os pais e desviava o dinheiro que eles lhe davam para comprar droga. Usou tabaco pela primeira vez aos 11 anos; aos 15 anos usou álcool; aos 16 anos usou maconha e solventes; aos 18 anos, cocaína e crack. Sua preferência era por cocaína e crack. Acreditava que, enquanto trabalhasse e custeasse o uso, não havia problema. *Na minha cabeça eu era um cidadão correto, com direito de relaxar, trabalhava muito, podia relaxar e depois trabalhar de novo*, afirmava. Até que perdeu a condição de trabalho. Pensou em roubar, começou a vender seus objetos pessoais, *mas isso não era de mim, da minha criação, não perdi esse lado da família, apesar de usar muito tempo*. Não conseguia mais ficar um dia sem usar, usava dois tipos de drogas, trabalhava e usava. Aos 21 anos pediu ajuda e foi se tratar. Os pais sabiam que usava em casa e acharam sua droga. Fez então uma negociação com eles: enquanto ele se tratava, eles pagariam suas dívidas. Já havia completado o ensino fundamental e decidiu retomar os estudos e tentar uma faculdade. Durante o tratamento percebeu o quanto

as drogas tinham afetado seu desempenho escolar. Decidiu fazer concursos e hoje é funcionário público. Usou tabaco por onze anos, álcool por seis anos, maconha por cinco anos e cocaína e crack ao longo de três anos da sua vida. No momento da pesquisa estava há seis anos sem consumir drogas.

Ivan, 20 anos, é o mais novo de uma família com muitos filhos. Ele foi pai pela primeira vez ainda na adolescência, namorou dos 10 aos 13 anos. Mas não conseguia cuidar do filho, de nenhuma forma. Sua mãe e seu pai, pescadores em um povoado no interior, eram quem pagava a pensão alimentícia do filho. Quando a criança nasceu, Ivan estava em tratamento. Ele tinha começado a usar álcool e tabaco aos 12 anos, maconha e crack aos 13 anos. Aos 16 anos buscou ajuda pela primeira vez, perguntando se poderia estudar e se tratar. Foi apresentado ao crack por madeireiros, que, depois da primeira pedra gratuita, começaram a cobrar. Conseguiu conciliar o estudo e o crack por um ano. Depois só pensava no crack, usava todos os dias, e começou a roubar em sua cidade. Teve problemas com a justiça por furto e tráfico. Com a reabilitação, retomou os estudos e concluiu o segundo grau, residiu na moradia assistida, namorou. Teve recaídas e tratou-se novamente em diferentes modalidades. Também trabalhou na instituição, em serviços gerais, e em outros locais. Arranjou uma nova namorada, que ficou grávida do seu segundo filho. Decidiu se casar e foi para o interior. No momento de sua participação neste estudo preparava-se para o casamento e estava sem usar substâncias há menos de um ano.

João, 27 anos, morava no interior e veio para a capital procurar tratamento aos 23 anos. Como condição para se tratar, exigiu que a família o deixasse fumar crack durante a viagem, enquanto o irmão dirigia o carro. Filho mais novo de uma família de muitos irmãos, com pais alcoolistas, nos últimos tempos, antes do tratamento, vivia nas ruas, não estudava nem trabalhava, fumava crack na praça central, embaixo do “olho-vivo” da cidade. Percebeu a gravidade de sua condição quando foi capa do jornal da cidade. Surpreendeu-se, pois tinha certeza de que ninguém, além de sua família, sabia do uso. Por sua grave falta de autocrítica, não percebeu que fumar na praça central de uma cidade do interior, debaixo do “olho-vivo”, não o resguardava. Usou tabaco aos 12 anos; maconha aos 14 anos; álcool aos 15 anos; cocaína aos 18 anos e crack aos 20 anos. Nos primeiros meses de tratamento fez da leitura seguida de comentários sobre o texto um recurso de sensibilização frente ao seu embotamento afetivo significativo. Ao longo do processo de reabilitação, residiu na moradia assistida, fez vestibular e faculdade, trabalhou como recepcionista na instituição. No momento da entrevista estava morando em outro estado com um dos irmãos, trabalhando na área de educação, esforçando-se

para construir sua casa própria, namorando. Ainda sofria com o agravamento gradativo do alcoolismo dos pais. Estava há mais de sete anos sem usar substâncias psicoativas.

Gustavo, 41 anos, tinha abandonado a faculdade de ciências contábeis quando procurou ajuda pela primeira vez, para se tratar da dependência do crack. Tinha 27 anos. Casado, dois filhos, morando na zona sul, usava no mínimo seis pedras diariamente, chegando a usar vinte pedras em um dia, em momentos de maior compulsão e possibilidade financeira. Já tinha usado álcool, maconha, cocaína, solventes, inalantes, LSD e chás alucinógenos. Quando procurou por tratamento, só o crack o satisfazia: *eu fazia parte da droga, me sentia uma pedra de crack* (sic). Chegou a pedir um atestado para ser aposentado por invalidez diante do desespero que sentia por não ter como sustentar a esposa e os filhos. Sua solicitação foi negada pela equipe. Seguiu se tratando, gradativamente recuperou a condição de trabalho. No momento da realização deste estudo seguia trabalhando, agora no próprio negócio, frequentando grupos de mútua-ajuda. Estava há doze anos sem usar substâncias psicoativas.

Guilherme, 26 anos, estava separado da esposa, com quem tinha uma filha de “criação”, quando pediu ajuda pela segunda vez aos 23 anos. Ele cuidou da criança desde que iniciou o relacionamento com a mãe dela, há oito anos, pois o pai biológico a abandonara. Anteriormente tinha buscado por tratamento em um serviço público municipal. Com o uso de drogas, envolveu-se com o tráfico. Chegou a ser preso. Com a separação do casal, o uso foi intensificado. Iniciou o uso de drogas com maconha, aos 11 anos; usou tabaco aos 12 anos; cocaína e solventes aos 14 anos; e álcool aos 15 anos. Interrompeu os estudos no ensino fundamental. Quando buscou ajuda vivia um conflito entre dois mundos: o da família e o da marginalidade. Achava que tinha que escolher, pois eram, para ele, incompatíveis. Depois de cinco meses em tratamento intensivo, retomou o trabalho e o convívio com a família. Iniciou um trabalho, seguiu em tratamento ambulatorial, mas dois meses depois já procurava outro emprego. Recaiu no uso de drogas. Retomou o tratamento intensivo, fez curso profissionalizante, desligou-se gradativamente do processo terapêutico. Reiniciou os estudos e concluiu o ensino médio. Tentou vestibular, mas não teve êxito. Foi demitido do trabalho: o local foi assaltado e os empregadores temiam que os ladrões retornassem por terem sido vistos pelos funcionários. Conseguiu tirar carteira de motorista, uma aposta profissional. No período da realização da pesquisa seguia há quase dois anos sem usar substâncias, vivendo com sua família, trabalhando, frequentando grupos de mútua-ajuda e esperando a chegada do seu primeiro filho.

Nico, 44 anos, é casado, têm quatro filhas, reside com a esposa e a filha caçula. Seu pai era estrangeiro e sua mãe brasileira. Usou álcool, pela primeira vez, aos 9 anos de idade, oferecido pelo pai durante uma festa de Natal. Sua mãe faleceu quando ele ainda era adolescente. Além do álcool, usou maconha, xarope, cocaína e crack. Chegou a vender drogas, ainda na adolescência. Usava drogas dentro de casa, e sua família não se posicionava a respeito dessa sua atitude. Com o uso abusivo e a dependência do crack, com o qual se manteve envolvido por seis anos, Nico não conseguiu concluir o ensino médio. Iniciou o tratamento após uma tentativa frustrada de não usar crack, quando tentou mostrar a si mesmo que controlava o uso de drogas. Com o início do tratamento, concluiu os estudos e uma faculdade, retomou a escrita de poesias e contos – um hábito da adolescência –, criou um *Poadcast* sobre recuperação e passou a participar ativamente, tornando-se um líder nos grupos de mútua-ajuda. No momento da entrevista estava há quase oito anos sem usar substâncias psicoativas. Nico tem sua entrevista biográfica apresentada no Apêndice C desta tese.

3. PENSANDO O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

3.1 A vida como uma atividade normativa

As concepções que nortearam este estudo e o diálogo que estabelecemos com o campo da pesquisa estão fundamentados, principalmente, na discussão feita por George Canguilhem (2012), médico e filósofo francês contemporâneo, sobre o processo saúde-doença, apresentada no clássico *O Normal e o Patológico*.

Segundo Canguilhem, no século XIX, a biologia e a medicina endossavam a equivalência entre os fenômenos patológicos e os normais. A diferença entre eles era apenas quantitativa. Um tecido estava doente porque sua resposta estava abaixo ou acima do grau que constituía o seu estado normal. A variação entre o normal e o patológico estava na resposta dada pelo tecido aos diferentes níveis de intensidade dos estímulos. Essa posição presente nas práticas médicas, mesmo não conseguindo explicar com clareza essa variação quantitativa, sustentava a ideia de uma “saúde ideal a ser atingida” como uma norma a ser alcançada. Normalizar seria exigir uma certa forma de existir, que teria no estado saudável um resultado ideal. O normal seria o regular e habitual, ou seja, aquilo que era como deveria ser, encontrado na maior parte dos casos, algo mensurável e acessível à observação. A doença, por sua vez, seria uma condição derivada do normal, um distúrbio, um transtorno, um déficit ou um excesso (Safatle, 2011).

Canguilhem (2012) criticava a medicina e outras clínicas, cujas concepções seriam mecanicistas e deterministas, por buscarem resgatar esse estado habitual ideal. Em sua tese defendeu que o normal e o patológico são fenômenos qualitativamente diferentes, que atingem todo o organismo devido à integralidade de seus processos e de suas funções. Um estado contínuo e perfeito de saúde seria inexistente, pois a experiência da vida incluiria a doença.

Baseando-se no conceito de “norma”, esse autor afirma uma polaridade dinâmica entre a saúde e a doença. As normas, ou seja, o que é considerado normal e anormal, mudam ao longo do tempo devido à capacidade humana de inventar novos instrumentos para dominar os meios para viver. Lutar contra os obstáculos à própria manutenção do sujeito é um movimento espontâneo da vida. Nesse sentido, não há indiferença por parte do sujeito às condições impostas, pois “a vida é uma reatividade polarizada às variações do meio no qual se desenrola” (Canguilhem, 2012, p.83). Portanto, esta seria a norma da vida: manter-se e desenvolver-se. Eis

o fio condutor de toda as reflexões canguilhemianas sobre a vida, segundo Moreira (2013): a capacidade da vida de agir, reagir e resistir ao que a ameaça, no seu embate com o meio.

A Psicologia Histórico-Cultural nos auxilia a compreender essa “norma da vida” descrita por Canguilhem (2012) ao afirmar que, imerso numa realidade complexa, o sujeito produz a realidade social e cultural e, ao mesmo tempo, dela se apropria, formando e transformando a si mesmo. Nessa perspectiva, evidencia-se a relação complexa, dinâmica, recursiva, dialética e histórica, de influência e interação recíprocas, entre a psique e o social: a psique humana está configurada socialmente e é constituinte do social (Rey, 2007).

É na vida cotidiana que o sujeito se constitui – ou seja, que se mantém e se desenvolve, nas palavras de Canguilhem (2012) – sob a influência das condições sociais e culturais nas quais está inserido e as quais ele também instituiu (Zanella, 2007). Por meio da sua ação, das suas reflexões e posicionamentos, integrado a uma rede de fatores que permitem a sua inovação, o sujeito cria novas alternativas para a vida acontecer (Rey, 2007).

O social, na perspectiva de Gonzalez Rey (2015), não se caracteriza como algo externo ao sujeito. A vida dos que circulam em diferentes espaços sociais é marcada por uma produção simbólica e de sentido subjetivo. Dessa forma, o processo saúde-doença não é apenas individual, mas se constitui também pelo social. Para Mori e Rey (2012), “não é cópia ou internalização do social, mas nova produção que acontece como resultado das múltiplas e simultâneas consequências do ‘viver’ do homem” (p.142).

A subjetividade, compreendida como produção simbólico-emocional singular (Rey & Bizerril, 2015) pela capacidade humana de dar sentido às situações vividas, definida por Gonzalez Rey como sentido subjetivo, configura-se pela e na complexa e tensa inter-relação do sujeito com o social, de natureza histórica e cultural. Nessa perspectiva não é uma compreensão intrapsíquica ou um atributo intrínseco à mente humana, como tem sido associada na Modernidade. A subjetividade é uma qualidade dos processos e das atividades humanas historicamente situadas nas condições da cultura, desde o corpo até as mais diversas práticas e instituições sociais (Rey, 2007). Como nos ensina o autor, o subjetivo é uma organização em processo, com plasticidade para se reorganizar no curso da ação, definida por ele como configuração subjetiva:

o subjetivo é sistema enquanto configuração atual de um processo, que se organiza no curso da ação e no curso da história de vida das pessoas e de seus espaços sociais, alimentando-se das múltiplas produções simbólico-emocionais que caracterizam as experiências dessas pessoas e dos diferentes espaços sociais em que vivem em momentos históricos e contextos diferentes da vida individual e social. (Rey, 2015, p.10)

O sujeito, conforme Touraine (2006), não se reduz ao seu contexto social e cultural, mas só pode ser reconhecido como tal considerando esses contextos. É o que o autor afirma:

O que cada um de nós procura, no meio dos acontecimentos em que está mergulhado, é construir *sua* vida individual, com *sua* diferença em relação a todos os outros e *sua* capacidade de dar sentido geral a cada acontecimento em particular. Esta procura não deveria ser a procura de uma identidade, já que somos cada vez mais compostos por fragmentos de identidades diferentes. Ela não pode ser senão a busca do direito de ser o autor, o sujeito de sua própria existência e de sua própria capacidade de resistir a tudo aquilo que dela nos priva – e torna nossa vida incoerente. (Touraine, 2006, p.124)

Assim, é na tensão entre o individual e o social que o ser humano torna-se sujeito, e nesse processo – retomando Canguilhem (2012) –, atento às condições nas quais a vida é possível, o ser humano institui normas. Ele é normativo e “a vida é uma atividade normativa” (p.80). Sob condições de vida diferentes, outras normas surgiriam. Para o ser humano, normal é resistir às violações da norma momentânea e ultrapassá-las, ou seja, romper as normas e criar outras em situações novas. A vida não é indiferente, impassível, pois se opõe, reage e enfrenta tudo o que a ameaça. E essa resistência origina as técnicas humanas de enfrentamento dessas ameaças degradantes, por exemplo, no surgimento da medicina e de tantas outras clínicas voltadas aos processos de saúde-doença (Moreira, 2013).

Afirma-se a saúde como um ato criativo – criador de valores⁴ – e instaurador de normas vitais. Uma nova norma, instituída ou escolhida, torna-se um instrumento de substituição do que é considerado insatisfatório e passa a ser a nova referência. Por poder transformar o contexto em que se encontra, o sujeito atribui à vida outras propriedades e exercita sua capacidade de transgredir ao ultrapassar as normas, criar outras e valorar seu comportamento. Nesse sentido, afirma o humano como um ser livre, criativo e normativo, que “pode transgredir seus próprios atos, seus próprios hábitos, ensaiar, experimentar, improvisar novos modos de ser e insurgir-se contra as imposições do meio” (Moreira, 2013, p.37).

Para que a atividade normativa seja possível, é preciso que a vida seja para o sujeito uma experiência, aberta à novidade e ao rearranjo de seus contornos. Como nos ensina Larrosa (2015), a experiência é aquilo que *nos* acontece, *nos* toca, *nos* afeta e o modo como lhe

⁴ Entendendo valor, na sua origem latina *valere*, como “passar bem”, conforme afirma Canguilhem (2012, p.143).

atribuímos ou não um sentido. Fazer uma experiência é deixar-se aberto, receptivo, exposto àquilo que nos interpelar, pois “aquilo de que [o sujeito] faz experiência dele se apodera” (p.28). Seria precisamente, então, deixar-se envolver pela vida.

A vida, como a experiência, é relação: com o mundo, com a linguagem, com o pensamento, com os outros, com nós mesmos, com o que se diz e o que se pensa, com o que dizemos e o que pensamos, com o que somos e o que fazemos, com o que já estamos deixando de ser. A vida é a experiência da vida, nossa forma singular de vivê-la. (Larrosa, 2015, p.74)

Na perspectiva de Canguilhem (2012), patológico, por sua vez, implicaria *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, de *vida contrariada* (p.89). O patológico seria uma nova dimensão vital, qualitativamente distinta, evidenciada no grau de abertura do sujeito às possíveis modificações de sua condição de vida. A doença teria um caráter conservador, e a saúde um caráter de abertura ao novo. Ou seja, estando sob outras condições de vida, o doente estaria limitado na sua capacidade de poder instituir normas diferentes, na sua capacidade normativa.

Nesse sentido, a doença não é a ausência de normas – anormalidade⁵ – nem uma variação da dimensão da saúde. Podemos associar a doença a uma “experiência enjaulada” (Larrosa, 2015) por uma lógica, por saberes e práticas que já não respondem mais às necessidades do sujeito. Para Canguilhem (2012), o patológico é a restrição da capacidade normativa. Nessa situação reduzida, o sujeito não sente a vida acontecer. A sensação é de irrealidade, e, mesmo que ainda o sujeito esteja andando, sua vida sucumbe. “O real está relacionado com a vida e a irrealidade com a desvitalização da vida, o sentimento que nos faz dizer que essa vida não é vida” (Larrosa, 2015, p.108). Nessa jaula, sob uma norma diferente, insatisfatória para o sujeito, a experiência é a da doença.

A doença se manifesta ao longo do tempo e marca uma ruptura de um processo em curso. Mais do que um acometimento biológico, a doença é uma ameaça à existência individual (Moreira, 2013). Essa característica de ruptura, mesmo quando há um fator de cronicidade e sendo a doença uma outra dimensão repelida pela vida, delineia um tempo-passado registrado na memória, em alguns casos com nostalgia, como nos ensina Canguilhem. As novas normas instituídas pelo sujeito não são as mesmas adotadas antes do processo crítico que originou a novidade. Canguilhem considera que há uma irreversibilidade na normatividade vital por avaliar que a vida não conhece reversibilidade, mas aceita reparações, inclusive, que podem ser

⁵ Em seu doutorado, Moreira (2013) cita Canguilhem: “Rigorosamente, “patológico” é o contrário vital de “são” e não o contraditório lógico de normal” (p.47).

condições superiores às antigas (Canguilhem, 2012; Moreira, 2013). Como consequência disso, a cura não é um retorno a um estado anterior. Ela é a reconquista de uma estabilidade, que pode se aproximar ou distanciar da doença e da saúde, na medida em que esse estado estiver mais ou menos aberto a eventuais alterações do meio.

Devido a esse processo normativo, criador de normas e com potencial para ultrapassá-las em situações eventuais, a fronteira entre o normal e o patológico poderia variar ao longo do tempo. Cada sujeito teria a própria concepção do que é normal para si mesmo. A norma seria sempre individual, privativa, ao definir o máximo da capacidade de um ser. O sujeito seria o responsável pela distinção do ponto em que começa a doença, tendo a si mesmo como a própria referência. “O patológico só começa quando é reconhecido como tal pela consciência marcada pela experiência da doença” (Safatle, 2011, p.19).

Nesse sentido, não há fenômeno patológico em si. Ele só poderia ser apreciado numa relação: o que fosse normal numa situação poderia se tornar patológico noutra, dependendo da reação do sujeito e dos instrumentos de ação disponíveis no seu contexto de vida. Um fato seria “normal e patológico no interior de uma relação entre o organismo e o meio ambiente” (Safatle, p.18, 2011). O nível de saúde poderia ser avaliado pela capacidade de suportabilidade às mudanças e infidelidades do meio, assim como de enfrentamento das crises e de operar ajustes normativos: “Estar com boa saúde é poder cair doente e poder se recuperar” (Canguilhem, 2012, p.140).

Por tudo isso, podemos afirmar que Canguilhem nos ensina que a doença acabaria revelando uma inovação positiva do sujeito ao instaurar um processo de redimensionamento da vida, quando se é capaz de afastar da doença, pela flexibilidade e criatividade de transformar as normas. Essa maleabilidade não caracterizaria, no entanto, uma plasticidade instantânea e absoluta, mas uma flexibilidade das normas interpretadas pelo sujeito como habituais, um dinamismo dos modos de ser da vida, dentro de certos limites (Moreira, 2013).

Rey e Bizerril (2015) também partilham desse mesmo ponto de vista, de que a produção da saúde decorre da possibilidade de atribuição de sentidos para os dilemas, inclusive para o processo de adoecimento. Destacam ainda que se trata de um processo de subjetivação inseparável das condições de vida, mesmo não sendo uma expressão linear e direta das condições materiais e culturais. O comportamento é a expressão de uma configuração subjetiva singular. Os sentidos subjetivos são gerados na própria trama relacional entre as práticas e as

relações de uma rede de eventos, onde também se geram os comportamentos. A doença, nessa perspectiva, é compreendida como a consequência de uma determinada configuração subjetiva que, ao se desdobrar em processos simbólico-emocionais de atribuição de sentido que não permitem a expressão da pessoa, fixam-na no sofrimento. Como dissemos anteriormente, tais afirmações nos remetem à ideia de doença como “experiência enjaulada” de Larrosa (2015) ou como “vida contrariada” de Canguilhem (2012), ou, ainda, com o que Clot (2010), inspirado em Vygotski, argumenta sobre a “amputação do poder de agir”:

Na doença, a experiência vivida deixa de ser meio de viver outras experiências. Encarcerada, sedentária e desligada, a atividade imposta se torna intransformável. O sujeito já não dispõe de sua atividade, mas está à sua disposição. A psicologia de Vygotski se dirige ao encontro dessa *amputação do poder de agir*, ou mais precisamente, ao encontro das possibilidades insuspeitas pelos próprios sujeitos. (Clot, 2010, p.62)

Vygotski definia a consciência como “a experiência vivida de uma experiência vivida” (Clot, 2010, p.222). Nesse sentido, o poder de agir do sujeito estaria fundamentalmente ligado à tomada de consciência que ultrapassa o reencontro com o passado, ao transformá-lo em meio para poder agir no presente e no futuro.

É com sujeitos que tiveram sua “vida contrariada”, nas palavras de Canguilhem, que dialogamos nesta tese. Eles sofreram e experimentaram a impotência diante de uma vida estreitada em seu repertório, pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Perceberam-se insatisfeitos com essa norma patologizante e buscaram outras alternativas. No entanto, antes de avançarmos nesse diálogo com esses sujeitos que enfrentam a dependência química em suas vidas, precisamos compreender que ruptura o abuso de substâncias psicoativas inaugura quando percebido por eles como uma doença.

3.2 Sobre a dependência química

Sabemos, com base em nossa experiência profissional e nas trajetórias dos próprios sujeitos, que nem todo consumo de substâncias psicoativas determina um uso problemático para o sujeito ou uma dependência química. Contudo, no estudo que desenvolvemos, tivemos como foco a compreensão da experiência de sujeitos que foram prejudicados no enfrentamento da vida pelo abuso crônico de drogas. De alguma forma, esses prejuízos afetaram esses sujeitos, a ponto de mobilizá-los ao enfrentamento.

Para refletirmos sobre a dependência química, precisamos considerar as posições dos diferentes atores envolvidos nesse processo de enfrentamento da doença – o próprio

dependente, seus familiares e amigos, os profissionais das diversas abordagens de tratamento, os financiadores dos programas de tratamento, o governo nos seus diferentes setores (saúde, assistência social, segurança pública, educação, cultura). Para cada um deles, o resultado esperado da *recuperação* pode ser diferente. Mas, se o uso de drogas pode se tornar um problema, de quem é esse “problema”? O que precisa ser solucionado?

As consequências significativas da dependência química podem decorrer de um único episódio de intoxicação ou de anos de consumo. Elas podem ainda comprometer diferentes dimensões da vida, por alguns dias, meses ou anos (SENAD, 2009; Fiocruz, 2014; Schaurich et al., 2012; Horta et al., 2011; Chaves et al., 2011), conforme observamos em nossa experiência clínica, desde 1999, discutida em nossa dissertação de mestrado (Mata, 2008).

Para o diagnóstico de possíveis problemas, um primeiro aspecto a ser investigado é o padrão de consumo do sujeito. Esse padrão pode variar desde a abstinência total, passando pelo consumo leve/moderado, até atingir o uso nocivo e a dependência, com o aumento simultâneo e progressivo da gravidade dos riscos associados, na medida em que o consumo de drogas se intensifica. Isso indica que não é necessário ser dependente para apresentar problemas relacionados ao consumo de substâncias. Segundo Ribeiro e Marques (2012), “não há possibilidade de o consumo de qualquer substância ser isento de riscos” (p.212). A questão está, então, na administração dos riscos e do quão impactantes eles são para o sujeito, ou seja, nas consequências do consumo em uma determinada intensidade, considerando sua vulnerabilidade pessoal e social e sua capacidade de enfrentar esses problemas. Seriam essa capacidade de gerenciar os riscos e os impactos do consumo a razão para que alguns usuários de substâncias não se tornem dependentes? Quais habilidades eles desenvolveram ao longo da vida para que isso seja possível?

O uso é considerado nocivo quando é caracterizado por problemas clínicos e/ou psicossociais recorrentes associados ao consumo de substâncias, como acidentes de trânsito, episódios de violência doméstica durante intoxicações ou o absenteísmo na escola e/ou no trabalho. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA, 2014), trata-se de um “padrão mal adaptativo” de uso que resultou em prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo para o sujeito. Essa inadaptação se manifesta: no fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo: baixo desempenho escolar relacionado ao uso de substâncias; negligência nos cuidados dos filhos e das necessidades da família, privilegiando o consumo de

drogas); no uso continuado de substâncias, apesar de problemas sociais e interpessoais persistentes, recorrentes ou exacerbados pelos efeitos; no uso continuado, apesar dos perigos físicos desse consumo. O uso nocivo pode resultar ainda em problemas legais relacionados ao consumo ou a estados de intoxicação (Ribeiro & Marques, 2012).

Quanto à dependência de SPA, a escola de Griffith Edwards (1976) define os sete critérios para o seu diagnóstico: (1) compulsão para o consumo, um desejo incontrolável de consumir uma substância; (2) aumento da tolerância, da necessidade de doses crescentes para alcançar o mesmo efeito anteriormente alcançado com menos quantidade; (3) síndrome de abstinência, caracterizada por sintomas de desconforto físico e/ou psíquico devido à interrupção ou à redução do uso; (4) o alívio ou a tentativa de evitar a abstinência pelo aumento do consumo de substâncias; (5) a relevância do consumo em detrimento de outras atividades antes consideradas importantes pelo sujeito, de modo que o uso se torna prioridade em relação aos compromissos pessoais e sociais; (6) o estreitamento ou empobrecimento do repertório, referindo-se à perda das referências internas e externas que norteiam o consumo, buscando exclusivamente aliviar os sintomas da abstinência em detrimento de outras situações de consumo, por exemplo, em eventos sociais; (7) reinstalação da síndrome de dependência, manifesta no ressurgimento de comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas da síndrome de abstinência, após um período de interrupção do consumo.

Um primeiro aspecto a se considerar no entendimento do processo de adoecimento e de *recuperação* da dependência química é o quanto os critérios diagnósticos para uso nocivo estão fundamentados em avaliações diretamente relacionadas às expectativas sociais em relação ao sujeito. Os critérios para a dependência mantêm essa mesma característica, apesar da possibilidade de uma definição diagnóstica a partir de aspectos mais objetivos, como a tolerância e a síndrome de abstinência. Todo diagnóstico traz consigo o impacto social de se tornar um rótulo, um estigma na vida de quem o recebe, e de atender demandas de um controle social⁶, podendo influenciar o futuro dos sujeitos ao se tornar um fator de vulnerabilização. Afinal, o diagnóstico pode ser utilizado como um critério para determinar, por exemplo, a incapacidade de se cuidar dos filhos, culminando na perda da guarda da criança; a “justa causa” para uma demissão, para o recebimento de um benefício assistencial ou para a aposentadoria.

⁶ “Controle social”, termo originado na sociologia, designa as estratégias de manutenção da ordem social que disciplinam a sociedade ao submeterem os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Pode se referir tanto ao controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade, ou de setores organizados da sociedade, sobre o Estado. Recuperado em 20 de março de 2015, de <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>.

Daí a importância de estudos que demonstrem que, assim como a instalação do adoecimento, a *recuperação* da dependência química pode ser um processo de longo prazo, que exige tolerância com as dificuldades e persistência na busca de soluções por parte dos dependentes e da sociedade.

Além do padrão de consumo (uso nocivo ou dependência), Ribeiro e Marques (2012) consideram que é preciso avaliar a gravidade da dependência, determinante no planejamento da terapêutica. Para tanto, sugerem a pergunta: “Quem molda quem? É o consumo de crack que estabelece as rotinas em detrimento dos demais campos da vida do usuário ou existe alguma situação afetiva ou de autoridade capaz de interferir sobre o consumo?” (p.217). Percebe-se que a avaliação da gravidade da dependência está fundamentada na capacidade remanescente de autocontrole do sujeito, em relação ao consumo, e do quanto seu comportamento compulsivo pode ser alterado por interferências externas.

Segundo White (2007), é preciso avaliar o modo como o próprio sujeito percebe sua relação com as drogas psicoativas. Ribeiro e Marques (2012) destacam a avaliação do que denominaram “a prontidão para a mudança e a prontidão para o tratamento”, referindo-se ao “desejo ou abertura para se engajar em um processo ou adotar um novo comportamento” (p.220). Quando há prontidão para mudança, o sujeito percebe a importância do seu problema e confia nas suas próprias habilidades para modificá-lo. Na prontidão para o tratamento, o sujeito percebe o problema e acredita que precisa de um tratamento para resolvê-lo. Os Estágios Motivacionais para a Mudança, propostos por Prochaska e Di Clemente – Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Recaída⁷ –, são amplamente citados na literatura como referência na avaliação diagnóstica e na definição do planejamento terapêutico. Eles descrevem o grau de percepção do problema e de motivação para mudar o próprio comportamento relacionado ao consumo de drogas. Delineiam ainda o quanto o dependente se considera necessitado de ajuda para resolver seus problemas. Na proposta de Prochaska e Di Clemente, o tratamento propriamente dito se inicia a partir da interrupção do uso e deve ser continuado,

⁷ No estágio da pré-contemplação, o sujeito não cogita a mudança e, por isso, mostra-se resistente a qualquer orientação. No estágio da contemplação há uma ambivalência em relação à mudança, pois ele reconhece o problema já manifesto ou sua possível manifestação, cogita uma possível mudança, mas ainda valoriza a funcionalidade do consumo da substância. No estágio da preparação, o sujeito reconhece o problema e a necessidade de ajuda para resolvê-lo. No estágio da ação, ele interrompe o consumo e inicia o tratamento. Esse estágio ainda é marcado por uma ambivalência em relação à mudança, o que justificaria, na visão dos autores, a necessidade de acompanhamento continuado. No estágio da manutenção, o foco está no cuidado da ambivalência e dos fatores de risco para a recaída. No estágio da recaída, considerada como o retorno ao consumo após um período longo de abstinência, o foco é buscar aprender com a experiência para evitar futuras recaídas (Miller & Rolnick, 1999).

devido à ambivalência frequentemente demonstrada por esses sujeitos, referindo-se às oscilações na decisão de reavaliar sua relação com a substância.

Várias teorias tentam explicar a etiologia da dependência química⁸ e direcionam as propostas de tratamento e de enfrentamento dos problemas. As biológicas, atualmente amparadas na neurociência e na genética, afirmam tratar-se de uma doença cerebral e hereditária. Logo, argumentam que rompem com o estigma moral que culpa o sujeito, já que, na verdade, o seu problema está no cérebro e na sua herança genética. Nesse caso, caberia à neurociência analisar os processos bioquímicos envolvidos na compulsão pelas drogas. As diferenças biológicas entre os cérebros “normais” e os dos adictos poderiam direcionar as ações de saúde e, quem sabe, até as vacinas antivício. Apesar das contribuições que o entendimento do funcionamento cerebral pode trazer para o avanço da ciência e das possibilidades de tratamento, há de se considerar os possíveis problemas éticos de tais teses, como argumenta Mota, (2007 p.25): será que “ações preventivas sobre populações de risco” poderiam justificar medidas de esterilização de dependentes químicos para evitar sua transmissão a gerações futuras?

Já as explicações psicológicas para a etiologia da dependência química estão fundamentadas no entendimento de que a droga se torna para o sujeito um objeto substitutivo para uma carência emocional. Assim, a dependência poderia ser interpretada: como uma tentativa de retorno a estados prazerosos da infância; como uma busca de combustível encorajador para lidar com situações frustrantes; como uma maneira de lidar com uma dinâmica familiar marcada por um pai ausente e/ou uma mãe superprotetora; como uma estratégia habitual de automedicação para lidar com sentimentos de raiva, ansiedade, angústia e depressão.

Nos modelos psicanalíticos, de um modo geral, a dependência química é compreendida como um sintoma, um problema secundário, pois o sujeito usaria drogas para lidar com suas dificuldades emocionais, para “aliviar a dor de existir”, como um “amortecedor das preocupações” e para afastar-se da pressão da realidade. Porém, ao estabelecer um padrão de uso patológico, provocaria mais situações desagradáveis. A psicanálise também discute a dependência química ou toxicomania, termo mais frequentemente usado pelos autores, como

⁸ Nosso intuito não é apresentar em profundidade as diferentes perspectivas das disciplinas que buscam explicar a dependência química, mas sim evidenciar a complexidade dessa realidade quando o abuso continuado de substâncias psicoativas se torna um problema para o sujeito.

um sintoma social. Nessa perspectiva, argumenta-se que vivemos em uma cultura fundamentada no imperativo do consumo e com um mercado estruturado para esse fim. Possuir bens e objetos determina o lugar social de cada sujeito. A droga, na atualidade, seria mais um dos itens de uma lista de objetos de consumo. Os sujeitos estariam então reduzidos a consumidores ao terem suas singularidades subjetivas apagadas pelo movimento de universalização dos sujeitos, através da posse de objetos determinada pelas leis de consumo (Grossi, 2000).

Essa perspectiva, que sustenta a dependência química como um sintoma social, aproxima-se dos modelos sociológicos que buscam entender a relação entre os fatores sociais e o uso de substâncias, ou seja, o quanto um meio social, uma cultura e uma determinada condição de vida material poderiam facilitar ou inibir determinadas condutas. Para tentar compreender o suicídio, por exemplo, apoiando-se no conceito de fato social, Durkheim considerou a influência das condições sociais, suas crenças, normas e hábitos sobre o sujeito como um fator importante para a coesão social. A ausência de referências sociais estáveis, propiciadora dessa coesão, acabava gerando anomia. Um mundo instável, em constante mutação, com um individualismo que afeta a construção de laços sociais mais solidários, poderia conduzir cada vez mais os sujeitos ao desespero e ao suicídio (Mota, 2007).

Não se pode negar que a dependência química se manifesta de forma diversa nas distintas posições sociais submetidas a diferentes graus de vulnerabilização, influenciada também pelas condições socioeconômicas de cada uma (Mota, 2007). Mas, como essa relação se daria, isto é, seriam as vulnerabilidades causa e/ou consequência do consumo abusivo de substâncias? Como a pobreza, a moradia insalubre, o desemprego, a inserção precária na escola e no mercado de trabalho, a falta de acessibilidade aos serviços de saúde e a injustiça social influenciariam no seu desenvolvimento e enfrentamento?

Vargas (2001) problematiza essa associação simplista entre muitos dos problemas contemporâneos – econômicos e sociais – e o consumo de drogas. Ele considera que a produção e o intercâmbio de informações e de mercadorias através do mundo – inclusive a droga – que se deu a partir do desenvolvimento tecnológico, com as contingências sociais que o demandaram e o tornaram possível, trouxeram problemas que são inventariados na conta das drogas. Subestima-se a atual configuração histórica e social – que, por sua vez, paradoxalmente, instiga, prescreve e condena o consumo de substâncias psicoativas – além do mercado, que produz e distribui grande parte delas.

Nessa mesma perspectiva, Vargas (2001) aponta o “discurso terapêutico” (biomédico e psicológico) e o discurso sociológico que se dão através de modelos que explicam e, dessa maneira, buscam justificar o uso de substâncias para amortecer as injustiças sociais, as carências emocionais e a precariedade das condições de vida que favorecem e estimulam o consumo. O autor nos instiga a questionar o quanto esses discursos retroalimentam essas relações humanas, que produzem e são o resultado de um modo de vida capitalista e que continuam a produzir, distribuir e consumir drogas como mercadorias.

O que fica evidente – diante de tantos modelos e discursos que problematizam e explicam o uso, o abuso de substâncias, a dependência química e suas consequências para o sujeito e para a sociedade, além dos possíveis caminhos para enfrentar essa situação – é a complexidade dessa temática. Não se pode ter a pretensão de superar as controvérsias. E, mais do que isso, é essa diversidade de perspectivas teóricas, aliadas às experiências dos sujeitos que as vivenciam em suas histórias de vida, que nos servirá de fundamento para tentar alcançar as interconexões que configuram essa complexidade. Dessa forma, não há como não recorrer a um entendimento interdisciplinar.

Um olhar atento à história de vida dos dependentes químicos graves evidencia não somente sua natureza biopsicossocial, mas ainda a cronicidade desse adoecimento que desenvolveram, semelhante à de outras doenças dessa natureza como a diabetes e a hipertensão. O tratamento das doenças crônicas está focado na remoção ou redução dos sintomas e não em suas causas. A cronicidade requer assistência continuada e mudanças no estilo de vida e no comportamento por parte do paciente, para que os ganhos para a saúde sejam maximizados (White & McLellan, 2008). É notável como raramente alguém se surpreende ou condena moralmente os episódios de recaídas na ingestão de açúcar dos diabéticos, por exemplo. Infelizmente, o mesmo não acontece com a dependência química, cujas recaídas no uso de drogas são condenadas socialmente e percebidas como um fracasso do sujeito, do profissional ou do método de ajuda recebido. A necessidade de atenção continuada frequentemente implica em vários episódios de tratamento, com diferentes estratégias de cuidado dos sintomas e problemas característicos de cada etapa do processo.

De Leon (2003), ao se referir aos casos graves de dependência, afirma que “o centro do transtorno do abuso de substâncias está no modo como os sujeitos se comportam, pensam, administram emoções, interagem e se comunicam com os outros, bem como na sua maneira de

perceber e vivenciar a si mesmos e o mundo” (p.53), apesar das diferenças na preferência por uma determinada substância e na origem sociocultural de cada sujeito.

Nesse sentido, o uso continuado de substâncias resultaria, simultaneamente: em experiências subjetivas – efeitos psíquicos diversificados a partir do encontro do sujeito com diferentes tipos de substâncias (estimulantes, depressoras, alucinógenas e perturbadoras do sistema nervoso central); em experiências objetivas – no encontro sujeito-droga-condições materiais de existência; em experiências intersubjetivas, sociais e culturais – no encontro entre os sujeitos, com os fatos sociais e com uma dada cultura. Como esses sujeitos, que desenvolveram uma dependência química grave, enfrentam as consequências dessa repetição continuada dos efeitos orgânicos e psicológicos desse estado de intoxicação? Como lidam com a repercussão dessas experiências nas suas relações interpessoais, familiares e sociais? Essas são questões centrais que pretendíamos compreender com o nosso estudo.

O quadro clínico dos casos graves, geralmente, envolve riscos para a saúde física e psicológica e problemas sociais: uso de drogas fora do próprio controle, com dificuldade de manter a abstinência sem auxílio, apesar de tentativas anteriores, e, em alguns casos, com o risco de autoextermínio por overdose; descontrole frequente em outros aspectos da própria vida: na sexualidade, na administração financeira, nos relacionamentos; dificuldade de sustentar sua responsabilidade no cumprimento de compromissos sociais, como colaborar para a sobrevivência familiar, responder por atividades laborativas e escolares; restrição da rede social de relacionamentos, voltada para o contexto de uso de drogas como a atividade principal (amigos, lugares e atividades relacionadas); envolvimento, como responsáveis e/ou como vítimas, em situações de exploração, maus-tratos e violência; e problemas com a justiça (De Leon, 2003).

Esse quadro, que abrevia didaticamente suas experiências singulares, evidencia o nível de sofrimento psíquico desses sujeitos, a amplitude dos seus problemas, as dificuldades que apresentam para administrar suas vidas, os desafios a serem enfrentados, e aponta do que eles poderiam se recuperar e o que precisariam desenvolver. Seus comportamentos, sentimentos e experiências são características de um estilo de vida que os retroalimentam, caracterizando não só um jeito de viver, mas também um jeito de ser e de perceber a si mesmo e ao mundo.

As abordagens de tratamento e o conceito de *recuperação* surgem a partir da concepção que se tem do transtorno. De Leon (2003), por exemplo, é enfático ao afirmar que, para uma

recuperação estável, o dependente químico precisa interromper um ciclo de comportamentos autodestrutivos para desenvolver uma estabilidade psíquica e social e uma mudança pessoal e do seu estilo de vida.

Mas como se dá todo esse processo? Como esses sujeitos que tiveram sua trajetória atravessada pela dependência química grave e suas consequências subjetivas, objetivas, intersubjetivas, sociais e culturais enfrentam suas vidas nas exigências do cotidiano?

4. A RECUPERAÇÃO COMO UM ENFRENTAMENTO

4.1 É possível definir *recuperação*?

O conceito de *recovery*, que traduzimos livremente neste trabalho como *recuperação*, surgiu nos Estados Unidos em meados dos anos 70. Vinculado ao processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, surgiu como um movimento desses sujeitos em busca de direito (Bonadio, 2010).

No campo da dependência química, o conceito de *recovery* aponta para uma perspectiva longitudinal do processo de enfrentamento da doença, contrapondo-se à ideia de *recuperação* como um resultado após um episódio de tratamento. Esse processo de enfrentamento reflete um percurso histórico, dinâmico, complexo, que o sujeito desenvolve ao longo da sua trajetória de vida ao cuidar-se de si mesmo.

A temática da *recuperação* faz parte da vida de muitos dependentes e ainda de seus familiares há muitos anos. Nos Estados Unidos, por exemplo, estima-se que faça parte da vida de 10% da população adulta, o que significa mais de 20 milhões de pessoas (Laudet, 2013). No Brasil, se considerarmos 12,3% da população adulta de dependentes de álcool como exemplo, acrescentando ainda, no mínimo, três familiares de convívio direto com esse sujeito, veremos que a realidade brasileira, pelo menos nesses números, parece não ser tão diferente.

Essa realidade tem sido debatida internacionalmente, nas duas últimas décadas, pelo *recovery movement*. Trata-se de uma ação coletiva de redefinição dos paradigmas das políticas de atenção aos portadores de sofrimento mental e aos usuários de álcool e outras drogas na América do Norte e na Europa (Yates, 2010).

Historicamente, no contexto internacional, o movimento pelo *recovery* ressurge paralelamente como alternativa ao domínio progressivo dos programas de tratamento baseados na redução de danos que se deram ao longo dos anos, principalmente na prescrição da metadona em substituição ao uso da heroína. Retomou-se um debate polarizado dos anos 80 entre a abordagem centrada na prescrição de drogas substitutas como estratégia de redução de danos e a abordagem de tratamento baseada na abstinência. Os debates sobre o conceito e a viabilidade da *recuperação*, segundo Yates e Malloch (2010), estão baseados na predominância, nas últimas décadas, das práticas de controle das doenças infectocontagiosas e na redução da criminalidade, resultando na prevalência do paradigma médico dos modelos de tratamento.

Nesse paradigma, o foco do tratamento estaria no gerenciamento da doença, dos seus sintomas físicos e das suas consequências sociais por se tratar de uma condição incurável e crônica.

A pretensão do movimento pelo *recovery* era resgatar a visibilidade das repercussões dessas diferentes abordagens e reavaliar as políticas públicas com base nesses debates. Inicialmente foram destacadas as diferenças ideológicas e filosóficas das posições. Contudo, a principal evidência desse debate foi a desconsideração, por parte das políticas e das propostas de intervenção, da experiência dos sujeitos que se consideravam “em *recuperação*”. Ao participarem do movimento, seus relatos trouxeram importantes contribuições (Yates, 2010).

As primeiras experiências históricas de debates sobre a temática da *recuperação/recovery* datam de 1830, nos Estados Unidos, atribuídas aos americanos nativos que buscavam a abstinência e a sua revitalização religiosa e cultural. Desde então, esse movimento social influenciou discussões em outros continentes – Europa, Ásia, Oceania e América do Sul – e atravessou os anos denunciando a falta de formação dos profissionais; questionando os modelos de ajuda e as práticas desenvolvidas; propondo outros conceitos para a doença do alcoolismo e, posteriormente, de outras substâncias, e para o seu tratamento; combatendo o estigma; discutindo a relação entre sobriedade e cidadania; exigindo atenção dos governos a essa temática; inaugurando serviços de outra natureza, como moradias assistidas e escolas, além de associações de familiares e ex-usuários de álcool e outras drogas, promovendo eventos culturais e manifestações de apoio à causa; fomentando a produção científica nesse campo de pesquisa, etc.

Em 1998, o governo federal norte-americano financiou, pela primeira vez, um programa de ações de educação pública e mobilização comunitária, com o intuito de debater as políticas públicas relacionadas à temática vigentes naquela época. A partir de então, o movimento também priorizou a defesa dos direitos dos cidadãos envolvidos com a *recuperação* da dependência química.

Desde 2007, um dos focos importantes dos debates tem sido a busca de uma definição do que seria a *recuperação*, com financiamento público e privado de pesquisas para justificar o investimento financeiro em ações interventivas. Em 2010, a dependência química foi abordada pela primeira vez nas discussões americanas da “reforma das políticas de saúde” (*health reform*).

Recentemente, em 2013, uma das associações americanas mais influentes, com mais de 30.000 membros – *Faces and Voices of Recovery* – financiou uma pesquisa *survey* com mais de 3.000 sujeitos documentando a experiência de vida de pessoas em *recuperação*.

Esse ainda é um debate em curso, que, como todo acontecimento de seu tempo histórico, sofre e é o resultado de uma produção cultural, ideológica e interessada. Essa certeza, no entanto, não invalida todo o empenho dos envolvidos. Ressaltem-se dois aspectos significativos do *recovery movement*: como apontado por White (2013), uma característica importante do movimento tem sido o respeito à diversidade de experiências de *recuperação*, seja através da participação em programas de tratamento baseados no uso da medicação, em grupos de mútua-ajuda como Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, em propostas seculares ou religiosas, ou através de uma “*recuperação espontânea*” (*natural recovery*, sem nenhum tipo de suporte externo); e, principalmente, o envolvimento daqueles que experimentaram a dependência química em suas vidas e têm lutado e se mobilizado pelos seus direitos.

Uma das reivindicações dos envolvidos é que o paradigma da *recuperação/recovery* seja o eixo organizador da rede de atenção. Nesse paradigma, a oferta de tratamento profissional e de reabilitação seria articulada pelo percurso e desempenho de cada sujeito e de sua família no próprio processo de enfrentamento dos problemas, não restringindo a atenção aos aspectos agudos desse transtorno, mas ampliando a rede de cuidado na construção de uma vida além da doença (DBHIDS, 2005).

É importante ressaltar que existe um mercado de profissionais e instituições que se sustenta a partir das definições de saúde e doença e que seria afetado por uma definição de *recuperação* (White, 2007). As atitudes e as práticas profissionais na condução dos casos clínicos e na definição de programas de tratamento, baseadas na *recuperação*, partiriam de uma avaliação dos potenciais de autonomia e desenvolvimento de cada sujeito (Jorge 1995; Kuladharini, 2010). Os profissionais são facilitadores desse processo pessoal e, ao mesmo tempo, responsáveis por oferecerem serviços de qualidade.

Além do que, propor o paradigma da *recuperação* como diretriz da rede de serviços é, de uma certa maneira, uma reação e um contraponto ao estigma social. Mesmo os profissionais de diferentes áreas que lidam com esses sujeitos – tais como da saúde, da educação, da assistência social e da justiça – têm naturalizado a crença na ineficácia e no baixo custo-benefício de programas de tratamento. Eles acreditam na impossibilidade de enfrentamento das

dificuldades inerentes ao desenvolvimento e ao agravamento da dependência do álcool e de outras drogas. Nesse sentido, uma política de atenção voltada para a *recuperação* poderia potencializar as consequências do estigma que esses sujeitos já sofrem. Isso ocorreria no caso de essa política ser delineada pela determinação de modos de vida considerados ideais, normais, corretos e dignos de serem reproduzidos. Ao adotar um possível caráter disciplinador, conservaria as desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero e de poder que sustentam os processos de vulnerabilização desses sujeitos. Esse ciclo de vulnerabilização que os discrimina, os desconsidera e os exclui reduziria ainda mais a capacidade desses sujeitos de protegerem seus interesses nessas relações de poder.

Imersa nesse dilema, tivemos que interrogar os propósitos éticos e políticos que uma definição de *recuperação* atenderia. Seria garantir a adaptabilidade e a funcionalidade desses sujeitos em uma sociedade marcada por desigualdades estruturais? Condenar os dependentes à própria sorte para mantê-los no estigma, ou emancipá-los ao máximo do acompanhamento dos profissionais ao valorizar suas experiências de autonomia no gerenciamento de suas vidas?

White (2007) sugere que todos os atores envolvidos nessa temática participem dessa discussão: os sujeitos, as famílias e as comunidades, participantes das diversas abordagens do problema já existentes, de diferentes etnias, gêneros e classes sociais; os religiosos e os seculares; os representantes do governo e da ciência.

Na tentativa de compreender cada vez mais o processo de *recuperação*, a agência nacional norte-americana *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SMHSA, 2012), responsável pela administração dos serviços para portadores de sofrimentos mentais e para usuários de álcool e outras drogas, propôs uma definição única para a *recuperação* nesses dois campos de atenção⁹: “um processo de mudança no qual os sujeitos melhoram sua saúde e o seu bem-estar, vivem de acordo com suas próprias decisões e se esforçam para atingir o seu potencial” (tradução nossa).

Foram delineadas quatro dimensões que oferecem suporte a uma vida em *recuperação*: saúde, moradia, propósito existencial e comunidade. A dimensão da saúde se refere à superação ou ao gerenciamento dos sintomas da doença e às escolhas saudáveis que dão suporte ao bem-estar físico e emocional; a da moradia se refere à necessidade de um ambiente propício para se

⁹A definição da SMHSA (2012) está disponível em: <http://store.samhsa.gov/shin/content//PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>.

residir. O propósito existencial destaca a importância do significado atribuído às atividades cotidianas – como o trabalho, o estudo, o voluntariado, o cuidado da família – e às iniciativas criativas, assim como a importância da independência e dos recursos para a participação social. A dimensão da comunidade se refere às relações sociais que oferecem apoio, amizade, amor e esperança aos sujeitos (SMHSA, 2012).

Além disso, dez princípios fundamentam a *recuperação*: (1) a esperança no enfrentamento dos desafios; (2) a definição feita pelo próprio sujeito dos seus objetivos e do método para alcançá-los; (3) a diversidade e a singularidade dos caminhos da *recuperação*; (4) o cuidado dos diferentes domínios da vida dos sujeitos (do autocuidado e da saúde física em geral, assim como das co-morbidades psiquiátricas, do transporte, da moradia, do trabalho, da criatividade e da espiritualidade, das relações sociais e da participação na comunidade); (5) o cuidado, em especial, do sofrimento decorrente dos “traumas” (abusos físicos e sexuais, violência doméstica, guerras, desastres, entre outros) frequentemente associados ao consumo de substâncias psicoativas; (6) o suporte dos companheiros de *recuperação* e (7) o suporte de outros relacionamentos sociais que acreditem na *recuperação* e que colaborem no desenvolvimento de estratégias de mudança; (8) a influência da cultura nos fundamentos e no processo de *recuperação*; (9) o envolvimento responsável do sujeito, da família e da comunidade; (10) o respeito aos direitos e a aceitação da diversidade (SMHSA, 2012, tradução nossa).

Na Inglaterra, a Agência Nacional para a Saúde Mental (NIMHE) define a *recuperação* como uma experiência pessoal de empoderamento, que se dá pelo gerenciamento de uma vida com sentido, que resulta num sentimento de pertencimento à comunidade (Thom, 2010).

No Brasil, o movimento social que originou mudanças na atenção aos portadores de sofrimento mental, entre eles os usuários de álcool e outras drogas – a Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial – surgiu na década de 80, inspirado nas experiências de Franco Basaglia, na Itália. Essa reforma, ainda em curso, tem como paradigma a desinstitucionalização de moradores de manicômios e a interdisciplinaridade das intervenções, o cuidado na comunidade e a retomada da cidadania dos doentes mentais, como forma de melhorar sua autonomia e sua qualidade de vida (Perrone, 2014). Ao se tornar uma política de estado, a partir da Reforma, foram criados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Atualmente, esses serviços estão organizados na Rede de Atenção Psicossocial, pautados na proposta de reabilitação psicossocial.

Segundo Bonadio (2011), os processos de reabilitação e de *recuperação* são diferentes. O primeiro se refere às estratégias sistematizadas dos programas de tratamento para favorecer a *recuperação* do transtorno mental. A reabilitação psicossocial é um conjunto de práticas do campo da saúde mental. Já o segundo processo se refere ao percurso pessoal de cada sujeito, que pode inclusive se dar por diferentes meios, de maneira não sistematizada, aleatória e espontânea, independente do atendimento especializado. Isto é, a reabilitação psicossocial se refere a um método, e a *recuperação* à própria experiência vivida por cada sujeito ao cuidar de si mesmo e de seus projetos pessoais de vida.

Apesar do seu caráter inovador em determinados aspectos, quando comparada ao modelo asilar de tratamento do sofrimento psíquico, entre eles a dependência química, as práticas centradas na reabilitação psicossocial correm o risco de repetirem em seus dispositivos – como os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) – o paradigma manicomial. Rinaldi e Bursztyn (2008) apontam as conexões entre os saberes e as demandas de profissionais e dos pacientes e seus familiares que, de certa maneira, sustentam esse paradigma. Nesse campo, o grande desafio consiste em modificar as práticas clínicas pela ampliação da rede de cuidados, mas, principalmente, pela transformação do modo de lidar com a loucura, como apontam Rinaldi e Bursztyn (2008), cuja afirmação consideramos ser válida também para os dependentes químicos. Precisamos articular e privilegiar a pluralidade de saberes e práticas, segundo as autoras. Mais do que isso, acrescentamos, precisamos incluir os sujeitos da experiência e seus saberes nessas práticas. Incluir os sujeitos implica em libertar a experiência da dependência química do exclusivismo imposto pelo saber médico e de outros profissionais, fundados em um saber *sobre* o sujeito. Esse modo de saber aborda a doença “de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito, como um conjunto de sintomas e signos a ser decifrado pelo saber médico” (Rinaldi & Bursztyn, 2008). Isso não significa dispensar os saberes, mas discuti-los e articulá-los, de forma que sustentem outras práticas. Para mais, cabe-nos emancipar a dependência química, não apenas de uma lógica asilar, mas também da lógica prescritiva e intervencionista, recorrendo a outras leituras possíveis, que legitimem e provoquem a experiência de saber-de-si do próprio sujeito, ou seja, o saber *do* sujeito (Jorge, 1995).

4.2 A dimensão singular do enfrentamento

A singularidade do processo de enfrentamento é fundamentada na concepção de que, para “recuperar-se”, o sujeito precisa viver uma vida com sentido e satisfação, o que seria

definido por cada um, apesar da presença ou da ausência de sintomatologia (Kuladharini, 2010). Tomando a si mesmo como referência e considerando o próprio sujeito capaz de identificar sua condição, a experiência da doença assumiria um lugar significativo nesse processo de conscientização. Ela traria ao sujeito a oportunidade de reagir e agir em prol da vida diante de situações de ameaça à sua integridade, como nos casos de dependência química. Enfrentar essas situações e se envolver em um movimento de redimensionamento de certos aspectos do seu modo de viver é engajar-se na atribuição de sentidos à sua experiência e no desenvolvimento de recursos internos, subjetivos, e externos, em termos de condições materiais de vida (Canguilhem, 2012).

Por isso, não haveria um padrão ideal a ser alcançado, já que cada pessoa experimentaria sua saúde e sua doença de uma forma. O processo de *recuperação* se desenvolveria de maneira diferente em cada grupo de pessoas e repercutiria nos diferentes problemas que se apresentassem.

As experiências singulares de *recuperação* podem variar na amplitude das mudanças – ou seja, na abrangência de diferentes dimensões da vida – e no nível de mudança de cada dimensão. Um aspecto central é a interrupção de uma relação destrutiva com a droga ou com múltiplas drogas, o que pode variar, desde a abstinência total, sem mudanças em outras características psicológicas e no estilo de vida, até uma transformação completa nesses aspectos, na identidade e nas relações interpessoais (White & Kurtz, 2006). Há autores que consideram que uma *recuperação* estável, no sentido de duradoura e em constante desenvolvimento, só é possível se o dependente mudar seu estilo de vida e sua identidade, isto é, sua autopercepção (De Leon, 2003).

A *recuperação* pode ainda ser caracterizada a partir de três dimensões de mudança: na remissão do transtorno; nos ganhos na “saúde global” (física, emocional, relacional, ocupacional e espiritual) (White & Kurtz, 2006); e na inclusão na comunidade. Esse processo de mudança resultaria em: uma *recuperação* completa, quando todos os critérios mencionados são atendidos por um período de tempo; uma *recuperação* parcial quando há diminuição da frequência/intensidade de problemas, mas quando só um ou dois dos três critérios são atendidos; uma *recuperação* ampliada, quando há uma *recuperação* total e um aumento significativo nos níveis de funcionamento superiores ao período anterior à adicção (Best et al., 2010b). Considerando que se trata de um percurso dinâmico, a “*recuperação* parcial” retrataria um resultado provisório de um processo de enfrentamento dos problemas, um estado transitório,

precedente a uma outra configuração da situação. O desfecho final, nessa perspectiva, seria o retorno ao quadro inicial ou o avanço rumo à resolução das dificuldades (White, 2007).

Os caminhos para iniciar um processo de *recuperação* são diversificados e culturalmente influenciados. White e Kurtz (2006) consideram que a influência cultural pode ser o produto de uma conscientização: “natural”, resultante do desenvolvimento humano do senso de responsabilidade na vida adulta; devido a problemas orgânicos, por exemplo, nos casos de problemas de saúde decorrentes do consumo de álcool; religiosa, pela conversão ou afiliação a uma igreja; política, quando se acredita que a abstinência das substâncias é um boicote a uma proposta de alienação coletiva, por exemplo.

Os estilos de *recuperação* também podem variar: *recuperação* espontânea (quando o sujeito resolve seus problemas sem a ajuda de terceiros); a que acontece com a ajuda de outros sujeitos em *recuperação*, como na participação em grupos de mútua-ajuda (Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, por exemplo); com a ajuda de profissionais especializados e com o uso de medicação prescrita, por exemplo, na terapia de substituição da heroína pela metadona (White & Kurtz, 2006).

Há ainda os dependentes químicos que apresentam outras co-morbidades a serem enfrentadas simultânea ou posteriormente ao processo, como nos casos de transtornos psiquiátricos; quadros neurológicos; deficiências físicas, visuais, auditivas e mentais; doenças sexualmente transmissíveis e outros problemas crônicos de saúde (diabetes, hipertensão, asma).

Independentemente da diversidade de drogas consumidas, do tipo de *recuperação* (se parcial ou completa), dos métodos e estilos adotados para iniciá-la, da amplitude e dos níveis de mudança alcançados, esta pesquisa teve como objetivo compreender os fatores envolvidos nesse processo, no percurso da dependência química para a *recuperação*. Nesse sentido, entendemos como *em recuperação* sujeitos que perceberam os problemas que a dependência lhes trazia e buscaram cuidar do seu adoecimento, enfrentando suas dificuldades na vida cotidiana a partir dessa experiência da saúde e da doença.

O consumo ou não de álcool e outras drogas é apenas um dos aspectos a serem cuidados pelos sujeitos, além dos de outras dimensões (problemas de saúde em geral, cognitivos, emocionais, interpessoais, existenciais, educacionais/profissionais, financeiros, de moradia, transporte e legais). Assim, o processo de *recuperação* envolveria a promoção da saúde em um contexto ampliado, muito além da redução do consumo ou da abstinência e da remissão dos

problemas, pois consideraria também os ganhos decorrentes da experiência do adoecimento e do seu enfrentamento.

Evidentemente, apesar dos ganhos associados ao cuidado de si mesmo e dos seus projetos pessoais, o processo de *recuperação* também traz dificuldades. Como os dependentes químicos costumam afirmar: *Quer ter problemas? É só parar de usar droga*, referindo-se ao processo de enfrentamento das situações cotidianas nos quais todos se envolvem ao longo da vida, agora marcada por uma ruptura na relação com as substâncias psicoativas.

4.3 A abstinência: princípio ou resultado da *recuperação*?

Muitas controvérsias ainda persistem no que se refere à dependência e seu enfrentamento. Entre elas, discute-se a necessidade e a prescrição da interrupção do uso de substâncias psicoativas para a caracterização de um processo de *recuperação*. Questões como por quanto tempo o sujeito deve se manter sem usar álcool e outras drogas ao longo da vida, de quais substâncias ele precisa se abster quanto ao uso de psicofármacos prescritos, são aspectos que repercutem nos debates sobre essa temática, evidenciando sua complexidade.

Historicamente, a abordagem predominante dos tratamentos para dependentes químicos graves preconizava a abstinência total e permanente do uso de drogas e de outras substâncias psicoativas não prescritas (White & Kurtz, 2006). As evidências científicas do uso moderado têm aumentado, ou seja, da possibilidade de uma redução na intensidade do consumo até que o mesmo não atenda mais aos critérios para uso nocivo ou para dependência, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA, 2014). O uso de medicamentos com acompanhamento médico, como suporte ao processo de *recuperação*, também tem crescido.

Essas diversas abordagens estão fundamentadas nos diferentes graus de severidade dos problemas, que, por sua vez, influenciam os métodos de tratamento. Nesse sentido, para os casos graves de dependência química, predominam as abordagens fundamentadas na abstinência e no uso de medicações, enquanto as que preconizam o uso moderado são possíveis nos casos em que os problemas, a vulnerabilidade pessoal e a social são menos graves (sujeitos mais jovens, casados, empregados, de classe social mais alta, com mais estabilidade e suporte social e com relacionamentos conjugais e laborais positivos) (White & Kurtz, 2006). Considerando os padrões de cronicidade e a frequência de episódios de retomada do padrão de

consumo nocivo ou dependente, uma dúvida ainda permanece: o uso moderado, após um período de dependência, se sustenta ao longo do tempo?

Já foram identificadas diferentes trajetórias de administração do uso da droga primária e da secundária, nos casos de poliusuários. Há estudos que demonstram que a dependência do tabaco permanece após o tratamento de adultos e adolescentes dependentes de álcool, opiáceos, cocaína e maconha (White & Kurtz, 2006). Em outro padrão de substituição, os usos de álcool e cocaína aumentam depois da interrupção do uso de heroína. Num terceiro padrão há um uso “terapêutico” de outra substância, que diminui gradualmente ao longo dos dois anos iniciais da *recuperação*, com o objetivo de gerenciar sintomas agudos da retirada da droga primária e prevenir recaídas, como no uso de maconha nas primeiras fases de abstinência da heroína. Ainda é preciso investigar, com mais cuidado, se os efeitos da substituição de uma substância psicoativa por outra são efetivos e limitados a um período inicial do processo de *recuperação* ou se são uma “mutação” do problema já existente, exigindo prevenção, intervenção precoce ou um tratamento específico (White & Kurtz, 2006).

Ao avaliarem a relação entre o consumo de álcool e outras drogas e os problemas pessoais e sociais decorrentes desse uso, as pesquisas sobre a *recuperação* consideram os sujeitos que estão (a) abstêmios, (b) os que fazem um consumo que resulta em problemas insignificantes, (c) os que continuam usando, mas cujos padrões atuais não atendem mais aos critérios de uso nocivo ou dependente, (d) os que atendem aos critérios de uso nocivo ou dependente, mas que apresentam problemas associados num grau menor de severidade e (e) aqueles cujo uso e problemas associados não mudaram ou aumentaram. Essa complexidade de possíveis relações alimenta ainda mais a polêmica: a abstinência é um elemento definidor da *recuperação* ou uma estratégia para alcançá-la?

O padrão de cronicidade da dependência química tem direcionado o foco da discussão para a redução da intensidade do consumo ou para a abstinência por períodos prolongados. Como já se espera a recaída no uso de drogas ao longo do processo de *recuperação*, busca-se gerenciar a doença, minimizando as consequências sociais e para a saúde do dependente (De Leon, 2003).

No Brasil, a partir de 2003, o debate sobre o lugar da abstinência na *recuperação* de dependentes químicos se intensifica com a apresentação da Política Nacional do Ministério da Saúde para Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PNAD). Oficialmente, o

Ministério da Saúde (MS, 2003) propõe assumir, de forma integrada e articulada, a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas, por considerar se tratar de um problema de saúde pública. A Política recomenda uma ruptura com as lógicas que sustentam a abstinência como o único objetivo a ser alcançado, argumentando que a complexidade de um problema de saúde não pode ser respondida com um “modo estreito de entendimento”. E sugere que:

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (MS, 2003, p. 10, grifo nosso)

Apresentando, então, seu marco teórico-político, a PNAD adota a abordagem da “Redução de Danos” (RD) como a diretriz norteadora das ações e como método (caminho) de materialização da política. No entanto, não há um posicionamento claro quanto ao lugar da abstinência na temática: em alguns momentos questiona-se a abstinência como um objetivo das ações de RD com base no direito de consumir substâncias¹⁰ daqueles que não querem ou não conseguem parar de usar drogas; em outros momentos, o que se questiona é o fato de ela ser o único objetivo para um problema complexo ou um condicionante para o acolhimento do usuário.

Em outro texto, sobre a visão do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD/UNIFESP)¹¹, afirma-se que a Redução de Danos tem como objetivo a diminuição dos efeitos prejudiciais e não a eliminação do consumo, priorizando a saúde dos sujeitos e da comunidade em geral (Moreira et al., 2008). Nessa perspectiva, objetivos parciais também são considerados como intervenções de sucesso. Considerando o foco desta pesquisa, merece destaque a posição em relação à abstinência:

¹⁰ Numa cartilha elaborada em parceria com o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)/ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Ministério da Saúde (2008) define a RD como uma “uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”.

¹¹ Recuperado em 19 de janeiro de 2014, de www.proad.unifesp.br/pdf/artigos/rd_proad.pdf.

Cabe ressaltar que, na visão partilhada pelo PROAD, a RD não se contrapõe ao modelo que visa a abstinência de drogas, mas o considera como uma das estratégias possíveis entre várias outras (p.3). (...). Na visão do PROAD, em um tratamento da dependência química pautado nos princípios da Redução de Danos, os usuários são acolhidos dentro das suas demandas e possibilidades. Isto inclui a possibilidade de modificação do padrão de uso e da substituição da droga de abuso por outra, com a qual o usuário consiga estabelecer um padrão de uso menos danoso, sem excluir a possibilidade da abstinência. (Moreira et al., 2008, grifos nossos)

A discussão sobre a implementação das políticas públicas brasileiras para atenção ao usuário de álcool e outras drogas tem se dado a partir de argumentações contrárias à “política de abstinência”, adotada pelos modelos nomeados como “tradicionais”, cujas práticas seriam “convencionais”. A “alternativa” proposta seria o modelo da Redução de Danos, ora por considerar a abstinência um ideal utópico e idealizado, ora porque é possível cuidar de comportamentos de alto risco e dos danos a eles associados. Conforme afirma Marlatt (1999), “na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável”.

Como se daria a redução de danos, na prática, para dependentes químicos graves? Se a RD, entendida como um paradigma de referência, excluir a abstinência como uma possibilidade, não se tornaria ela mesma uma política assistencial limitada para os dependentes químicos graves que queiram ou que acreditam que deveriam interromper o consumo? Entrar em abstinência, prevenir a recaída não poderiam fazer parte das possibilidades de reduzir o dano causado pelo consumo intenso de substâncias pensando a RD como um conjunto de estratégias de intervenção?

Muitos dos conceitos das estratégias de RD utilizadas no Brasil ainda precisam ser definidos, e os resultados das intervenções avaliados. Para tanto, é preciso produzir conhecimento a partir do debate sobre as controvérsias entre as diferentes técnicas de atenção, entre elas, quanto ao lugar da abstinência no processo de *recuperação* de dependentes químicos graves.

No paradigma da *recuperação*, o foco não está somente na diminuição dos problemas (uso de drogas, internações, risco de se envolver em acidentes e atividades ilegais), mas no que a experiência do processo saúde-doença pode acrescentar à vida do sujeito e no modo de enfrentamento que emerge desse processo. Alguns autores apontam a vivência e a adoção de novos valores como uma consequência desse percurso: honestidade, esperança, fé, coragem, integridade, vontade, humildade, justiça, perseverança, consciência espiritual e serviço (White

& Kurtz, 2006). Há casos em que o adoecimento e o seu enfrentamento enriqueceram a vida, trazendo-lhes um novo sentido para a própria existência.

Na concepção de *recuperação* proposta por De Leon (2003, 2010), o objetivo é a mudança no estilo de vida e no modo como o sujeito percebe a si mesmo e ao mundo. O autor sustenta que tais mudanças são inter-relacionadas: “quem passa por mudanças de estilo de vida e vivencia a cura e a aquisição de eficácia de ação resultantes dessas mudanças, acaba por perceber a si mesmo de outra maneira” (De Leon, 2003, p.73). A estabilidade da *recuperação* está relacionada ao entendimento do dependente acerca da conexão entre os seus próprios sentimentos, o seu uso de drogas e outros problemas. Simultaneamente a essa compreensão, ele precisa exprimir construtivamente esses sentimentos, numa “nova aprendizagem emocional” (p.62), que exige a abstinência para que aprenda realmente a administrá-los.

Vejamos, a seguir, como os dependentes químicos participantes deste estudo compreenderam a trajetória de enfrentamento de sua condição de vida, como experimentaram o adoecimento, o modo como teve início o que eles denominam *recuperação* e os recursos, os afetos e os saberes que desenvolveram ao longo do percurso.

5. A SAÚDE E A DOENÇA COMO UMA EXPERIÊNCIA VIVIDA

Existem grandes lacunas no que se refere aos estudos quanto à experiência dos dependentes químicos de enfrentamento da vida. Esta é a perspectiva de interesse do nosso estudo: compreender o que esses sujeitos da experiência têm a nos dizer, seus saberes e práticas, como sustentam suas ações, reações e decisões nessa trajetória intrincada da vida, a partir de sua condição de saúde e de doença.

Considerando a natureza biopsicossocial complexa, dinâmica e cultural do percurso de enfrentamento da dependência química e diante do desafio de capturar num estudo acadêmico as transformações subjetivas e sociais – ainda em curso – desses sujeitos, apresentamos, neste capítulo, as experiências dos participantes de nossa pesquisa¹². Dessa maneira, tentamos evidenciar o movimento desses sujeitos nessa trajetória, seus diálogos e interrogações quanto ao sentido do que os afetava a cada situação cotidiana, os limites e as potencialidades mobilizadas a cada interação e as habilidades e os recursos que desenvolveram para ganhar poder sobre suas vidas. Enfim, como nos ensina Canguilhem (2012), priorizamos a reflexão sobre a experiência da saúde e da doença relacionando-as ao movimento desses sujeitos no exercício da vida. Interessamo-nos, principalmente, por suas próprias teorias e recorreremos a outras fontes bibliográficas como auxiliares dessa argumentação que desenvolveram, promovendo um diálogo entre o campo – e o saber-prático desses sujeitos – e outras leituras possíveis de suas experiências. Buscamos, assim, além de compreender, contribuir para o processo de legitimação dessas práticas, reconhecendo-as como fundamentais para a construção do conhecimento sobre essa temática – não como marginais ou exóticas – e valorizando a experiência singular, construída socialmente e conectada a este sistema social, maior e historicamente constituído.

5.1 O limite como uma experiência

É o encontro com o próprio limite que inaugura um olhar mais atento dos entrevistados para o modo de enfrentamento da vida associado ao abuso de substâncias. O sujeito é afetado, impactado pela experiência do limite (Larrosa, 2015), conferindo outro sentido para o que lhe acontece. Ao ver-se, sentir-se, perceber-se, deparar-se em um modo de vida reduzido,

¹² Acrescentamos em seus dizeres, quando necessário, elementos explicativos e contextualizadores entre colchetes, para favorecer a compreensão do leitor.

abreviado, encurtado, ele se defronta com um limite que o questiona, que o angustia, que o faz pensar e dar sentido ao que o afeta.

A experiência do limite, que pode ser física, emocional, afetiva, nas relações familiares, sociais e financeiras, marca um acontecimento ao longo de uma sucessão de fatos que têm um impacto significativo a ponto de alterar a trajetória desses sujeitos. Viana (1993) utiliza uma metáfora que nos ajuda a compreender essa experiência: como se a vida fosse um balão, que vai lentamente se enchendo, até que, em um determinado momento, estoura ao alcançar o seu limite. No caso dos sujeitos deste estudo, essa experiência inaugura uma outra percepção sobre a relação deles com as substâncias psicoativas.

Eu tentava puxar [crack] e meu pulmão não aguentava mais. (Gutierrez, 25 anos)

Eu trabalhava, bebia, estudava, usava cocaína (...), bebia e usava Rivotril (...). Tive uma briga muito feia [com a família de origem] e tomei duas caixas de Rivotril, fui parar no pronto socorro. Passou um mês, eu peguei o carro cachaçado [sic], e eu saí de Santa Tereza e fui parar no Santo Antônio sem parar em nenhum sinal. (...). Bati o carro. Eles me internaram numa clínica. (...). [Quando] saí da clínica me separei da minha esposa. (Nilmar, 46 anos)

No que se refere ao limite físico, a experiência com as drogas está intimamente conectada à experiência do corpo. O corpo é para o sujeito um alarme que alerta para um problema que se experimenta e que pode precipitar a tomada de consciência do que o afeta (Pharo, 2011). Conceituar o corpo nos direciona para uma diversidade de posicionamentos teóricos, filosóficos e antropológicos. A experiência corporal e a aprendizagem que dela resulta se dão na interação do corpo com o ambiente físico e com as outras pessoas, em um contexto cultural (Barbosa, Matos & Costa, 2011). Um exemplo dessa modelagem social e cultural da experiência corporal nos é dado por Denise Sant'Anna (2001) ao se referir à experiência de sentir dor. Antes do descobrimento da anestesia em 1846, atribuíam-se sentidos diferentes à dor física, por exemplo, na ideia de formação de um caráter corajoso e persistente ao resistir à dor na extração de dente. A dor era naturalmente acolhida, para alguns a dor era o sentido da vida, para outros, a vida dava sentido à dor (Sant'Anna, 2001, p.38).

Atualmente estamos vivendo o tempo da revolução do corpo (Barbosa, Matos & Costa, 2011), pela incorporação de valores de beleza, saúde, higiene, bem-estar, alimentação, atividade física e lazer, que orientam os comportamentos e os estilos de vida. No entanto, os autores consideram esse estilo mais narcísico e hedonista, no que se refere à experiência do corpo. Assim, podemos afirmar que a experiência do corpo também tem sido socialmente construída – do mesmo modo que acontece com a psique humana.

Ao mesmo tempo, ao ser entendido como um signo, o corpo tem reproduzido nossa estrutura social. Birman (2014) considera que as exigências do corpo da cultura da performance na qual estamos têm regulado a experiência corporal da vida, através dos medicamentos, entre eles os psicofármacos, das drogas lícitas e ilícitas. Assim, temos produzido sujeitos com baixíssimos limiares de dor e de angústia. Vivemos uma exaustão do corpo, em um cenário que promete liberdade, mas que repercute subjetivamente, sobrecarregando os sujeitos com os imperativos sociais (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Nesse contexto sociocultural, a conexão do abuso de drogas com a experiência corporal se faz evidente. As substâncias psicotrópicas aumentam, diminuem ou distorcem o funcionamento cerebral, modificam o funcionamento dos órgãos (coração, pulmão, pâncreas, rins, fígado, etc.), alteram o metabolismo, afetam os sentidos e os movimentos, aliviam ou anestesiam dores, geram prazer¹³. Seu uso continuado e repetitivo pode exigir cada vez mais quantidade de substâncias para se alcançarem os efeitos desejados – fenômeno conhecido como tolerância –, e sua interrupção pode trazer incômodos que podem levar a complicações orgânicas e até à morte – fenômeno conhecido como síndrome de abstinência. Temos ainda, associados aos efeitos no corpo, os sinais e os sintomas psíquicos, tais como: as alterações do sono; a ansiedade e a irritabilidade; a apreensão e a angústia; a dificuldade de concentração; a instabilidade do humor (da tristeza à euforia) e a sensação de poder e força; a indiferença à dor e ao cansaço; a sensação de prazer e de autoconfiança; as alterações na sensopercepção, na orientação espaço-temporal, na memória, no pensamento, no juízo da realidade e na vivência do eu.

O sujeito sente no corpo o esgotamento por estar tomado pelo uso continuado e abusivo de substâncias. Muitas vezes é somente a insuficiência desse corpo real, palpável, visível, concreto que mobiliza o sujeito (Pharo, 2011). Na nossa experiência profissional são frequentes os sujeitos que buscam por auxílio somente quando o corpo físico demonstra algum comprometimento significativo, mesmo diante das evidências de um grave problema em curso, como quem se envolve no tratamento do tabagismo somente quando um câncer de pulmão, por exemplo, já foi diagnosticado. É como se o corpo físico fosse, para esses sujeitos, a única maneira concreta de denunciar um comprometimento de saúde dessa natureza e o fator capaz de mobilizar esse sujeito ao enfrentamento da situação, a algum tipo de reação ao que lhe ocorre:

¹³ O prazer do crack é semelhante ao de um orgasmo, conforme afirmou um dependente de crack ao explicar o efeito prazeroso da substância e a dimensão dessa experiência para ele.

meu pulmão não aguentava mais [puxar o crack], (...) *tomei duas caixas de Rivotril e fui parar no pronto socorro*, como afirmaram Gutierrez e Nilmar. Em um certo momento, quando eles se deixam afetar pelo que lhes acontece, em vez de aumentar sua performance, de anunciar sua potência e sua capacidade de suportar os efeitos que desejam sentir, esses mesmos corpos revelam aos sujeitos sua fragilidade, sua impotência, seu limite.

Como nos ensina Canguilhem (2012), essa afirmação da impotência do sujeito enuncia uma patologia, um sofrimento concreto, uma impossibilidade de a vida acontecer por um impedimento. Trata-se de uma incapacidade básica: um corpo que não funciona. Esse limite físico evidencia ao sujeito a finitude da vida e o risco de morte, ou seja, o processo de vulnerabilização do corpo biológico ao qual ele está se submetendo e sendo submetido e a experiência do seu tempo limitado ou, como nos diz Denise Sant’Anna (2011), a impossibilidade de se durar para sempre.

Por outro lado, o impeditivo, em alguns aspectos, pode se tornar uma possibilidade (Viana, 1993). A doença é o que faz o corpo falar e que provoca o pensar, nas palavras de Safatle (2011):

É a experiência da doença que rompe uma certa imanência silenciosa entre o sujeito e o seu próprio corpo; é ela que transforma o corpo em um “problema” que determina exigências de saber e configura necessidades de cuidado e intervenção. (p.11)

A experiência da doença, seu caráter corporal, orgânico e psíquico, institui um processo de reflexividade, suscita uma angústia e marca a consciência do sujeito ao perceber-se afetado no corpo e limitado na sua condição de sujeito. A Antropologia Filosófica nos auxilia a compreender como se dá a relação entre o limite do corpo e a constituição do sujeito e, a partir daí, a possibilidade de autorreflexão pela experiência corporal.

Segundo a Antropologia Filosófica, a condição corporal é o ponto de partida para a autocompreensão humana. Por sua dimensão constitutiva, expressiva e material, por sua natureza física e biológica, o corpo presentifica o ser humano no mundo (Vaz, 1991). É o corpo que situa o ser humano no espaço-tempo do mundo e é ele quem realiza as intencionalidades humanas. Esse *corpo próprio* – como é denominada pela Antropologia Filosófica essa totalidade intencional, ou seja, o Eu corporal fruto da autoexpressão do sujeito – marca sua presença intencional e ativa no mundo. Ele articula o espaço-tempo do mundo ao espaço-tempo que pode ser denominado como humano.

Nessa perspectiva, o *corpo próprio* organiza o seu estar-no-mundo ao significar seu corpo físico-biológico em níveis articulados entre si, constituindo um sujeito corporal-psicológico-social-cultural. Ou seja, pela reestruturação significativa do espaço-tempo físico e biológico temos a imagem corporal, a postura e o ritmo; pela articulação do corpo próprio com a psique, na ordem da afetividade/sexualidade, temos a significação do espaço-tempo humano por meio do sentimento, da emoção, da imagem; pela articulação do corpo próprio com o social temos a comunicação, a linguagem, o gesto, a expressividade, os símbolos, os comportamentos; pela articulação do corpo próprio com a cultura, as tradições culturais de modelagem do corpo (como a ginástica), as condutas que se exprimem por meio do corpo (como o jogo, a refeição, a moda, a etiqueta, o rito, etc.) (Vaz, 1991). Essas articulações do sujeito, que com seu *corpo próprio* ultrapassa sua natureza física e biológica para tornar-se sujeito em outras dimensões – psicológica, social e cultural –, são a matéria-prima para a autocompreensão humana, como nos ensina Vaz (1991).

Em uma perspectiva fenomenológica, Jorge (1990) diz que, ao ser tocado no corpo, o sujeito se percebe por dentro. O corpo é, para o sujeito, objeto do seu conhecimento e, ao mesmo tempo, é ele mesmo – aspectos diversos, mas ligados entre si. Assim, temos as sensações do corpo e a consciência do estado do corpo. Considerando o movimento do corpo e sua figura espacial, temos o esquema corporal. Além disso, a consciência corporal pode ultrapassar os limites anatômicos do corpo e se prolongar até o sentimento de unidade que o sujeito estabelece com suas ferramentas. Por exemplo, a bengala para o cego.

O corpo exterioriza a humanidade do sujeito pelas formas expressivas que estrutura, as quais são utilizadas como sinais na relação intersubjetiva com outros sujeitos e como suporte para o processo de significação da sua relação direta e objetiva com o mundo. Nas palavras de Vaz, “o corpo é o sujeito, no sentido de constitutivo de sua humanidade” (Vaz, p.181). Por isso, na experiência da doença, podemos afirmar que o ser humano encontra-se afetado no corpo e em sua condição de sujeito.

5.2 O limite afetivo

Além do limite físico e psíquico, as perdas acumuladas na vida em família e a extrema fragilização dos vínculos familiares e sociais também instauram um outro olhar do sujeito para a sua experiência com a droga. Como nos relatos de Roberto e Nilmar, impedidos de se relacionarem com os filhos, perdendo o casamento e o emprego, envolvidos em conflitos com

familiares, colocando a própria vida em risco, assim como a de terceiros, ao dirigir embriagado; pela experiência de uma certa falência social, roubando para sobreviver, morando na rua, perdendo o reconhecimento e a confiança dos outros, o que os sujeitos experimentam é o limite afetivo nos relacionamentos familiares e a perda do seu lugar na dinâmica social que lhes era própria e significativa.

Eu fiquei de mendigo, eu roubava e não tinha crédito com ninguém. Nem na Pedreira e na Serra eles me queriam. Ficava no centro, pedindo moeda e roubando bolsa (...). [Minha mulher] me achou na Cristiano Machado [na fissura pelo crack] e disse que, se eu não fosse me tratar, eu não ia ver mais ela e nem meu filho. (Roberto, 36 anos)

Em nossa experiência profissional, a maioria dos que buscam apoio são familiares de usuários de álcool e de outras drogas. Muitos deles desconhecem as possibilidades de ajuda para quem consideram estar em sofrimento pelo uso dessas substâncias. Sentem-se desgastados emocionalmente diante das frequentes situações de conflitos familiares; das situações de ameaça e violência doméstica, de natureza psicológica, sexual ou física. Essa realidade comprova que o uso abusivo de drogas, quando se torna um problema, também traz sofrimento aos familiares e afeta o funcionamento da família.

Para entendermos o alcance das dificuldades de uma família envolvida com a dependência química de um de seus membros, temos que considerar as mudanças socioculturais, econômicas e políticas que a sociedade moderna e, por consequência, a família vêm sofrendo. Globalização, urbanização desenfreada, crises econômicas, mudanças nas leis civis, movimento feminista e LGBT, aprovação do divórcio são exemplos de situações que trazem repercussões diretas na estrutura, nas funções, na organização e na composição do núcleo familiar tradicional (Simão & Smaira, 2013).

A família compartilha uma vida material, além de afetos, normas e valores socioculturais influenciados por uma realidade econômica e histórica. Como afirmam Kalina e Kovadloff (1980), trata-se de um contexto primário no qual o ser humano se desenvolve. Seu valor ético, na nossa perspectiva de análise, depende do seu sentido real e de sua existência prática. A família forma hábitos, ensina, aprende e pratica a cultura e a ética social que ela mesma instaurou, e que, por isso mesmo, a constitui (Schenker, 2008). A família influencia e é influenciada pelo social, e ao construir sua identidade, com ou sem laços consanguíneos, ela estabelece modos de funcionamento e exigências de comportamento de seus membros e vínculos transgeracionais (Simão & Smaira, 2013).

Numa perspectiva temporal, compreendemos a família na inserção de seus membros em uma sucessão de gerações, o que remete às projeções futuras e aos resgates dos elementos do passado, com laços afetivos que se sustentam nessa temporalidade. Isso implica que, em diferentes etapas ao longo da história da família, nem sempre a troca mútua acontece somente no imediato. A família se apoia na lógica de um compromisso com uma reciprocidade, uma retribuição a um vínculo afetivo-familiar que fundamenta a ideia, inclusive, de um “ciclo de vida familiar” (Fonseca, 2005).

Em uma perspectiva espacial temos famílias ampliadas cuja rede de parentesco ultrapassa a consanguinidade e a unidade doméstica, alcançando esferas mais amplas da rede social, incluindo vizinhos e amigos, por exemplo. Dependendo da categoria social, o valor “família” tem diferentes significados. A família da elite tem a linhagem como patrimônio a se orgulhar; nas camadas médias, os membros centram suas relações no núcleo familiar; e nos grupos populares, as redes de ajuda-mútua e as atividades domésticas cotidianas sustentam os laços familiares (Minuchin et al., 2011; Fonseca, 2005).

Imersos nesse cenário, são muitos os desafios a enfrentar: pela estabilidade econômica e por melhores condições materiais de existência; por padrões de vida familiar que reconheçam as diferenças de experiências e necessidades dos membros velhos e dos mais jovens da família; pela compreensão de como cada membro em cada situação se influencia mutuamente; pela experiência da estabilidade e da mudança inerente ao desenvolvimento da história familiar. Dessa forma, o “modo de vida” está associado a uma certa configuração familiar (Minuchin et al., 2011; Fonseca, 2005).

Nesse contexto de constantes mudanças, o abuso de drogas pode influenciar e, ao mesmo tempo, ser uma consequência do modo de viver em família ao interferir na dinâmica das relações entre os sujeitos. De acordo com uma perspectiva sistêmica centrada na dimensão relacional de interdependência entre os familiares, a dependência química pode ainda denunciar uma dificuldade da família de lidar com os problemas inerentes à vida. Nessa leitura da experiência familiar, a dependência de um dos membros é um sintoma da família, que tem como função paradoxal garantir a homeostase do sistema e, ao mesmo tempo, comunicar a necessidade de avaliação e de reestabelecimento das regras de relacionamento e de negociação entre os membros (Sudbrack, 2001; Payá, 2011).

A história de vida do Nico evidencia a influência do consumo de drogas na existência prática da família; na formação de hábitos; nas trocas afetivas e simbólicas, de normas e valores culturais, além das repercussões na vida material: o uso de bebidas nas festas familiares, introduzindo crianças nesse consumo; a indiferença da família diante do desenrolar de um processo de abuso de maconha, cocaína e crack que acontecia dentro de casa; a utilização de recursos financeiros que deveriam ser utilizados para a sobrevivência da família desviados para a compra de substâncias; a incapacidade de se manter e de colaborar financeiramente com a família; a venda dos objetos da casa, televisão, sofá, comida; a esposa que usa crack para acompanhar o marido... A rotina familiar, os encontros e os desencontros, os momentos de confraternização, o modo de resolver ou não resolver determinadas questões, as negociações, a qualidade e a intensidade das interações, o desempenho de cada membro no cotidiano da família, a responsabilidade, os hábitos de cada membro... A experiência da vida familiar do Nico, inicialmente com sua família de origem e, posteriormente, com sua esposa e quatro filhas, foi marcada pelo seu abuso progressivo de álcool e outras drogas. Do mesmo modo, reciprocamente, a dinâmica familiar influenciou esse abuso, por exemplo, ao não questioná-lo quanto ao seu comportamento e ao permitir que a sobrevivência da família fosse prejudicada pelos gastos financeiros com a droga.

A intimidade partilhada na família forma uma rede de relações de influência mútua e de interdependência entre os membros (Kalina & Kovadloff, 1980). Para Nico, a experiência do próprio limite se deu ao ver o desgaste emocional e financeiro da família devido ao seu comprometimento quase que exclusivo com o abuso do crack.

Teve um dia que não tinha nada para comer, a gente fez uma canjiquinha, que era o único que tinha sobrado, porque eu tinha vendido. Não tinha óleo nem sal. Verdura e carne, nem se fala. Então, a gente comeu uma canjiquinha sem nada, com água. O gás era canalizado do condomínio que a gente não pagava, mas tava [sic] liberado. Então, a gente tava [sic] sentado na mesa comendo a canjiquinha sem tempero nem nada e chorando, todo mundo, eu minha esposa, minhas duas filhas e o bebê. (...). Eu troquei tudo, vendi as bênçãos todas. Eu fui em [sic] casa para vender a televisão. Minha esposa estava assistindo novela. Aí eu falei: “Levanta aí, que eu vou vender o sofá.” [A esposa]: “Não leva!” [Eu]: “Então eu levo a TV!” [A esposa]: “Não!” [Eu]: “Então, eu levo o sofá.” Elas sentaram no chão, e eu levei. Troquei por 10 reais. Tive que dá o [sic] cara que me ajudou a carregar. Foi a conta de chegar lá, usar e voltar para dentro de casa. Minhas filhas não falaram nada, não sabiam que era droga.

Diante disso, Nico pensou em se matar, mas queria viver. Estava *sem esperança, sem trabalho e sem prazer sexual*, conforme afirmou. Decidiu tentar não usar crack. Mas ele não conseguiu e só pensava quando seria a próxima *pedra*. E, assim, percebeu a gravidade do seu

envolvimento. Sentir a própria dor e ver o sofrimento da sua família foi a sua experiência do limite em relação à sua dependência química.

5.3 O limite social e moral

Há ainda a experiência do limite devido a outras situações que são percebidas por eles como uma “falência social”, segundo Rocha e Torres (2011), pelo rebaixamento social, pela impotência produtiva e moral, ao ocuparem uma posição social que ainda lhes é desconhecida: quando perdem a moradia e vivem nas ruas, quando têm que roubar para sobreviver e comprar drogas; pela ameaça do desemprego, ao perderem o trabalho ou se sentirem incapazes para trabalhar, vergonha e desespero por *ser o provedor incapaz de prover* (Rocha & Torres, 2011); pela falência financeira; pelo envolvimento com atividades ilegais ou com a prostituição; pela desmoralização e rejeição dos grupos sociais dos quais participavam, ao experimentarem o estigma vindo dos amigos, entre outras situações. São acontecimentos e situações degradantes, atravessados por sentimentos de falha e morte social, que marcaram as histórias desses sujeitos, feridos em sua dignidade ao se perceberem ameaçados ou até mesmo ao perderem o seu lugar na dinâmica social que lhes era significativa.

Tive que aprender a lidar com meus sentimentos, antes eu não tinha controle, era uma pessoa desequilibrada e sem nenhuma habilidade pra viver. Eu tive que reconhecer que eu precisava reformular a minha maneira de viver e que não dava pra eu parar de usar droga e ficar vivendo uma vida desonesta. (...). Me disseram que eu teria que ter hombridade em minha recuperação (...). (Guilherme, 26 anos)

A experiência do limite desses sujeitos se dá no processo dinâmico e ambíguo de uma vida que se desenrola a partir de um conflito entre a dor e o prazer de uma existência marcada pelo abuso de álcool e outras drogas. Continuar usando parece ser o desejo deles, mas uma situação de impedimento, de descontrole, que evidencia uma impossibilidade de continuidade, rompe com esse percurso, inaugurando um outro traçado na sua trajetória pessoal e social. Como afirmam Rocha e Torres (2011), a sedução de um modo de vida hedonista é afetada durante a “ressaca”, durante os momentos de dor, sofrimento e tormento. Durante o grupo de discussão, eles reafirmaram inúmeras vezes a importância de uma compreensão e aceitação desse limite, dessa incapacidade de continuar a vida usando álcool e drogas, como um aspecto fundamental dessa mudança.

De onde eu vim e para onde eu voltei ninguém acreditava em mim [se referindo à família e aos moradores do seu bairro]. E eu vejo que elas estão acreditando. As pessoas vão na [sic] minha casa pedir ajuda. Isso para mim não é fácil. Eu não sei lidar com isso. Virando referência, eu mostro por onde eu entrei e falo que ele pode tentar [entrar], e aviso que pode. (...). Essa porta é a porta da aceitação. Tem que admitir, é o primeiro passo, admitir que está errado, não é fácil parar e refletir com um monte de desorganização psicológica, física, espiritual, e querer nascer de novo. (Roberto, 36 anos)

Roberto experimentou na sua relação com os vizinhos uma dupla condição: a primeira, de condenação social por estar destinado a morrer precocemente, quando se lembra da perda de todos os seus amigos envolvidos com a marginalidade; e a segunda, de legitimação da mudança no seu modo de viver, que o torna referência em seu bairro, para aqueles que precisam de ajuda. Duas experiências que evidenciam uma transformação pessoal e social em curso. Por muito tempo em sua vida, ele teve que morar em outros bairros para fugir das ameaças de morte que sofrera. No entanto, diante da possibilidade de construir sua casa própria no mesmo lote de sua mãe, ele passa a residir no mesmo bairro de sua infância. Segue ameaçado, inclusive tendo que fugir de algumas situações de risco de morte iminente: segundo ele, por estar lúcido, sem drogas, conseguiu perceber que algumas pessoas lhe preparavam uma emboscada, mas conseguiu escapar. Durante as entrevistas, ele menciona a reação dos vizinhos que não o encontravam há muito tempo e que se surpreendiam com sua aparência mais saudável e com o fato de ele ainda estar vivo. É como se Roberto fosse a “prova viva” de que há possibilidade de outros destinos.

Foi interessante observar durante o grupo de discussão o quanto a experiência do abuso grave pode extrapolar nossa compreensão distante dessa prática rotineira da vida deles: tendo bebido até seis caixas de cerveja por dia, Nilmar brinca durante o grupo que *o cara que bebe só duas cervejas deve ser louco*. O consumo de substâncias desses dependentes é de outra natureza, distante da tolerância social ao uso moderado. Ao longo dos relatos, alguns dizem que se pudessem continuariam usando drogas. No entanto, esse limite parece afetá-los o suficiente para que reavaliem sua relação com as substâncias e busquem cuidar dela.

5.4 O reconhecimento do próprio limite

Apesar de inaugurada no reconhecimento do limite, os entrevistados consideram que a mudança – chamada por eles de recuperação – é uma escolha, uma decisão. É fato que nem todos os usuários abusivos e dependentes, diante de tal constatação, rompem com essa trajetória. Muitos seguem tentando administrar esse consumo; no grupo, os participantes relataram suas tentativas frustradas. Roberto, por exemplo, tentou morar em lugares diferentes

para não usar drogas e uma vez se trancou no barraco por alguns dias, só bebendo cachaça e comendo a comida que sua mulher levava, tentando não usar crack. Pablo tentou cheirar cocaína durante o dia e usar crack só à noite, mas não funcionou. Nilmar, depois de mudar de cidade temporariamente, ficou sem beber durante a gravidez de sua esposa para ajudá-la a cumprir com o compromisso de não usar cocaína até o nascimento da filha.

Canguilhem (2012) nos ensina que, mesmo sendo repellido pela vida, o modo de vida adoecido pode ser fonte de nostalgia. Ao que nos parece, esse modo de vida anterior oferecia uma operacionalidade aos sujeitos, já que, pelos saberes formados a partir dessa experiência, eles conseguiam enfrentar o cotidiano com segurança. Reavaliar o modo de viver implicava em possíveis perdas e em outros ganhos ainda percebidos como distantes.

O mais difícil para mim foi não conviver com os colegas [que usam droga], pois o sentido de estar perto deles era usar droga. Era gostoso curtir e era difícil largar isso. Lá [no local onde se tratou] eu percebi que esse simples não poder usar, eu não posso usar, isso era o mais difícil de entender. Qualquer coisa que seja [eu não posso usar], principalmente o álcool, porta de entrada para as outras. Ter que aceitar isso foi difícil. (Pablo, 27 anos)

Vejamos o relato de Gutierrez sobre o processo de compreensão dos efeitos nocivos das substâncias em sua vida.

Quando você se transforma no drogado, você não aceita, você acha que é usuário. Depois quando você se vê como drogado, você já acha que não é muito bonito e pensa que quer sair disso. Então eles te dão um nome mais bonito, “dependente químico”, mas você ainda não aceita, você fica relutando com isso, “dependente eu não sou”. Você pensa: começa com a palavra. Você era discriminado como drogado, “noiado” [sic], safado, dependente químico. É um mau caráter. Eu não sou nada disso, você pensa, essa negação. Quando você aceita, você fica mais confortável, quer dizer que você já passou esse processo. Você já se considera, já se aceita. Aí, todo mundo vai se identificar [com algumas dessas palavras]. Aí vem a recuperação. Eu tenho que entender o que é isso, recuperação. (Gutierrez, 26 anos)

Além da fase de negação pelo próprio sujeito, pela família e pela sociedade¹⁴, a negociação é um mecanismo de defesa comum desenvolvido em situações de ameaça à integridade física, psíquica e social, como nos casos de dependência química. Viana (2004) nos ensina que, para lidar com os problemas relativos ao abuso de álcool e outras drogas, o sujeito negocia consigo mesmo: ele prolonga o tempo entre uma dose e outra, experimentando a falta da droga, ou substitui o uso de uma droga ilícita por uma lícita, socialmente tolerada, na tentativa de estabelecer um limite para si mesmo. Negocia com a família, cedendo às pressões

¹⁴ Viana (2004) descreve as fases do processo de conscientização do abuso de substâncias psicoativas, inspirado nos textos de Elizabeth Kubler-Ross: negação, negociação, raiva, depressão e aceitação, como mecanismos de defesa do ego no enfrentamento de situações extremas que ameaçam sua integridade.

e buscando por orientação profissional para que os familiares consentam um uso moderado de drogas. Negocia com o social, por exemplo, ao buscar atividades de trabalho que lhe permitam conciliá-las com o uso de álcool e outras drogas, especialmente em empresas familiares, buscando negociar privilégios com as chefias e demais colegas de trabalho; negocia ao organizar sua agenda de trabalho, no caso do profissional liberal, para poder se recuperar dos sintomas da intoxicação; faz uma grande reserva financeira para minimizar as perdas materiais diante de uma retomada programada do abuso de drogas. Negocia ainda com os profissionais especializados, os quais procura pretensamente para pedir orientação quando, na verdade, busca uma “autorização” do especialista para manter o padrão de consumo considerado pelo sujeito ainda conciliável com as exigências sociais e de produção da saúde.

Mas as tentativas de manejo dos entrevistados das situações de consumo e das repercussões objetivas, subjetivas e sociais desse abuso de drogas foram frustradas, quando analisadas na perspectiva longitudinal de suas histórias de vida. O esgotamento físico, psíquico, moral, social e financeiro precipitou uma crise. É como se a vida estivesse impossibilitada de seguir daquele modo. Naquele momento, o sujeito se experimenta derrotado. Ele percebe que o seu desejo de controlar o consumo e dele usufruir se confunde com o de evitar a morte física, psíquica e social. Desviar-se de uma vida que “reproduz diariamente o que não é mais a própria pessoa” (Pharo, 2011, p.225). Para o autor, essa impossibilidade começa a tornar a mudança de vida mais atrativa quando o sentimento é de desvitalização, de “vida enjaulada” (Larrosa, 2015).

No caso dos entrevistados, houve um movimento autônomo de interrupção de um percurso de vida diante do conflito entre o desejo de usar e o impedimento marcado pela experiência do próprio limite, reconhecido gradativamente ao longo do processo de cuidar-de-si de cada um.

A partir de suas histórias de vida singulares, caracterizadas por tantas outras limitações, cada um teve que lidar com a necessidade de ajuda para cuidar das consequências do seu consumo abusivo de drogas usando os recursos materiais e afetivos de que dispunham.

Considerando as diferenças sociais dos entrevistados, aqueles submetidos a condições materiais precárias, com baixo nível de suporte familiar e social, como Gutierrez e Roberto, enfrentavam a falta até mesmo de informação sobre onde buscar apoio. Gutierrez, aos 13 anos, com histórico de muitas entradas e saídas no Centro de Internação Provisória para adolescentes infratores (CEIP) por uso de drogas e roubo, escutou na rua alguém dizendo que havia lugares,

que não eram prisões nem hospitais psiquiátricos, onde pessoas com problemas por causa do uso de drogas poderiam ser ajudadas. E, ainda adolescente, foi buscar ajuda por conta própria.

Descartei a possibilidade de ajuda, ninguém falava isso. Na roda, o papo de ativa era só assunto de ativa, ninguém fala que “daqui um tempo eu vou parar porque eu vou numa clínica”. Eu achava que [o caminho] era morrer ou cadeia. Eu fiquei um bom tempo com essa ideia na minha mente. O negócio é morrer usando droga, a gente vai tentando levar, fica sem usar dois dias, outro fica uma semana sem usar. Encontrei com o rapaz que falou [que conhecia lugar de ajuda que não era clínica nem hospício] e perguntei pra [sic] ele. Me [sic] disse que não tinha camisa de força. Eu tinha pensado em pedir ajuda pra [sic] ele, mas eu ainda conseguia usar droga e a ideia apagou. Depois eu pedi ajuda para a minha mãe, falando que ajuda existia, mas que não era hospício. Minha mãe pediu para a patroa dela. E a patroa dela me levou, com muito preconceito, e me largou lá. (Gutierrez, 25 anos)

Roberto, filho de um alcoolista, envolvido com o roubo e o tráfico de drogas desde a infância, chegando a ficar quatro anos detido, tinha certeza de que *quem era pobre e filho de pobre, era “noiado” [sic], era cheirador de thinner, era vagabundo e trombadinha, era bandido e nasceu para morrer*. Todos os moradores do bairro onde residia também pensavam assim, *porque isso foi o que aconteceu com os filhos deles*, explicou. Esses relatos evidenciam que esses sujeitos tiveram que lidar com uma certa condenação social da sua existência, que traça *a priori* os possíveis caminhos e encadeamentos da experiência de enfrentamento da condição de dependência química que apresentam. Nas palavras de Rocha e Torres (2011, p.206), como um “destino” que o interpela a renunciar a qualquer esperança.

Aqueles cuja condição de miséria era menos aguda e que ocupavam um lugar social menos vulnerabilizado, que dispunham de outras condições materiais de vida e de um outro nível de suporte familiar e social, experimentaram seus limites e tiveram acesso à ajuda de outras formas. Pablo se incomodou com sua impossibilidade de sustentar o uso de drogas da mesma maneira que já fazia, através do seu trabalho. Tinha dívidas, percebia um certo comprometimento orgânico que para ele ficava evidente na sua aparência física, debilitada pelo uso de crack e cocaína. Não tinha mais como conseguir dinheiro de forma lícita. Antes acreditava que como *trabalhador, tinha o direito de relaxar [usando drogas]*, conforme afirmou. No entanto, não conseguia trabalhar mais e pediu ajuda para sua família, que, por sua vez, se comprometeu a pagar algumas de suas dívidas enquanto ele se tratava. Eduardo, publicitário, filho de um pai alcoolista, buscou tratamento para conseguir manter seu casamento, depois que sua esposa percebeu a gravidade do seu consumo de cocaína, até que seu casamento acabou, restando o suporte de sua família de origem. Nilmar, servidor público, com pós-graduação e mestrado, contava com a possibilidade de suporte financeiro de sua família de origem e de sua esposa para poder se dedicar ao tratamento.

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas estão presentes em diferentes condições sociais e têm aspectos comuns independentemente do grau de vulnerabilização que esse sujeito experimenta no seu cotidiano. Evidentemente, o alcance dos seus impactos e das suas consequências vai ser configurado pela condição social de cada sujeito (Graciani, 2005), influenciando o processo de enfrentamento das dificuldades, o desenvolvimento de alternativas e a criação de outras possibilidades de existência. Sem diminuir o sofrimento humano, manifesto em todos os relatos, é preciso considerar que enfrentar a miséria é diferente de enfrentar outras realidades de vida mais favoráveis à recuperação da dignidade humana. A condição social, de certa forma, molda como os sujeitos dimensionam e redimensionam, qualificam e requalificam suas vivências de desenvolvimento da doença e da saúde.

Vi que o problema não era a droga, era eu que estava contaminado, de paranoia. Criou-se uma casca em mim que eu tinha que ser o cara que iria morrer. Eu não dava certo mais, não. Eu acordava de manhã e pensava: cara, sua semente já está aí! Você conseguiu fazer um filho, você já tem filho! Vai cair pra dentro, vai matar, zoar [sic] o plantão, ser bandido. Ao mesmo tempo, eu pensava: você é noiado [sic], você não é bandido. E eu lembrava que todos os bandidos tinham morrido. Foi aí que eu decidi, queria estudar, e me deram escola. (Roberto, 36 anos)

Roberto luta contra a “profecia social” que o destina à marginalidade e conseqüentemente à morte. Ao perceber-se adoecido, o que também colocava a sua vida em risco, ele parecia romper com essa determinação e podia mobilizar outras potencialidades – quando decide estudar, passa a agir e não somente reagir à sua condição de vida.

O nível de desenvolvimento humano de cada sujeito e aquele ainda em potencial, assim como o nível de suporte familiar e social pré-existentes, perdidos ou a serem reconquistados, interferem na pressão sofrida e vivida por cada um para instituir ou retomar seus projetos de vida. O ponto de partida de um recomeço e o ponto de chegada de cada etapa dessa trajetória interferem no dimensionamento do esforço a ser empreendido no percurso e no desenvolvimento de métodos que permitam alcançar o resultado almejado. Essa é a realidade de muitos dos casos que já acompanhamos clinicamente: um dependente químico, aos 32 anos, egresso do sistema prisional, envolvido com o tráfico de drogas, que não completou o ensino fundamental, deseja ser um juiz de direito. Sua conclusão: depois que alcançar uma certa estabilidade psíquica, após o período de tratamento, precisa trabalhar como ajudante de pedreiro – pela rapidez de uma possível inserção no mercado de trabalho – ou como padeiro, após fazer um curso, pelo desejo de trabalhar em uma atividade de interesse próprio, para finalizar o ensino fundamental e médio, entrar numa faculdade de direito e se preparar mais alguns anos para ser

juiz. Esse exemplo ilustra a complexidade desse processo de enfrentamento da dependência química nas diferentes classes sociais.

Ainda nesse contexto ampliado, o grupo de entrevistados denuncia a contradição cultural a que estão submetidos. Vivemos numa cultura consumista, materialista, relativista e hedonista e que prescreve o uso moderado de substâncias psicoativas. “Consuma com moderação para ser normal, para aliviar o estresse do trabalho”, é o que está culturalmente prescrito. Busque o prazer a qualquer preço com moderação comprando presentes, celulares, álcool ou outras drogas. Quem não atende a essa prescrição cultural, está excluído. Nesse caso, nos dois extremos, quem abusa de drogas e quem não as consome está fora da prescrição, é estigmatizado. Quem não bebe, como era nomeado na propaganda de bebida alcóolica, é um “zé ruela”.

Desde a minha infância tinha o saber beber. Quem ia para o A.A. e para a clínica é quem não sabe beber. Quem tinha problema é porque não sabe beber. A propaganda era o pai ensinando o filho. (...). Eu achava que não existia vida após o álcool. [Quem não bebia] era trouxa, careta, robô do sistema capitalista que tinha uma viseira. (Nilmar, 46 anos)

Roberto relatou seu incômodo durante uma festa de aniversário de um familiar quando, apesar da presença de crianças, não providenciaram nem comida nem bebidas sem álcool. Houve uma discussão entre ele e os organizadores da festa, quando ele questionou esse comportamento.

Depois que comecei a viver isso [a recuperação], eu quero estar junto de todos. Todos da minha família bebem e da minha esposa também. Eu é que sou o chato porque eu bebo água tônica. Eu não quero viver assim mais. Eu acabei afastando deles, tomei raiva, mas eles não entendem, os pais não entendem. Uma maneira radical de viver hoje. Antes era radical e hoje também. Isso é necessário para mim. Se eu tentar ser igual ao outro, eu me dou mal. Se eu ficar apontando os erros dos outros, eu viro esponja, eu não me aguento e eles também não. Vem me crescendo uma raiva, porque no mundo tinha que ter um bilhão de pessoas igual eu [sic], que tá [sic] limpo, outros radicais da vida também. Aí, eu fico mais aliviado, tenho que ser mais ponderado. (Roberto, 36 anos)

Para os entrevistados, trata-se de um paradoxo: eles eram condenados pela família e pela sociedade, por exemplo, por abusarem de álcool e outras drogas, estavam *radicalmente* errados. Depois de aceitarem que tinham problemas na realização dessa prescrição cultural, seguem enfrentando dificuldades para buscar ajuda ou para conviver com a família, por terem feito a opção *radical* de viverem de uma outra forma, diferente da prescrita e ainda não tolerada por quem não dimensiona nem experimenta a dependência química na própria vida. As repercussões de intolerância aos dois modos de vida, considerados pela sociedade como anormais – por um lado, aos que abusam de álcool e outras drogas e se tornam dependentes

químicos, por outro, aos que decidiram não consumir substâncias psicoativas, seja os que nunca o fizeram, ou os que já sofreram em função desse abuso e decidiram não mais consumi-las – evidenciam os dois lados de uma mesma moeda: a do estigma. Espera-se do sujeito que faça o “normal” ou o mais “normal” possível, que ele atenda às exigências que determinam uma certa forma de existir, entendida como a que deveria ser, a habitual: que ele consuma moderadamente. Esse é o estereótipo prescrito culturalmente, esse é o modelo que serve de referência para que os sujeitos sejam julgados, acreditados ou desacreditados por não responderem ao outro o que dele se esperava (Viana, 2004).

Canguilhem (2012) nos ensina que o movimento pela autopreservação é vital. A vida quer se preservar. Esse movimento se daria pela capacidade humana de ser normativo, isto é, de criar suas normas e, dessa maneira, resistir e rebelar-se contra as imposições do meio. A sensação de uma certa radicalidade ao se pensar que os sujeitos desta pesquisa não consomem substâncias obrigatoriamente, reforçada pelo mau uso de metodologias que a sugerem como princípio para o tratamento e a reabilitação de dependentes químicos, desconsidera que esse saber foi construído pelos próprios dependentes como uma alternativa, uma saída para o sofrimento consequente ao seu modo de vida. Trata-se de uma resistência a uma determinação feita pela compulsão, quando ainda envolvidos com o uso de drogas, e pela prescrição cultural de usar drogas moderadamente. Essa perspectiva legitima o poder de escolha do sujeito de não usar substâncias. Na nossa experiência profissional observamos que os sujeitos percebem esse direito de escolher o seu modo de vida, na medida em que reconhecem suas limitações e aprimoram a compreensão das suas possibilidades de enfrentamento. Eles costumam dizer que, no princípio da *recuperação*, eles achavam que não podiam beber. Nesse sentido, a referência para o agir é o impedimento. Mas, com o tempo, eles compreendiam que podiam não beber. Já nesse sentido, o agir, o “não beber” era uma decisão, uma escolha.

6. RECURSOS PARA O ENFRENTAMENTO: AS EXPERIÊNCIAS DOS DEPENDENTES EM COMUNIDADES DE PRÁTICA

A trajetória dos participantes da pesquisa nos mostra que, ao compreenderem que tinham problemas, teve início um processo de autoquestionamento sobre a relação que mantinham com as substâncias psicoativas, a relação com outras pessoas, com seus familiares e com o mundo social. Houve um entendimento crítico gradativo da própria trajetória.

O movimento de autoaceitação pode ser uma experiência significativa que alcança dores emocionais antigas, associadas ao sentimento de fracasso e frustração com o modo de vida, e proporciona uma base subjetiva para enfrentar construtivamente os contratempos e desenvolver uma futura autoimagem (De Leon, 2003). Os participantes desta pesquisa buscaram por ajuda em um serviço cujo modelo é um programa de tratamento comunitário. A experiência de novas situações, inicialmente dentro do programa de tratamento e depois fora dele, fomentaram outras reflexões e outros saberes da experiência, norteadores de um outro percurso na própria história de vida. Quando aceitaram o convite para participar deste estudo, todos eles já não estavam mais diretamente vinculados ao serviço, já haviam passado pelo tratamento e seguiam seu cotidiano de maneira autônoma. Por isso, podemos considerar que a perspectiva de análise desses sujeitos perpassa sua experiência de enfrentamento em um ambiente protegido – no caso, a instituição onde se trataram – e em outros contextos no território onde suas vidas se desenvolvem.

6.1 O modelo comunitário de tratamento

O programa de tratamento que os participantes buscaram, fundamentado na experiência de uma vida comunitária – modelo denominado Comunidade Terapêutica (CT) – é indicado para sujeitos inseridos num processo de vulnerabilização, como o que acometeu os dependentes químicos deste estudo, pelas graves repercussões do abuso de álcool e drogas nas diferentes áreas da vida desses sujeitos, ao comprometer a saúde, a vida familiar, a vida laborativa e social, entre outros agravos. Como nos ensinam Canguilhem (2012) e Larrosa (2015), esses sujeitos se perceberam “enjaulados” pela lógica e pela prática características do consumo abusivo de drogas, imersos que estavam em uma experiência insatisfatória e que chegou a ser rechaçada pela vida, pela sua natureza desvitalizante. Afetados pela experiência da doença, eles buscaram apoio por não desejarem mais ou por considerarem não poderem mais gerenciar o uso de álcool

e outras drogas nem a doença. Foram então acolhidos em uma proposta de reabilitação de caráter comunitário.

O tratamento de caráter comunitário por eles escolhido propõe a convivência entre dependentes químicos – entre pares –, em um espaço tecnicamente preparado para ser terapêutico, por um período determinado. No programa de tratamento escolhido era oferecida assistência diária ou assistência por 24 horas, que poderia durar alguns meses, de acordo com a necessidade clínica de cada sujeito.

Todo o cotidiano de uma Comunidade para tratamento busca oferecer oportunidades de autoavaliação da maneira como esses sujeitos lidam com suas emoções, como interagem e se comunicam, como percebem e experimentam o dia a dia a partir de suas condições materiais de vida e como essas experiências repercutem em sua subjetividade e no seu modo de vida. O objetivo é que, imersos nesses contextos, esses sujeitos signifiquem suas vidas, produzindo sentido para seu existir.

A Comunidade Terapêutica tem em sua rotina atividades vitais básicas e outras práticas mais complexas, tais como as voltadas para os cuidados pessoais (interrupção do consumo de substâncias psicoativas, alimentação balanceada, regularização do sono, atividades de autocuidado e higiene pessoal, exercícios físicos, reuniões sobre espiritualidade); cuidados com o ambiente comunitário (atividades domésticas simples e complexas: limpeza, organização e manutenção do espaço físico de uso pessoal e coletivo; culinária e padaria; jardinagem, horticultura e cuidado de animais, etc.); atividades clínicas e educacionais (grupo terapêutico; estudo dos Doze Passos; palestras sobre temas relacionados à saúde e à dependência química); atividades de lazer e culturais; e, de acordo com o projeto de atendimento de cada sujeito, oferece acompanhamento das atividades externas voltadas para a preparação para o trabalho e para o estudo (Mata, 2008).

Essa rotina diária – com cuidados básicos pessoais e com o ambiente da Comunidade na qual está engajado, e com a participação em atividades externas de outra natureza, que não são propriamente terapêuticas, mas que trazem importantes benefícios ao processo reabilitador – funciona como um organizador das funções orgânicas e psíquicas e proporciona aos sujeitos a oportunidade de experimentarem um outro modo de vida que, para a maioria dos dependentes graves, é diferente do que estavam inseridos antes de pedirem ajuda.

No cotidiano da Comunidade, seus membros – funcionários e dependentes – assumem diferentes responsabilidades pela realização da vida comunitária, de acordo com o seu nível de engajamento na proposta de convivência: cozinham, limpam, planejam, conversam, debatem, estudam, trabalham, avaliam sua participação e a dos demais, identificam e compreendem suas dificuldades e pensam possibilidades de enfrentamento das situações de convivência, emocionais e financeiras. Essa rotina de tratamento é muito diferente da que observamos em hospitais, por exemplo, pois está centrada na participação ativa dos dependentes na vida da Comunidade, que eles mesmos produzem a cada interação entre si e com a realidade objetiva. Há um aumento gradativo do nível de responsabilidade de cada membro da Comunidade no desempenho de diferentes atividades na vida coletiva. Quem está iniciando o processo tem menos responsabilidade se comparado a quem está engajado há mais tempo. Nesse sentido, semelhante ao que acontece nos grupos de ajuda-mútua, todo o contexto comunitário é organizado considerando o estado de saúde remanescente – no caso dos dependentes em tratamento – no nível de conhecimento e de compromisso com a experiência de uma vida comunitária. A organização social entre os dependentes novatos e veteranos e os funcionários está centrada no reconhecimento das possibilidades e dos limites de cada um, além do potencial a ser desenvolvido através da convivência e dos problemas inerentes a esse cotidiano, para a vida comunitária acontecer.

Os funcionários são os facilitadores desse processo de engajamento com a vida comunitária e são os responsáveis pelo apoio clínico, pela supervisão diária e pela administração geral das atividades de sustentabilidade e gerenciamento da Comunidade. Já os dependentes que buscam por reabilitação são envolvidos em um contexto organizado tecnicamente para que aprendam, pela experiência, a assumir gradativamente a responsabilidade pelas principais atividades operacionais, educacionais e terapêuticas (De Leon, 2003) e, assim, a usar a experiência de uma vida comunitária para enfrentar suas dificuldades cotidianas.

Nesse contexto e através dessa metodologia, cada um se torna responsável pelo seu próprio crescimento e se envolve no desenvolvimento humano dos demais. Trata-se de uma convivência que estimula a amizade, a colaboração, o respeito à diversidade, a integridade e a responsabilidade compartilhada por cada sujeito na realidade de uma vida coletiva, que será criada a cada nova interação (Mata, 2008).

Essa experiência comunitária traz aos sujeitos a possibilidade de serem ativos no seu processo de enfrentamento da condição de dependência. Como afirmamos anteriormente (Mata, 2008), são oportunidades de ruptura de uma postura estereotipada que o dependente costuma estabelecer com o mundo, pela repetição estéril que esse sujeito mantém com o abuso do álcool e da droga ao dedicar todo o seu tempo disponível para a sua aquisição e seu consumo, o que pode gerar um isolamento intelectual e afetivo comprometedor do seu desenvolvimento pessoal, psíquico e social (Viana, 2004).

Olha o foco: se eu acordava e só pensava em uma coisa, que era droga, e aí eu tenho outro pensamento que é a unidade, transfere essa ideia pra parte da família. Porque antes eu não me preocupava com isso. Eu preocupava com droga. E agora eu voltei a preocupar com a família. Inclusive, eu acho até que é gradual isso. Quanto mais você vai estacionando [a dependência], mais você vai valorizando o resto. (Nico, 44 anos)

Nico se refere ao aprendizado pela experiência de ter uma função na Comunidade Terapêutica – como telefonista e recepcionista – e por participar ativamente das decisões sobre a vida coletiva durante as assembleias. As assembleias – das quais participavam todos os membros da Comunidade, os pacientes e os funcionários –, a seu ver, eram momentos para se saber sobre tudo o que estava acontecendo, sobre as relações entre os membros da CT e sobre o programa de tratamento. Nico sentia-se importante e construtivo ao tentar ajudar os demais a resolver seus problemas. Ele ressalta os vínculos estabelecidos e o sentimento de pertencimento ao adotar a manutenção da unidade do grupo no propósito de experimentarem outro modo de vida como um novo ideal. Percebia que esse outro objetivo pessoal anunciava uma mudança de pensamento em curso, quando comparada às suas atitudes centradas no consumo de drogas e no seu envolvimento constante em conflitos nas relações interpessoais.

Esse processo de (re)significação da vida convida esses sujeitos a serem ativos, responsáveis e autônomos no enfrentamento de suas dificuldades pessoais – o que caracteriza a abordagem de autoajuda da Comunidade Terapêutica – e, ao mesmo tempo, a se atentarem e a se envolverem em um processo solidário de cuidado dos outros membros da comunidade, conforme proposto pelas abordagens de ajuda-mútua (De Leon, 2003). Ao cuidar de si e ao oferecer apoio aos demais no cuidado das dificuldades e das vulnerabilizações que enfrentam, além da solidariedade, esses sujeitos experimentam o sentimento de pertença, o vínculo e a coesão social. O principal objetivo dos relacionamentos entre os participantes na convivência em Comunidade é criar uma cultura de mudança no modo de viver e de lidar com os problemas cotidianos.

Na experiência cotidiana nesse contexto onde estiveram, os entrevistados puderam observar o comportamento das outras pessoas, as dificuldades, o processo de conscientização delas e os diferentes níveis de alcance das reflexões. As atitudes de enfrentamento que percebiam em outros sujeitos, em termos de outras maneiras de lidar com as situações cotidianas, reafirmavam neles a possibilidade de mudança. Zanella (2005) aponta o encontro permanente com um outro como uma possibilidade de reconhecimento, para o sujeito, da pluralidade do que ele é e da que ele pode vir a ser. Ao conviverem no tratamento comunitário com outros dependentes que buscavam avaliar a própria trajetória de vida, eles alimentavam o desejo pessoal de criar outros caminhos.

Eu me dei uma oportunidade de experimentar [o tratamento] (...) fui percebendo [meus problemas] aos poucos. Uma vez tinha um paciente que ia e voltava várias vezes na instituição. O [fundador] falou para eu ficar de um a dois anos, levar a sério e nunca mais [ter que] voltar. “Leva a sério”, ele me disse. Sempre que tinha recaída ou alguém desistia, eu usava [essa situação] como força para me manter [tratando]. (Pablo, 27 anos)

Para que a descoberta e a reinvenção de si sejam possíveis, é fundamental que a Comunidade favoreça a comunicação, a escuta, a compreensão e o envolvimento entre os outros sujeitos. Os próprios sujeitos membros da Comunidade são os mediadores da socialização e do processo terapêutico. A proposta é que sejam acolhedores, principalmente com os novatos, observadores e facilitadores ativos tanto do vínculo entre os sujeitos quanto do enfrentamento das dificuldades inerentes à convivência coletiva; que desenvolvam a habilidade de se comunicarem abertamente sobre as situações que experimentarem, sobre os próprios erros e acertos e sobre os dos demais membros da Comunidade. Espera-se ainda que os veteranos no programa de tratamento assumam, gradativamente, mais responsabilidades e tenham mais iniciativa para aprimorar a Comunidade (De Leon, 2003).

A experiência de acolhimento obtida na CT onde estiveram foi um dos fatores facilitadores do processo de conscientização de outras possibilidades de existir e de se relacionar, na percepção dos entrevistados. Essa CT tem sua origem na história de uma família, um casal de terapeutas e seus cinco filhos, que tinham como metodologia de trabalho hospedar, em sua residência, os pacientes que atendiam. Dessa maneira, a terapêutica estava centrada na convivência dos dependentes com o cotidiano dessa família, como seus hóspedes. Isso conferiu à instituição, posteriormente fundada com base nessa experiência de trabalho, um caráter profundamente acolhedor. De acordo com os relatos dos participantes deste estudo, ao se referirem ao fundador da CT, eles se diziam surpreendidos com a hospitalidade, com a maneira humanista e afetiva de lidar e conviver com os dependentes. Muito frequentemente, os

dependentes se surpreendiam com a experiência de preparar uma refeição e de se alimentarem sentados à mesa, de jogar bola, de celebrar os aniversários e de participar das decisões da vida comunitária, em um ambiente familiar, caseiro e de intimidade afetiva. Submetidos a circunstâncias vulnerabilizantes, vivendo situações de violência, de falta de moradia, de exclusão social, de risco de morte, de conflitos familiares, de sofrimento psíquico e de esgotamento físico, a hospitalidade afetiva inaugurava outro rompimento na trajetória desse grupo e mobilizava o afeto desses sujeitos.

Eu estava há quatro semanas dormindo no albergue, (...) fui na [instituição] e me chamou de mendigo. Fiquei com raiva. Ele me chamou para dormir lá. Eu disse que queria. Eu estava num orgulho, com vontade de usar droga. Pensei: primeiro você me bate, depois você me alisa, você vai ver. Ele “quebrou minhas pernas”, porque me levou na casa dele, me deu escova de dente, toalha, roupa e um colchão pra eu dormir. Eu não acreditei [chora]. Me colocou para dormir. Bati o joelho no chão e disse para Deus me ajudar a fazer aquela oportunidade valer. (Roberto, 36 anos)

O acolhimento em uma Comunidade de convivência entre pares repercutiu diretamente na moderação do sofrimento biológico e psicológico e na falta de condições materiais elementares relacionadas direta ou indiretamente ao uso de substâncias psicoativas desses sujeitos. A Comunidade oferece nutrição e amparo: alimentação, abrigo provisório, assistência para a saúde básica, e essa experiência de acolhida alivia tensões, ansiedades e incertezas relacionadas à sobrevivência. São direitos que nem sempre estão garantidos socialmente, que são experimentados por quem participa desse tipo de programa de tratamento. Além disso, a segurança física e psicológica, também elementar, é um aspecto fundamental para que o processo de cuidado possa se desenvolver: para a promoção do alívio do medo, das ameaças à vida e das situações de violência nas quais frequentemente esses sujeitos estão envolvidos (De Leon, 2003).

[Na Comunidade desenvolvi] o senso de responsabilidade, de perceber as consequências, eu devo isso para eles [para a convivência comunitária com outros dependentes], depois eu recupero questões materiais. Eu fui sentindo [pelo abuso continuado da droga] a dor de perder a decência, a humanidade, a moral. São questões espirituais, você perde, e aí é mais difícil. Eu não recebi amor, acolhimento, eu não tinha isso na minha casa, eu fiquei com medo de perder isso. A preocupação [na minha família] era dar o que comer e esquecia as outras coisas, o afeto, o lazer. Eu fui vendo isso aqui [na Comunidade] e queria viver isso. Foi me despertando a vontade de viver o que eu nunca tinha vivido. Eu não consigo ser pai do meu filho, brincar e ficar com meu filho, é difícil para mim. Eu também questiono minha vida, porque sou pobre, porque eu tenho essa condição. [Tenho que] aprender a administrar minhas vontades. (Ivan, 20 anos)

O processo reabilitador geralmente inclui uma “crença pessoal num resultado positivo, sem necessariamente ter verificado evidências que deem suporte a essa crença”, como afirma

De Leon (2003). O sujeito precisa “apostar” na sua possibilidade de mudança, quando é isso que ele deseja, para investir nessa experiência de se envolver em uma vida comunitária e se dispor a repensar e a refazer o seu modo de viver. Nas palavras de Gustavo (41 anos) sobre o que ele desenvolveu no seu processo de enfrentamento da dependência, é preciso *acreditar na recuperação, acreditar em grupos, acreditar nas pessoas, acreditar no tratamento clínico e principalmente acreditar em Deus.*

Confiar em si mesmo e nos outros pode ser um desafio para quem tem uma história de autodestrutividade, como a dos entrevistados, com tantas rupturas socioafetivas, conflitos familiares, muitas vezes com situações de violência psicológica, física e sexual, a permanência na rua, a prisão, entre outras situações de vulnerabilização.

No entanto, os relacionamentos fundados em condutas de reciprocidade podem ser reabilitadores, conforme nos demonstra a experiência dos entrevistados. Como nos ensina De Leon (2003), por meio das interações entre os membros da Comunidade, os sujeitos desenvolvem uma aliança terapêutica entre si mesmos, são estimulados a examinar seu modo de viver, além de ensinarem e aprenderem, pela experiência – de sentimentos, atitudes, de problemas e de saídas para as dificuldades –, capacidades e habilidades de como se conduzem nos relacionamentos¹⁵.

Eu era rancoroso e descobri que eu era amoroso, compreensivo. Isso tudo existia dentro de mim, e eu então não fazia uso [disso]. Engraçado, que eram coisas que eu tinha de berço, mas que eu não podia usar com as pessoas com quem eu convivia ali [onde morava, na época da ativa] (...). (Nico, 44 anos).

A transmissão da cultura de solidariedade dessa proposta de reabilitação é de responsabilidade dos profissionais e dos sujeitos considerados veteranos na Comunidade, onde os membros são os responsáveis pelo clima de fraternidade e tolerância das negociações entre os sujeitos inerentes aos processos de convivência. Espera-se que dialoguem e intervenham nas situações que possam comprometer o vínculo comunitário. Por isso, considera-se que essa experiência oferece um contexto de aprendizagem pessoal e social e de enfrentamento das vulnerabilidades. As situações cotidianas, assim como acontecem em outros contextos e práticas sociais, são oportunidades enriquecedoras, desafiadoras e instigantes para o desenvolvimento de outras maneiras de lidar com as dificuldades emocionais e de

¹⁵ Os problemas e as dificuldades exibidas pelos sujeitos, assim como as abordagens de tratamento geralmente são comuns a todas as variedades de relacionamento (De Leon, 2003). No entanto, o que a nossa experiência clínica sugere é que a relação progressiva e contínua com a substância psicoativa, ao atravessar a história de vida desses sujeitos, traz experiências e marcas subjetivas importantes na sexualidade e no desenvolvimento socioafetivo.

relacionamento. As práticas propostas para o enfrentamento dessas situações são sustentadas em uma perspectiva ética – de cooperação mútua, diálogo, compromisso com o bem-comum, respeito e acolhimento das dificuldades e diferenças, entre outros – para a superação dos dilemas inerentes a qualquer vida comunitária, dentro ou fora da Comunidade Terapêutica.

Muitos sujeitos experimentam um profundo sofrimento por se sentirem incompreendidos por sua rede social de relacionamentos – familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, etc. –, e nem sempre o próprio sujeito consegue perceber como ele mesmo participa dessa situação conflituosa. Nilmar se refere ao desenvolvimento dessa habilidade de compreender o outro e de ser compreendido como fundamental para o seu processo de recuperação:

Reconhecer o entendimento do outro, pois sempre tive dificuldades de perceber que muitas vezes eu não era ignorado, era incompreendido. Então busquei comprovação se os outros realmente entendiam o que eu dizia. Daí passei a observar se realmente eu me fazia compreender, se o outro tinha compreendido. Comecei a notar que muitos dos meus problemas não eram meus, mas [faziam] parte da relação social, onde todos têm mecanismos de defesa. Entender que os outros também erram foi fundamental no desenvolvimento destas habilidades. (Nilmar, 46 anos)

A experiência de ser compreendido pelo outro dependente, facilitada pela convivência e pela partilha das histórias de vida em um ambiente comunitário, costuma reduzir a frustração e a raiva que muitas vezes o impedem de se manter cuidando de suas dificuldades e ainda favorece o sentimento de pertença à Comunidade. Além disso, ao se sentir aceito como um igual, que sofre, luta, comete erros e tem um potencial a desenvolver, o sujeito sente-se apoiado, incluído, e experimenta o afeto (De Leon, 2003).

Outro aspecto discutido por eles diz respeito ao julgamento que fazem de suas experiências, nas situações em que se envolvem para conseguir o recurso para o uso de drogas – furtos, crimes, tráfico de drogas, prostituição –, isto é, as motivações morais para a manutenção do cuidado da própria relação com a droga.

[Na droga] as pessoas não eram o mais importante para mim. Antes [delas, o importante] era o meu prazer, a minha satisfação. Eu preferia usar droga do que ajudar a minha mãe. Eu pensava em tudo o que eu podia estar fazendo, mas não dava conta daquilo. Na droga você fica estagnado, preso, dominado, não é viver. Sabendo que a qualquer hora alguém pode te [sic] matar, encher de tiro, você tem que ir lá e matar, planejar um roubo para se manter. É horrível você chegar a esse ponto. O olhar do outro machuca a gente e a gente fica preso [sic]. [Na minha cidade] os filhos eram orientados [pelos pais] a não andarem comigo. Eu tinha uma turma que só fazia coisa ruim. Eu não queria que meu filho andasse com pessoas que nem eu era. (Ivan, 20 anos)

Meu roubo e minha droga era [sic] para ostentação, e não era [sic] para colocar nada dentro de casa. (...) o dinheiro disso é muito sujo. Um sempre quer matar o outro com muito dinheiro. Cheio de revólver e coisa ruim na cabeça passando. É estranho. [Hoje quero] viver a vida diferente. [Quero] viver. Quem vive usando droga, não vive. Quem vive roubando, não vive. Você tem que fazer aquilo pra se sentir bem, mas é aquele bem momentâneo, como areia escorregando pela mão. Você tem aquele sentimento que tem que acabar com tudo isso, mas você vai e usa [droga] e fica pior. Aquilo te [sic] leva, você vai [como areia escorrendo pelas mãos]. Imagina, com a idade do meu filho eu estava começando a usar crack. Meu filho viu tudo isso, [eu] carregando geladeira nas costas pra vender pra comprar droga. (Roberto, 36 anos)

Diante de um esgotamento moral (Pharo, 2011), parecem sustentar sua decisão de enfrentamento da dependência química em outras exigências morais, que os mantêm se relacionando socialmente de um modo diferente. Para alguns, essa experiência afetiva e moral pode passar a sustentar o seu processo de enfrentamento da vida e, mais do que isso, a existência do sujeito. Roberto (36 anos) chegou a considerar que uma possível retomada do uso de substâncias ameaçaria a sua condição humana porque repercutiria na sua capacidade de amar a si mesmo e às outras pessoas:

[Usar droga hoje] destrói a minha mente, a minha espiritualidade com Deus. Eu fico mal, destrutivo, das coisas, das pessoas, incrédulo, deixo de acreditar que sou uma pessoa, [que eu sou] um ser humano, eu deixo de ser humano. A droga tira meus sentidos, meus sentimentos, e o maior deles é o amor. Nada tem sentido sem amor. Filhos, mulher, mãe, você, o mundo, a sociedade, isso não tem valor nenhum, sentido nenhum [sem o amor]. [Com a droga] estou morto, a única coisa que existe é a vontade de usar droga. [Hoje] eu não tenho vontade de usar droga, e o que eu tenho hoje me faz não voltar [a usar]. (...). Eu tenho confiança. Tenho uma credibilidade. Tem muita gente que confia em mim, sou confiável, amável, amoroso. (Roberto, 36 anos)

As implicações sociológicas do consumo abusivo de substâncias, além das questões de saúde pública, são apontadas por Mota (2004) como questões éticas fundamentais para o entendimento do funcionamento das sociedades modernas. Segundo o autor, “a ascensão do individualismo, o culto ao consumismo e a indiferença quase generalizada em relação às questões sociais e políticas geram uma cultura de alienação massificada e socialmente aceita” (p.34). Vivemos em tempos de busca de satisfação individual, de valorização da sensação em detrimento do sentimento, em relações descartáveis, sem profundidade afetiva. Uma exploração que reduz o outro ser humano a uma ferramenta de produção e reprodução dessa lógica. Imerso em comportamentos compulsivos, ansiogênicos, o ser humano tenta resistir e sobreviver, contestar, fugindo dessa situação, e tem seus comportamentos de fuga considerados como desviantes, como no alcoolismo, na dependência química, na delinquência, etc. (Mota, 2004). Sobre essa conjuntura, Kalina (1999) nos ajuda a compreender a marginalização do dependente químico ao argumentar sobre a loucura:

A marginalização social do louco, como também do adicto, responde à necessidade que tem a sociedade de manter ocultas suas próprias contradições (...) o louco se projeta perante nossos olhos como uma ameaça: é o espelho em que vemos refletida nossa própria inconsistência. Vítima e porta-voz de contradições que também são nossas, o louco é a trágica encarnação de tudo que a maioria dos homens suporta de forma reprimida e silenciosa. A sociedade que reprime o adicto é a mesma que fomenta a adicção. (p.21)

Temos vivido modernamente uma racionalização intensa da vida repercutindo negativamente na autenticidade das relações humanas. Nessa lógica, os vínculos sociais têm se expressado de maneira formal, por obrigação ou interesse, evidenciando uma dificuldade de circulação de formas de sociabilidades fundadas em sentimentos de solidariedade, intimidade e confiança (Mota, 2004). Em muitas situações narradas pelos sujeitos entrevistados, eles mencionam a credibilidade que alcançaram, o reconhecimento familiar e social, a autoconfiança na sua capacidade de enfrentamento das situações de vulnerabilização como aspectos fundamentais em sua trajetória de vida atual. Fazem um contraponto ao descrédito e ao estigma que experimentavam ao serem associados a funções sociais marginalizadas, frequentemente atribuídas aos sujeitos que abusam de álcool e outras drogas. Nilmar menciona sua autoconfiança com o seu movimento de recuperação:

[Foi preciso] reconhecer a autossabotagem e me salvar de mim mesmo. Fui percebendo que eu era meu principal inimigo. Muitas coisas que eu queria, quando buscava, acabava me deparando com problemas que eu mesmo criava, ou que eram potencializados por mim, ou assumia problemas que não eram meus. Isso devido a um processo de não acreditar em mim, de me convencer que eu era um “projeto para não dar certo”. Daí a necessidade de convencer os outros de que minhas ideias valiam a pena, sempre esperando o outro fazer o que eu mesmo deveria fazer. [Eu tive que] recuperar a autoestima. Tive que reconhecer que as pessoas falham. Só reconhecendo as minhas falhas pude entender o que eu dava conta e o que não dava. Atividades de elaborar planejamentos diários [cronograma da Comunidade Terapêutica] foi [sic] fundamental neste processo. Descobri que necessitava me organizar e que metas são feitas de pequenas metas. A meta possível do dia, em vários dias, se transforma num somatório chamado “meta impossível”. (Nilmar, 46 anos)

Apesar das possibilidades de enfrentamento apontadas nos relatos, consequentes da experiência desses sujeitos de uma vida comunitária e do contraponto que tal experiência promoveu em termos de sociabilidade, os limites dessa proposta precisam ser considerados.

O uso técnico de uma vida coletiva, como metodologia de reabilitação, não pode ser considerado uma experiência natural. O fato de as relações em uma Comunidade Terapêutica serem semelhantes às relações familiares, por exemplo, não substitui a importância dos vínculos e da convivência com os próprios familiares. Estudar na Comunidade nunca será o mesmo que estudar em uma escola em outro contexto. Por isso, a experiência da reabilitação em Comunidade não pode ter como objetivo substituir ou atender os processos do curso natural da

vida social cotidiana em uma determinada cultura. Essa tendência costuma produzir sujeitos institucionalizados, cuja carreira moral¹⁶ os mantém atrelados aos programas de reabilitação. Nesse sentido, tanto a dependência química quanto a institucionalização temporária para a reabilitação se tornam causa do estigma. Os estigmatizados acabam se tornando objetos de constantes observações fundadas em expectativas de fracasso, mesmo quando inseridos nos contextos sociais naturais, reforçando sua própria descrença, além da incredulidade social, na sua possibilidade de enfrentamento das situações cotidianas. Jorge (1990, p.17) alerta-nos para esse ciclo que retroalimenta o processo de estigmatização.

O paciente começa a ser visto como desacreditado, e a sociedade a fazer confrontos entre as informações e os comportamentos que ele oferece e desenvolve e as observações que ela própria faz acerca dele. Ele percebe que os outros o tratam como se fosse um igual ao resto do grupo, mas sabe que no primeiro erro sua particularidade será entendida como causa única de tudo que lhe acontecer ou que ele vier a fazer.

Nessa lógica do estigma, todo conflito é interpretado pelo sujeito e pela sociedade como uma manifestação do patológico, como se esse fosse o seu único motivo existencial e a única forma de expressão da sua subjetividade. Desconsidera-se, assim, que se trata de uma entre tantas outras possibilidades que compõem a realidade de qualquer sujeito (Jorge, 1990). Presos nesse ciclo, o dependente e a sociedade passam a acreditar que manter-se vinculado à Comunidade Terapêutica é a única estratégia possível para uma vida socialmente prescrita como normal.

A instituição, através de seus representantes – os profissionais – é muitas vezes convocada a realizar o que já está aprioristicamente definido: “o melhor modo de cada um ser o que é”, nas palavras de Jorge (1990, p.27). Os programas reabilitadores precisam considerar o risco de atenderem a essa demanda social adaptativa por meio de uma metodologia que recupere os desviados, provocando uma mudança no sujeito que atenda às determinações daquilo que é definido como socialmente produtivo. Frequentemente, isso se dá ao considerar sintomático e sinal de regressão no processo clínico qualquer comportamento espontâneo do sujeito que fuja aos padrões esperados e avaliados como ajustados ao programa de tratamento,

¹⁶ Nas palavras de Jorge (1990), inspiradas nos conceitos discutidos por Erving Goffman, a carreira se refere a “qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida, o que não obriga a uma escala de valores, apesar de poder ter um caráter positivo ou negativo. A carreira moral se refere a essa mesma trajetória com uma sequência regular de alterações que provocam mudanças no eu da pessoa e em seu esquema de imagens e de relações com o mundo” (p.17).

comportamentos impostos e muitas vezes justificados como um treinamento para a retomada de uma vida social. A modelagem para o sujeito de sua imagem e dos comportamentos que convém apresentar é um exemplo do exercício do poder institucional. A função de resgatar as expectativas normativas, depositada na instituição, é consequência dos rótulos que categorizam os sujeitos em estereótipos quanto ao corpo, à cor da pele, ao gênero, ao caráter, à raça, à religião, ao sucesso profissional, etc. Quem coincide com o estereótipo é considerado normal, ao responder ao outro o que era determinado. Mas, o estigmatizado, além de não cumprir a norma, é considerado virtualmente incapaz de responder a ela do modo esperado (Jorge, 1990).

Como afirma o autor, “os regimes totalitários ameaçam subordinar impiedosamente os indivíduos, seus internos, a normas, crenças e propósitos grupais, sem considerar a concepção de si que cada um possa construir, como um dos mais ricos elementos da tradição cultural” (Jorge, 1990, p.9). O risco de se atender a essa convocação social está na manutenção daquilo que se pretende transformar através do projeto reabilitador: a saída do sujeito de uma postura de passividade e conformidade diante do processo de desvitalização da existência, para uma postura de enfrentamento e combatividade pela realização dos próprios desejos e interesses (Jorge, 1990). Como nos aponta Canguilhem (2012), o natural da vida é o agir, o reagir e o lutar contra os impedimentos ao desenvolvimento do sujeito, inovando os caminhos para a vida acontecer. Nesse sentido, o projeto reabilitador que atribui um caráter patológico a qualquer manifestação que desvie das normas institucionais e sociais e que desconsidera a inventividade do sujeito na luta contra uma “vida contrariada” (Canguilhem, 2012) está condenado ao fracasso, justamente por impedir o que pretendia instaurar: a capacidade do sujeito de instituir normas diferentes para responder às suas necessidades e, assim, produzir sua saúde.

6.2 Os grupos de mútua-ajuda

Ao longo das análises e das discussões acerca das experiências de cada um, frequentemente o grupo recorria a expressões utilizadas pela programação dos 12 passos dos grupos dos Alcoólicos Anônimos (A.A) e Narcóticos Anônimos (N.A.): “despertar espiritual”, “Poder Superior”, usar o “Evite e Procure”. Eles conheceram a proposta dos grupos anônimos na instituição de tratamento e hoje cada um a utiliza de uma certa maneira.

O interesse pelos tratamentos influenciados pelos grupos de mútua e auto ajuda tem crescido por serem uma alternativa aos tratamentos com especialistas. Diferentemente de outros

tratamentos convencionais, a frequência no A.A.¹⁷ não se dá por um período determinado e não há profissionais envolvidos. O A.A. pode trabalhar em parceria com outras modalidades. Contudo, não há lista de presença no A.A. Os grupos de mútua-ajuda oferecem apoio aos que voluntariamente se interessam em cuidar de um problema comum aos seus membros, são gratuitos – o que favorece sua disseminação e acessibilidade – e são liderados pelos próprios membros da irmandade, que trocam experiências de vida (Groh et al., 2008).

A irmandade de Alcoólicos Anônimos foi fundada por alcoolistas, nos Estados Unidos, em 1935, e se disseminou por todo o mundo – são mais de 97.000 grupos locais em mais de 150 países. Dela participam homens e mulheres que se “ajudam mutuamente a manter a sobriedade e que se oferecem para compartilhar livremente sua experiência na recuperação com outros que possam ter problemas com seu modo de beber” (A.A., 2015). A irmandade é autossustentada por seus membros e recusa fontes externas de financiamento. O grupo dedica-se exclusivamente à “recuperação pessoal e contínua de seus membros”, oferecendo suporte aos alcoolistas que desejam se recuperarem. Portanto, o A.A. não se considera uma abordagem de tratamento (De Leon, 2004). Também não desenvolve pesquisas sobre alcoolismo, tratamento médico ou psiquiátrico. Está fundamentado nos Doze Passos, uma programação desenvolvida e proposta pelos próprios alcoolistas para a recuperação; nas Doze Tradições, que norteiam as relações entre os membros, entre os grupos e com a sociedade; e nos Doze Conceitos, que descrevem as relações e as funções dos vários órgãos de serviço que organizam internamente a irmandade.

O A.A. foi criado como um grupo de mútua-ajuda baseado na espiritualidade, no suporte social e nos Doze Passos. Atualmente, o A.A. é o programa que mais recupera alcoolistas do que qualquer outro programa ou modelo de tratamento na sociedade estadunidense (Groh et al., 2008). A proposta da irmandade é que a troca de experiências, de sentimentos de esperança e de força para enfrentar as situações se dê de forma gradual e lenta. Os membros do A.A admitem que são impotentes diante do álcool ao assumirem seus problemas.

Nico atribui à programação de 12 passos um aprendizado que o fundamentou a construir uma nova forma de viver, de lidar com as situações cotidianas para as quais não se sentia

¹⁷ Apesar de existirem algumas diferenças entre os grupos de mútua-ajuda e de os participantes desta tese participarem do A.A. e do N.A, nossa discussão estará centrada na proposta do A.A. por considerá-la como o fundamento dos demais grupos.

preparado. Assim que saiu do trabalho na instituição de tratamento¹⁸, ele estudou de maneira aprofundada os 12 passos, frequentando reuniões e conversando com membros veteranos dos grupos:

(...) os Doze Passos não me tirou [sic] só a vontade de parar de usar, me tirou a vontade de parar de morrer também. Eu tinha uma vontade de morrer enorme (...), achava que eu ia morrer facinho [sic]! Que eu não ia dar conta da minha vida, a própria violência que eu me metia ia me tirar a vida, então, assim eu tinha certeza absoluta que eu não ia durar muito, sabe? Tanto é que num [sic] pensei muito em futuro, estudar, de ser alguém na vida, de fazer amizade. Aí acabou que, quando eu entrei em recuperação, eu não tinha aquela metodologia que eu aprendi, de aprender estudar [sic]. Eu precisava de [sic] me programar novamente, e eu não sabia como. Como é que ia fazer, começar uma vida nova, sem saber como? Eu precisava de uma orientação, sabe? “Olha, isso que é bom, isso é ruim, isso é bom”. Igual eu [sic] te falei, (...) eu vim em busca de uma programação. Que [sic] eu não sabia viver, né? Enquanto tava [sic] todo mundo namorando, eu tava [sic] usando droga, enquanto tava [sic] todo mundo aprendendo a se relacionar, eu tava [sic] usando droga. E aí, eu gostei muito dessa programação de Doze Passos porque ela, justamente ela, me ensinou a programar a minha vida, ter base, aprender a viver, sabe? Ter base pra eu poder, aí sim, construir uma. Eu não acho que eu construo nos Doze Passos, os Doze Passos é [sic] minha base pra construção da minha vida, né? (...). Eu tenho que ter norma, né? Eu tenho que ter um método, né? Olha, o seu método é o seguinte, (...) você assumir sua responsabilidade, admitir a sua impotência, sabe esse tipo de coisa? Procurar ao máximo ser honesto, boa vontade, aqueles conceitos todos. E esse é o método que eu venho vivendo, né? (Nico, 44 anos).

Os Alcoólicos Anônimos surgiram a partir da sistematização da experiência de alcoolismo e de recuperação, quando três alcoolistas perceberam que, ao ajudarem uns aos outros, eles conseguiam se manter sóbrios, apesar de seu grave comprometimento. Os primeiros participantes esforçaram-se em seguir suas vidas particulares, após mais um período de internação hospitalar, quando se conheceram, tentando ajudar alcoolistas. E perceberam que os maiores beneficiados eram eles mesmos, pois essa atitude de ajudar os outros alcoolistas os fazia permanecerem sóbrios. Dois anos mais tarde, vinte deles já estavam envolvidos nessa atividade e decidiram registrar por escrito suas experiências para que pudessem ser divulgadas. Depois de mais dois anos de intensas discussões sobre esses registros, em 1939 publicaram o primeiro material. Nessa época, o grupo já era formado por 100 pessoas. Desde então, a irmandade segue ajudando voluntariamente os alcoolistas que queiram parar de beber.

Os grupos são gratuitos, acessíveis geograficamente, abertos e sem exigências para a participação, nem regras quanto ao número máximo ou mínimo de reuniões, nem quanto ao

¹⁸ Nico estava há três meses no tratamento. Sua esposa estava desempregada. Ele não se sentia ainda preparado para se desvincular da Comunidade Terapêutica para trabalhar, mas tinha necessidades financeiras. Nico fez uma proposta, para a equipe, de trabalhar remunerado na instituição, além de continuar recebendo a cesta básica que lhe foi oferecida assim que foi admitido no tratamento. Ele foi então contratado como funcionário, inicialmente como recepcionista e posteriormente como agente de prevenção, em um programa de mobilização comunitária.

tempo de permanência. Apesar de existirem outros grupos de ajuda mútua anteriores ao A.A. (White, 2001), pelo seu tamanho, alcance, número de membros e tempo de existência, essa irmandade tem sido inspiração e referência para a fundação de outras (Narcóticos, Fumantes, Cocainômanos, Dependentes de Amor e Sexo, Emocionais, Comedores Compulsivos, Jogadores Compulsivos, Devedores, Psicóticos e Neuróticos Anônimos; Naranon, Alanon, Codependentes Anônimos para familiares de dependentes químicos). A variedade de experiências do A.A. pode ser observada na diversidade de formatos das reuniões (ex.: abertas ou fechadas para os membros; temáticas ou de partilha) e na tendência de organizar reuniões de acordo com as características da população, tais como idade, estado civil, gênero, tempo de participação no A.A., língua, para comórbidos, entre outros (grupos para adolescentes, mulheres, veteranos, LGBT, solteiros, em espanhol, etc.) (White & Kurtz, 2006).

Com o crescimento da irmandade nos anos 70 e 80, associado à influência da “indústria do tratamento” e do sistema judiciário – com mandados que determinavam a participação nas reuniões –, houve uma preocupação com a distorção dos princípios e das características essenciais do programa. Foram então definidos critérios que diferenciariam as reuniões de A.A. dos grupos de tratamento (White & Kurtz, 2006). Esses critérios nos ajudam a compreender a metodologia e a cultura da irmandade:

Vocabulário próprio e não uma linguagem vinculada ao tratamento (Poder Superior, defeitos de caráter, inventário pessoal, etc.); uso de expressões de humor e de paradoxos; um estilo histórico de partilhar sobre como se era antes, o que aconteceu e como se é agora; respeito e aderência às tradições do A.A.; e uma convicção dos que participam das reuniões de que *precisam* estar ali e que não apenas *querem* estar ali. (White & Kurtz, 2006, p.31, tradução nossa).

O programa de recuperação do A.A. tem como fundamentos a unidade (fraternidade, tradições e princípios do programa), o serviço (na organização das reuniões, na preparação do espaço para os grupos, na participação em outras frentes de trabalho da irmandade) e a recuperação (ao praticar os Doze Passos na própria vida). No programa são sugeridas estratégias baseadas no desenvolvimento espiritual da confiança em um poder externo ao indivíduo (um Poder Superior, que para alguns pode ser chamado “Deus”). No entanto, para ser um membro do A.A., não é preciso praticar uma religião específica.

Cada grupo é formado pelos recém-chegados/novatos e pelos veteranos, que partilham suas *experiências, esperanças e forças* em um ambiente acolhedor. Essa relação novatos-veteranos é considerada um dos principais mediadores do programa de recuperação pelos Doze

Passos e considerada pelos participantes como um dos suportes mais importantes para o processo de recuperação (Laudet, Morgen & White, 2006).

O envolvimento com os Doze Passos é um processo gradativo e multidimensional – comportamental, cognitivo, social e espiritual. A participação no A.A. favorece o contato com outros dependentes que experimentam condições de vida semelhantes e o engajamento nos princípios da irmandade. Conforme sugerem as pesquisas sobre as repercussões dos Doze Passos na *recuperação*, esse contato tem sido associado ao aumento da sensação de bem-estar dos participantes, devido à promoção de mudanças cognitivas, sociais e no comportamento.

Nico (44 anos) avaliou que essa outra maneira de viver, fruto do seu envolvimento com os Doze passos, trouxe-lhe resultados emocionais favoráveis que o fizeram reavaliar os benefícios que o uso de substância um dia já lhe proporcionou, sustentando o seu enfrentamento da vida. Ao refletir sobre sua condição atual, ele disse:

Vou falar com você a verdade: não tinha medo de voltar ao que eu era, eu tinha medo de perder o que eu tava [sic] tendo, era esse o meu medo (...). Eu tinha medo de perder como estava, como estou até hoje. O bem-estar, a saúde emocional, hoje eu tenho uma saúde emocional. Eu não tomo assim uma atitude insana igual um dia já tive. Vem me devolvendo a sanidade essa programação, e eu sinto isso hoje na pele, no meu relacionamento, no trabalho, na minha vontade de estudar, e isso tudo é fruto da devolução da minha sanidade, e não quero perder isso. Aí, por isso, eu me mantenho no programa. Aquela coisa de jogar na balança. Pô [sic], tá bom pra caramba esse trem! [sic] (...). Ficar limpo é bom pra caramba [sic]! (Nico, 44 anos)

Contudo, mais do que frequentar as reuniões para se beneficiar do programa, os estudos apontam que é preciso estar engajado nas outras atividades da irmandade: ter um padrinho¹⁹, praticar os Doze Passos, ter um grupo de escolha, ler a literatura sugerida, participar ativamente das atividades que antecedem e sucedem as reuniões (por exemplo, preparando o espaço físico e o lanche) e ter contato em outras situações diferentes das reuniões com os membros do A.A. Além disso, a manutenção da abstinência está associada ao apadrinhamento de novatos e ao estudo e à prática dos Doze Passos na própria vida (Laudet, Morgen & White, 2006).

¹⁹ O padrinho é geralmente um membro veterano no grupo de mútua-ajuda com quem outro membro pode partilhar fora das reuniões, estudar os passos e fazer contato em situações em que o dependente tenha necessidade de ajuda. Ele costuma orientar o afilhado sobre a recuperação. Nos aniversários de tempo de sobriedade, o padrinho faz a entrega da ficha comemorativa. Ao longo de sua trajetória, o sujeito pode ter vários padrinhos, ou não ter nenhum, sendo apadrinhado pelo grupo. A proposta não é de uma relação do tipo produtor-usuário, ou pastor-fiel, ou outro tipo de interação hierárquica entre o padrinho e o afilhado. O apadrinhamento está associado à seguinte filosofia da mútua-ajuda: “não podemos nada sozinhos” (Mota, 2004).

As repercussões da participação no A.A. podem variar de acordo com a frequência e a intensidade do envolvimento nas reuniões e nos rituais ao longo do tempo e com a participação simultânea em outras irmandades (White & Kurtz, 2006; Groh et al., 2008).

Há ainda pesquisas que demonstram que a adoção dos princípios do A.A. (compromisso com abstinência, confiança em um Poder Superior e a prática dos Doze Passos) é um preditor de abstinência, mesmo quando o sujeito não participa frequentemente das reuniões. Essa evidência pode ser explicada pelo alto nível de internalização da programação dos sujeitos já envolvidos por um longo tempo com a *recuperação*. O que essas pesquisas indicam é que a frequência nas reuniões é fundamental para quem está na fase inicial do processo e menos crucial para quem já adotou os princípios e consegue aplicá-los na própria vida (Laudet, Morgen & White, 2006; Groh et al., 2008).

A diversidade de formas de se apropriar dos 12 passos ao longo do tempo, conforme mencionado na pesquisa anterior (Laudet, Morgen & White, 2006), gerou discussões entre os membros do grupo deste estudo. Houve uma certa concordância entre os participantes, especialmente dos que estão há mais tempo cuidando da própria dependência química, de que, no começo desse processo, há uma tendência de o dependente se basear nesses ensinamentos e na frequência nos grupos de anônimos como uma estratégia para lidar com suas dificuldades e nortear suas ações cotidianas. Nico (44 anos) considerou que as posturas estereotipadas frequentemente observadas em membros de grupos de mútua-ajuda sugerem que esse sujeito está em uma *fase de proteção*, por ainda se sentir vulnerável, fragilizado em sua recuperação. Pela sua experiência, afirmou que, se esse sujeito ainda fragilizado não evoluir no entendimento da programação, não conseguirá se sustentar emocionalmente e poderá recair no abuso de drogas. O que os sujeitos do nosso estudo concluíram, a partir de suas experiências, é que frequentar grupos é importante para continuar cuidando de si. No entanto, ao longo do tempo, alguns foram construindo suas próprias referências para tomar suas decisões de enfrentamento dos problemas cotidianos, sem a necessidade de uma participação constante na irmandade.

Entre os aspectos considerados mais potentes na alteração do curso do alcoolismo e no fortalecimento da experiência de *recuperação* têm sido pesquisados: os mecanismos motivacionais; o desenvolvimento cognitivo pelo envolvimento com os princípios dos Doze Passos (por exemplo, o compromisso com a abstinência e com a participação continuada na irmandade); o aconselhamento em temas ligados ao processo de *recuperação*; o aumento da autoeficácia; mudanças nas redes de amizades (maior qualidade percebida nas relações de

amizades, sentem-se mais apoiados, compreendidos, aumenta a confiança e o sentimento de que têm a quem recorrer para pedir ajuda) e o benefício terapêutico de ajudar outras pessoas – pelo desenvolvimento do sentimento de confiança, do sentido existencial; pela ampliação do investimento afetivo, anteriormente restrito ao foco em si mesmo; e pela experiência da alteridade no envolvimento com o outro ao assumir a posição de ajudador sugerida pelos Doze Passos (Laudet, Morgen & White, 2006).

Além de ser membro do A.A, o participante também pode ser um servidor, realizando atividades voluntárias na irmandade. Esse é o trabalho que sustenta o A.A., pois o número de funcionários contratados é mínimo. No símbolo do A.A estão escritos os três legados: serviço, unidade e recuperação. Como servidores, os membros se alternam nas mais diversas funções: coordenador, tesoureiro, representante de serviços gerais, delegados, entre outros, tendo sua função específica definida no organograma institucional. Administrativamente é prevista uma rotatividade nesses encargos, com um tempo máximo de serviço predeterminado. Para Mota (2004), esse voluntariado é uma oportunidade de crescimento pessoal e de praticar o altruísmo. É uma proposta de enfrentamento que a própria literatura do A.A. faz aos membros, para o enfrentamento do próprio egoísmo, considerada por eles como uma característica típica ao se interessarem pelo bem-estar de outras pessoas. “Prestar qualquer serviço para o A.A demonstra a capacidade de o membro manifestar sua gratidão pela irmandade que, na maioria dos casos, salvou sua vida” (Mota, 2004, p.175).

A importância de um suporte social para o enfrentamento da vida, assinalada nas pesquisas que mencionamos, também foram evidenciadas na história de vida dos sujeitos do nosso estudo. Existe uma certa demanda por um suporte, uma referência, que os ensine a lidar com as situações de uma outra maneira. Os Doze Passos oferecem determinados ensinamentos e postulados orientadores para o enfrentamento da dependência química, que são acionados para administrar, gerenciar as situações cotidianas.

Um dos nossos entrevistados se refere à sua participação nos grupos de mútua-ajuda. Ao explicar o que experimentou, evidencia a influência da sua experiência com o grupo na interpretação do seu processo e explica quais habilidades tem desenvolvido para enfrentar a vida.

[Sobre as habilidades para a recuperação] *aprender a lidar com aceitação, paciência, renúncia, obediência, mente aberta, frustrações, sentimentos, foco na recuperação, evitar lugares, situações de risco, programação de 12 passos e grupos de mútua-ajuda. Inicialmente tive que tentar aceitar meu adoecimento e ter paciência para ser ajudado por profissionais da área, em seguida me render e não dar voz às muitas vontades doentias. Ter obediência foi fundamental para tudo ir se ajeitando até eu conseguir ter discernimento suficiente para ter o meu próprio caminho e fazer minhas escolhas, poder escolher. Os grupos de mútua-ajuda com a programação de 12 passos sempre contribuíram para a unidade, me ajudaram a ter clareza para meus sentimentos, frustrações, não me deixando no isolamento e fazendo que eu compreenda que não estou sozinho nisso tudo.* (João, 27 anos)

Há uma certa prescrição generalizada pelo coletivo sobre a importância de seguir normas, ter disciplina, *ser obediente* (como disse nosso entrevistado), ser “radical” em algumas questões, como no *evitar o primeiro gole; haja o que houver, não use drogas*. Essas perspectivas foram consideradas fundamentais pelos entrevistados para esse processo de recuperação, ao estabelecerem um contraponto para uma falta de controle anterior, manifesta em diferentes situações da vida.

Eles se utilizam das perdas, ou seja, das situações que gostariam de ter experimentado, mas que a trajetória de abuso crônico de substâncias os impediu de alguma forma, para justificar uma posição convicta da importância do compromisso pessoal permanente com outro modo de vida, como uma estratégia para lidar com os riscos da retomada de um uso compulsivo. É como se sentissem privados de determinadas experiências e buscassem, além de evitar novas perdas, vivenciar essas situações de outro modo.

Etapas perdidas que são vividas hoje, com comportamento de adolescente. Não fui para o colégio, não namorei, não jogava bola, eu ia era pra fazer bagunça no campo. Um dia de domingo, para almoçar, eu falava [sic]: vou tomar uma para descer. E não voltava [para o almoço], eu era antissocial. (Roberto, 36 anos)

Esse outro modo de viver sem o uso de substâncias também trazia insegurança e incertezas, surpresas que muitas vezes geravam ansiedade e um certo sofrimento: *medo da recuperação, de ficar limpo, de quem sou eu e de quem eu vou ser. Eu só conhecia o Roberto daquele jeito [usando drogas]* (Roberto, 36 anos). No livro “A Ralé Brasileira: quem é e como vive”, Jessé Souza (2011) nos explica sobre esse *habitus* experimentado por Roberto:

O modo como vivemos, as relações dentro das quais passamos a nos compreender como um tipo específico de ser humano produzem em nós uma espécie de segundo sistema nervoso, um *habitus*, um conjunto de disposições (de tendências) para sentir, pensar e agir que refletem esse modo de viver e essas relações. (Rocha & Torres, 2011, p.214)

Nesse mesmo livro, Rocha e Torres (2011) contam a história de um dependente químico – Carlos – que vivia uma situação semelhante à de Roberto, nosso entrevistado. Carlos, além

de carecer de melhores condições sociais, era um jovem pobre, não tinha qualificação para o trabalho nem capacidade de planejar o futuro. Sua preocupação estava no presente, com a sobrevivência. “Uma vida vivida mais a cada dia do que dia após dia” (Rocha & Torres, 2011, p.215). Dessa forma, não era o futuro que traçava o seu modo de levar a vida. O que se esperava era um amanhã como a repetição do hoje. “Uma relação com o tempo (e com a própria vida) pautada pela imediatividade; o sentido do amanhã está sempre no agora” (Rocha & Torres, 2011, p.215, grifo do autor). Os autores fundamentam seus argumentos na condição de classe, que nomeiam como sendo *a ralé*. Ampliando essa análise, é importante considerarmos o quanto a relação repetitiva e continuada com o crack, no caso de Roberto, intensifica essa relação imediatista com o tempo, que é experimentado como instantaneidade e não como sucessividade. Repetimos seu relato sobre essa experiência com o tempo enfatizando agora essa dimensão da discussão sobre a relação dos dependentes com o tempo:

Você tem que fazer aquilo pra se sentir bem, mas é aquele bem momentâneo, como areia escorregando pela mão. Você tem aquele sentimento que tem que acabar com tudo isso, mas você vai e usa [droga] e fica pior. Aquilo te [sic] leva, você vai [como areia escorrendo pelas mãos]. Imagina, com a idade do meu filho eu estava começando a usar crack. Meu filho viu tudo isso, [eu] carregando geladeira nas costas pra vender pra comprar droga. (Roberto, 36 anos)

Os usuários de drogas costumam explicar usando a seguinte analogia: se a cocaína aspirada traz sensações a 60 km por hora, no crack o efeito seria a 300 km por hora. Experiências que intensificam um prazer hedonista, quando o sentir, o pensar e o agir estão voltados à satisfação imediata. Como explicam Rocha e Torres (2011):

Qualquer consideração sobre o amanhã se impõe sobre o hoje, já que a vida é ela mesma um eterno hoje, ou melhor, um hoje que se repete e se amplia. (...) uma relação com o tempo que não se pauta por uma perspectiva de extensão e duração, mas pela expectativa de se poderem multiplicar infinitamente os instantes (...). Uma sucessão de momentos que não se encadeiam evolutivamente, mas que, ao invés disso, querem sempre repetir no amanhã o gozo de ontem. (...) um modo de vida pautado pela imediatividade (...) que quando determina a socialização do Carlos, veio a se tornar o seu próprio modo de viver. (p.219)

O que nossa experiência clínica tem nos mostrado é que essa relação de imediatividade aparece no sujeito que desenvolveu a dependência na forma de ansiedade, impaciência, inconstância, instabilidade, hiperatividade, interferindo no registro da temporalidade e do espaço no psiquismo (Birman, 2006). Numa compreensão psicanalítica, essas condições são consideradas formas de mal-estar que marcam as subjetividades na contemporaneidade, não mais localizadas no conflito psíquico, mas nos registros psíquicos do corpo, da ação e do sentimento. No corpo, em uma busca pela performance corpórea, que nos condena a um estresse

permanente, com seus sintomas psicossomáticos, à síndrome da fadiga crônica, ao pânico; na prevalência das temáticas do envelhecimento, da longevidade, da imortalidade, com suas repercussões na crescente medicalização do Ocidente no século XIX. No registro psíquico da ação, temos a hiperatividade, a impulsividade, o agir sem pensar, indeterminadamente. Como nos ensina Birman (2006), é o excesso que conduz a ação do sujeito. Quando não age, a angústia inunda o psiquismo. É como se o sujeito não conseguisse simbolizar e transformar esse excesso/angústia em uma ação específica, apropriada ao contexto. Diante do excesso de angústia, para se livrar dele, o psiquismo recorre à ação. O resultado são as explosões emocionais incontrolláveis – como a violência gratuita e o incremento da delinquência – como seu desdobramento (Birman, 2006).

No registro da ação podemos compreender o mal-estar na compulsão, tema de interesse do nosso estudo, ou seja, um agir caracterizado pela repetição do mesmo. Um impulso que é imposto permanentemente pelo psiquismo, como na compulsão por álcool e outras drogas, por medicamentos, por comida, pelo consumo. Busca-se preencher um vazio no corpo, na beleza, pelos signos de poder que definem um status pelo *ter* e que pretendem oferecer segurança ao sujeito (Birman, 2006).

Já no registro do sentimento, o excesso é transbordado no psiquismo como humor. O excesso é imediatamente sentimento, é o regulador da intensidade do sentimento, modula a sua expressividade, como na euforia ou na depressão. O pânico tem também nesse registro do sentimento uma interface: a subjetividade impotente é possuída pelo sentimento de pavor, o “eu” fica suspenso, incapacitado de agir, regulando a relação do corpo com o mundo, a morte se torna iminente, daí o pânico. O estresse ganha espaço e a autoestima se dissolve. O “eu” e o psiquismo perdem potência, e a depressão contemporânea vem caracterizada por um sentimento de vazio, fechando um ciclo que se retroalimenta. Vazio, angústia, excesso, imediatividade, ansiedade, compulsão, explosão, depressão, álcool, medicação, vazio... E o ciclo se repete (Birman, 2006).

Refletir sobre o sentido do tempo, como elemento constitutivo da vida humana, e seus registros na subjetividade (Birman, 2006) – configurados na contemporaneidade em ansiedade, impaciência, inconstância, instabilidade, hiperatividade, como as que encontramos nas experiências dos sujeitos entrevistados – é pensar a vida e a morte, a finitude e a infinitude, sua negação e afirmação. É pensar o tempo objetivo, do relógio; o tempo espacializado,

cronometrado, gerenciado; e o tempo subjetivo, o espaço temporalizado, tempo da dinâmica da experiência, das lembranças, da memória, das histórias (Mariz, 2004).

Numa leitura sociológica, Souza (2012) aponta que o sujeito precisa permanentemente atualizar sua crença em uma promessa de futuro. O autor discute a vida religiosa da classe de trabalhadores que nomeia como os “batalhadores” e seu papel nessa atualização. Nas palavras do autor:

Desprovidos de herança econômica e de herança cultural (formação escolar) para afastar o risco do rebaixamento social e da vida sem dignidade (portanto, do que chamamos de patamar de segurança), os batalhadores partilham com a ralé estrutural a necessidade de construir a fé no futuro sem uma estratégia segura fundada numa posição social estável ocupada no presente. (...) precisam lutar para que a derrota não seja antecipada no comportamento prático, para que a crença em assegurar a dignidade do sujeito não morra, para que o seu jeito não se acomode à sua condição de derrotado. Em resumo: uma luta para que a única estratégia no jogo não seja a rendição ao destino de se reproduzir o passado. (Souza, 2012, p.317)

No entanto, observamos que os sujeitos entrevistados no nosso estudo parecem encontrar nos grupos de mútua-ajuda fatores que alimentam essa crença no futuro. O percurso da própria biografia narrada pelos veteranos nos grupos serve de referência aos demais. Podemos nos inspirar em Kehl (2009) para pensar a transmissão das experiências, pelo ato de narrá-las. Ela se refere à produção do saber pela experiência cotidiana e à importância de sua transmissão para quem narra e para quem recebe a narrativa, num processo de legitimação do saber. O ato de compartilhar a experiência é que dá a ela um sentido. Kehl (2009) explica: “a experiência não tem relação com a autoridade e sim com o sentido que uma coletividade é capaz de extrair a partir do que seus antepassados viveram ou das narrativas que seus contemporâneos trouxeram de regiões e de países distantes” (p.156).

Ao resgatar o ensaio de Walter Benjamin – “O narrador” –, Kehl (2009) denuncia um empobrecimento do saber e da memória, conseqüente do enfraquecimento da transmissão das experiências pela prevalência da tecnologia como mediadora da relação do homem com a natureza e entre os homens. A repercussão da influência da tecnologia seria a *desmoralização da experiência*. Ou seja, a impossibilidade de se aprender com a experiência, de poder compartilhá-la e de produzir a partir dela um sentido. A autora explica que não se trata de narrar a experiência para perpetuar as tradições e o poder nem para garantir uma posição social em lugares já determinados, consolidando e eternizando o poder. A transmissão da experiência vincula o sujeito ao seu patrimônio cultural, por isso é fonte de sentido, confere *valor e encanto à vida* (p. 162). Entendemos, a partir dos entrevistados deste estudo e da nossa própria

experiência profissional, que os membros da “comunidade dos dependentes em *recuperação*”²⁰, ao partilharem suas histórias nos encontros que desenvolvem, transmitem um saber sobre um modo de enfrentar a vida. Como afirma Kehl (2009):

Essa é uma das funções das narrativas: através delas, a experiência de uma comunidade de convivência forma uma cadeia ou uma rede de histórias, passadas de geração a geração. Mais do que uma função ética, as narrativas cumprem uma função formal, estética, que acrescenta encantamento ao saber transmitido. Elas dotam o passado de qualidades mágicas e preservam na vida consciente da comunidade uma série de representações e de afetos (...). (p.162)

Nesse sentido, pensando a relação entre a experiência e a temporalidade, além da crença desses sujeitos na promessa de futuro, conforme afirmamos anteriormente, os entrevistados evidenciaram que a experiência de um fluxo contínuo do tempo, compartilhada coletivamente, permitiria aos sujeitos que participam de grupos de mútua-ajuda um sentimento de ligação entre os membros, um elo, um vínculo, um apoio mútuo, prolongando o sentido da duração do tempo. Esse sentido faria um contraponto à experiência efêmera do tempo vivido ao longo do uso repetitivo de substâncias. Nas palavras de Kehl (2009), “talvez a medida do transcorrer do tempo não individual não seja semelhante ao desenrolar de um fio, mas ao tecer de uma rede que abriga e embala um grande número de pessoas ligadas entre si pela experiência comum” (p.166).

Nos grupos de mútua-ajuda há uma identificação afetiva entre os sujeitos e um reconhecimento social por se tornarem exemplo para alguém. Ter o outro como referência implica em esperar de si mesmo o que essa identificação os prometeu como um futuro possível. O futuro se torna sensível, presentificado, reforçando o traçado dos caminhos possíveis para determinados sujeitos em algumas situações. A dimensão temporal – as repercussões que viriam no futuro – se torna espacial, no outro que já é agora o que o sujeito poderá se tornar (Souza, 2012). O exemplo do alcoólico veterano no A.A. manifesta o desejável, reforçando a ideia de que é recompensador esperar pelo retorno, não de uma aposta, mas de um investimento na mudança do modo de viver.

Ao praticarem o que ensinam e ao ensinarem o que praticam, esses sujeitos acabam por se reconhecerem em suas atividades cotidianas, nos resultados e nas repercussões dessa

²⁰ Neste estudo denominamos *comunidade dos dependentes em recuperação* os dependentes químicos que estão cuidando de sua saúde ao buscarem sua normatividade (Canguilhem, 2012), como são os participantes da Comunidade Terapêutica, do A.A./N.A. e de outras experiências de tratamento e de *recuperação* de diferentes naturezas.

trajetória de enfrentamento, ou seja, reconhecem-se no que fazem de si na sua própria atividade (Clot, 2010, p.299), constroem e participam de uma “cultura de *recuperação*”.

6.3 A espiritualidade e a religião

A experiência da espiritualidade há muito tem sido utilizada pelo ser humano como suporte no enfrentamento de situações difíceis (Laudet et al., 2006). Neste estudo entendemos a espiritualidade como os questionamentos humanos sobre o sentido da existência, sobre a transcendência (Laudet et al., 2006). Se a religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do sujeito com o sagrado ou transcendente, a espiritualidade se refere às qualidades do espírito humano, como o amor, a compaixão, a paciência, a tolerância, a capacidade de perdoar, a noção de responsabilidade e harmonia e o senso de coerência, que resultam na felicidade pessoal e para os outros (Koenig, 2001). Nesse sentido, a espiritualidade é uma experiência subjetiva mais inclusiva e universal, que pode se dar no sistema da tradição religiosa ou em outros contextos (Laudet et al., 2006).

O interesse por essa relação saúde-espiritualidade/religiosidade fez a Organização Mundial de Saúde afirmar que o bem-estar espiritual é uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais. Por considerar as experiências místicas e meditativas como processos mensuráveis e quantificáveis, com base nas evidências acumuladas na literatura e na prática médica, a Organização Mundial da Saúde, por meio do grupo de Qualidade de Vida, incluiu, em seu instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, o domínio “Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais”, com 100 itens. Esse instrumento colaborou com outros estudos que identificaram correlações importantes ao conhecimento dos profissionais da saúde.

Já existem estudos que demonstram a relação entre espiritualidade e religião com a melhoria da condição de saúde e de bem-estar: a fé religiosa está associada a níveis mais elevados de satisfação com a vida, com a felicidade e com menos consequências psicossociais negativas em situações de eventos traumáticos (Laudet et al., 2006). A espiritualidade tem sido utilizada como moderadora dos efeitos nocivos do sentimento de incerteza para sujeitos acometidos por doenças crônicas ou quando enfrentam situações que evidenciam os limites do poder e do controle humanos. A confiança nas crenças espirituais e o engajamento em atividades dessa natureza repercutem nos sujeitos, trazendo-lhes esperança, força e sentido

durante situações estressoras, e diminuindo a ansiedade, a depressão e o abuso de substâncias (Koenig, 2001; Galenter, 1997; Pargament et al., 2004).

Quando as pessoas se traumatizam, frequentemente procuram novos sentidos e significados em suas vidas (Peres et al., 2007). Um fator decisivo ao desenvolvimento de uma resposta favorável ao enfrentamento dessas situações relaciona-se com a maneira com que os sujeitos percebem e processam a experiência (Peres & Nasello, 2005). As experiências religiosas²¹ podem ter influência importante em como as pessoas interpretam e lidam com eventos traumáticos, promovendo percepções e comportamentos que favoreçam uma aprendizagem a partir dessas práticas, o amparo para superação da dor psicológica e a autoconfiança em lidar com as adversidades.

Além de estar associada à saúde, a experiência religiosa pode estar relacionada a fatores geradores de estresse. Nesses casos, pode estar associada: à culpa patológica; à ansiedade e ao sofrimento por meio de crenças punitivas; aos sentimentos de paranoia; à inibição da expressão sexual; à interferência no pensamento racional e crítico, favorecendo a sugestibilidade e o conformismo; e à intolerância e à hostilidade à diversidade humana. Caso contrário, a experiência religiosa pode reduzir a ansiedade existencial, ser fonte de esperança e bem-estar emocional; promover a coesão social e fornecer identidade ao unir as pessoas em torno de um objetivo comum; oferecer orientações que diminuam comportamentos de risco para a saúde; diminuir a ansiedade da morte; e, ainda, ser fonte de solução de conflitos emocionais e situacionais (Ribeiro & Bogar, 2011).

Assim como alguns dos sujeitos entrevistados neste estudo, Carlos, do livro de Jessé de Souza (2011) sobre a *ralé brasileira*, recorreu à religião para lutar contra seu destino. Carlos encontrou, na Igreja Universal do Reino de Deus, o templo da esperança. A religiosidade mágica neopentecostal atribui a forças exógenas – ou seja, à ação maligna dos encostos – a responsabilização pelos problemas de Carlos, que luta constantemente em sua vida contra eles. A crença na possessão pelos encostos permite aos adeptos dessa religião a tematização dos atributos pessoais condenáveis e que eles não reconhecem como seus. Para Rocha e Torres (2011), “quando a experiência de fracasso é mais forte que a promessa de sucesso é que Carlos

²¹ Conforme Neubern (2010), o termo *experiência religiosa* será utilizado para nos referirmos ao modo de subjetivação de vários processos que a compõem em sua complexidade: sociais, culturais, institucionais, econômicos, etc., além da experiência do sagrado (Otto, 1917/2007), “que se refere à vivência daquilo que é considerado sagrado ou divino pelo sujeito em seu sistema de crenças”, temática que discutiremos mais adiante neste capítulo.

mais precisa da cura espiritual para alimentar a sua narrativa de vitória” (p.225). Em sua análise, o autor considera que a “conversão mágica” retirou Carlos efetivamente de uma situação extremamente arriscada de delinquência, e isso não pode ser desconsiderado. As reflexões críticas de Rocha e Torres (2011) são preciosas para compreender o lugar dessa “conversão” de Carlos pela religião, ao retirar de suas crenças e dos ritos mágicos a animação necessária para sustentar sua confiança no futuro.

No nosso estudo, Roberto, por sua vez, percebeu seus próprios limites de uma forma mais articulada à sua própria autocrítica, uma aprendizagem mais conectada ao que de fato define a sua condição humana no mundo (Rocha & Torres, 2011), assumindo a própria responsabilidade na situação que experimentava – diferente de Carlos, que a atribuiu a forças externas, pela influência de sua religião. Mas assim como Carlos, Roberto utilizou sua crença espiritual como recurso de enfrentamento de suas dificuldades. Frequentemente, a crença espiritual é utilizada como explicação para os *insights* sobre a própria história de adoecimento e de enfrentamento dos problemas – na programação de Alcoólicos Anônimos, a expressão utilizada para se referir a esses *insights* é *despertar espiritual*. A espiritualidade se torna, ainda, um recurso para aliviar a ansiedade e o medo diante do reconhecimento da falta de autocontrole do consumo de drogas e de suas consequências e ao deparar-se com o futuro incerto que o aguarda, quando decide construir uma outra forma de enfrentar a vida.

A programação do Alcoólicos Anônimos, embora não esteja vinculada a nenhuma doutrina religiosa específica, faz referência à dimensão espiritual da experiência dos seus participantes. O nome *Deus* está presente em vários passos, e os fundadores da irmandade tiveram o cuidado de utilizar as expressões *Poder Superior*, *Deus*, na forma como *O concebíamos* para se referirem ao sagrado na programação do A.A, em busca de uma posição mais ecumênica e menos teológica e cultural. Aos praticantes dos Doze Passos, propõem-se a confiança e a aproximação consciente de um *Poder Superior*. Como explica Mota (2004), para a irmandade de anônimos, a relação com o sagrado implica na crença de que um Ser superior poderia fazer aquilo que é impossível de ser realizado apenas pela força da vontade humana: um dependente não consumir álcool, a conquista da plenitude e da serenidade, a mudança de comportamento, etc. As reuniões são iniciadas e encerradas com a leitura da Oração da Serenidade²². O Alcoólicos Anônimos não tem como pré-requisito para a participação nas

²² Oração da Serenidade: “Concedei-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para distinguir umas das outras”.

reuniões a crença no *Poder Superior*. Para ser membro, a condição é que o sujeito queira parar de beber. Há ainda aqueles que acreditam que o *Poder Superior* é o próprio grupo e, assim, a causa de sua sobriedade.

Mota (2004) entrevistou membros da irmandade para sua tese de doutorado e apresenta o relato de um deles sobre a religiosidade, do qual destacamos um trecho quanto ao entendimento do significado do *Poder Superior*:

Religião significa re-ligar a pessoa a Deus. O A.A. é a única irmandade que religa o alcoólatra ao mundo no qual ele foi marginalizado. Não todos, mas a maioria tem condições de recuperar a parte principal que havia perdido: sua família. Então, religião não significa nada de Igreja. É uma forma de conduzir a pessoa que está perdida, a ovelha perdida para o contato, o convívio com as outras pessoas. E esse caminho só pode ser conduzido por uma Força Superior, e é aí que entra o Poder Superior. Alcoólicos Anônimos nunca diferenciou, ele nunca teve um Deus como Jesus Cristo, Jeová ou Buda. Isso porque sabemos que a doença do alcoolismo não escolhe classe social, sexo, raça. Assim qualquer pessoa pode ser membro de A.A e ter o seu Deus. O Deus força, o Deus energia, isso nós temos em abundância em Alcoólicos Anônimos. (p.102)

Na cultura dos grupos de mútua-ajuda, a experiência com o sagrado é nomeada como um *despertar espiritual*. Um dos entrevistados do nosso estudo, Eduardo, explica do que se trata. *Despertar* é descobrir ou encontrar o sentido espiritual de um fato ou de uma situação. Ele se refere ao seu aprendizado ao experimentar situações consideradas por ele como inimagináveis, improváveis, sustentando a continuidade do seu uso de substâncias após esse *despertar* como um comportamento incoerente com os acontecimentos que o afetaram em sua experiência subjetiva com o sagrado:

[Despertar espiritual] *eu tive alguns. Todas as formas que uma coisa vem de dentro para fora e você começa a entender o que está fora, é um despertar. Eu estava em uma reunião de N.A., e saímos para tomar um refrigerante. Todo mundo na lanchonete tomando cerveja, e o grupo nosso só tinha “nêgo” que antes virava tudo. Eu falei: “Que coisa louca, os caras mais loucos estão aqui bebendo refrigerante.” Eu cheguei em [sic] casa, ainda fazia tratamento na Comunidade, e deitei na cama, lendo um livro de N.A. Não sei o que aconteceu na hora, mas uma força muito superior a mim me levantou da cama e me fez ajoelhar perto da cama. Eu chorei muito, parecia que eu estava sendo liberto, não sei. Eu achei que era o Poder Superior que todo mundo fala no N.A. Está acontecendo alguma coisa muito diferente aqui na minha vida. Eu estava fazendo o terceiro passo, que é entregar a minha vida e a minha vontade à vontade de Deus. Foi tão forte que eu pensei, lembrei dos despertares espirituais que eu já tive, em relação ao meu problema com droga. Eu voltar a usar uma substância seria completamente contra tudo que eu aprendi de bom, de levar uma vida. Não dá para misturar mais. Essa oportunidade que eu tive, acho que Deus me colocou nesse negócio não foi à toa, não. Acho que tem um propósito (...).* (Eduardo, 42 anos)

Os primeiros membros do A.A. eram protestantes, de classe média e brancos, o que pode ter influenciado as concepções da literatura básica da irmandade. Apesar disso, o A.A. é considerado por seus membros como um grupo secular. A irmandade buscou fundamentar sua

espiritualidade na experiência individual com o sagrado, sem a legitimação de qualquer espécie de doutrina. Influenciados pelo pragmatismo filosófico de William James, a irmandade propõe uma experiência com o sagrado baseada nos sentimentos, nos atos e nas experiências consequentes ao relacionamento e à conexão do sujeito com o que ele mesmo considere divino (Mota, 2004).

Os Alcoólicos Anônimos foram também influenciados pela inspiração dos seus fundadores no Grupo Oxford. Após a Primeira Guerra, o Grupo Oxford surgiu como uma resposta revolucionária ao tentar reacender a fé viva em tempos de uma igreja institucionalizada. Reunidos em suas casas e em hotéis, sem laços institucionais, mas respeitando a autoridade da Igreja (Mota, 2004), as práticas do Grupo Oxford tinham como fundamentos o cuidado mútuo, valores como a honestidade, a pureza, o altruísmo, o amor, o autoexame, o reconhecimento de defeitos de caráter, a reparação dos danos causados e o trabalho em conjunto (De Leon, 2003). Tais preceitos inspiraram os fundadores do A.A. na redação dos Doze Passos. Um dos membros do Grupo Oxford já havia tentado ajudar o fundador do Alcoólicos Anônimos, sem sucesso. Posteriormente, depois de seu próprio *despertar espiritual*, foi sugerido ao Bill (fundador do A.A), quando em um momento de intenso desejo de beber, que conversasse com outro alcoólico, o Dr. Bob. Ambos foram profundamente afetados por essa experiência de troca mútua, desencadeando a missão de ajudar outros alcoólicos, o que resultou na fundação da irmandade.

No grupo de entrevistados do nosso estudo, muitos se referiram à dimensão espiritual como uma estratégia para lidar com as dificuldades e para explicar sua percepção da vida, seus posicionamentos com as pessoas e diante de seu adoecimento, além de sua esperança em um futuro diferente.

Na recuperação, eu acredito em despertar espiritual, é profundo, sou católico, mas não sigo nenhuma religião. O Pai de todos é Deus, a magnitude maior é ele. O despertar está no que faço e vivo de verdade, o que quero de verdade para as pessoas em volta de mim, na compreensão das coisas, das dificuldades das pessoas. O karma de qualquer dependente é a desorganização que a gente tem dentro da gente. [O despertar espiritual] é o que toca na gente, uma coisa muito maior que toca. [Pode ser] um amigo, que você consegue falar com outra pessoa as coisas profundas. Isso me ajuda, chora, treme... Deus age no outro, essa força maior que é Deus... Pemba [sic], gente que acredita até em pedra! Deus usou as pessoas nos momentos que precisei. Eu também ajudei pessoas, eu tenho certeza disso. A recuperação depende de nós, depende de mim e de você. Eu não dou conta sozinho. Duas pessoas podem ajudar quem está em dificuldade. Tem que acreditar. Isso tem feito diferença na minha vida, no meu cotidiano. (Roberto, 36 anos).

Como acredita que a sua condição de vida é também sua responsabilidade, com o subsídio de sua crença em Deus e com a solidariedade de outras pessoas, Roberto busca conduzir sua vida dia após dia; entre tropeços e acertos, segue caminhando. Apesar da sua injusta e desvantajosa situação de classe, dos riscos e da total incerteza em relação ao amanhã, ele não se culpa ou se sente um fracassado e sustenta, na experiência plena e verdadeira da vida (no sentido oposto à experiência de uma vida de ilusão), a expectativa de um futuro diferente, com oportunidades de realização pessoal. Como se estivesse na presença da “esperança encarnada”, diante de uma outra trajetória de vida em curso, ele mesmo, além de seus familiares e vizinhos, parece legitimar seu percurso de resistência a um destino previamente traçado.

Por um lado, sentir-se responsável por sua condição de vida restrita e limitada pelo abuso da droga pode individualizar a falta de perspectiva e a ansiedade socialmente produzidas, reafirmando o mérito individual na construção de outros desfechos e, assim, legitimando toda a desigualdade social à qual está submetido (Rocha & Torres, 2011); por outro lado, o desenvolvimento de uma postura crítica, perante a sua condição de fragilidade, instaura um processo de vitalização – nas diferentes dimensões física, afetiva, psicológica, intersubjetiva e cultural – que impulsiona sua vida, em um contexto de enfraquecimento gradativo do vigor das forças da relação desse sujeito com a droga, pelo reconhecimento da própria autonomia diante de “um desejo de ser, enquanto realização de potências próprias da vida de cada um” (Tiburi & Dias, 2013, p.23).

Na perspectiva que adotamos neste trabalho, assim como Neubern, inspirado em Otto (1917/2007), destacamos um campo subjetivo distinto: a experiência do sagrado. Nas palavras de Neubern (2010), “aquilo que é definido por uma tradição e pelo sujeito como divino, que se refere a uma experiência subjetiva que não se apreende pelas palavras, mas permanece na esfera do indizível no seio de um sistema de crenças ou de uma cultura” (p.264). Nem sempre essa experiência está vinculada aos rituais religiosos. O que nos interessa neste estudo é o quanto essa dimensão pode oferecer recursos de enfrentamento para os sujeitos que se percebem afetados por essa experiência com o sagrado. Como nos explica Neubern (2010),

um transe mediúnico, um ritual católico ou mesmo uma oração não necessariamente estão envolvidos com a experiência sagrada, porque podem consistir em práticas mecânicas configuradas muito mais com as trocas sociais de seus contextos do que com uma receptividade do sujeito para um encontro com o divino. Na experiência do sagrado existe algo que não se define, talvez por ser de uma esfera irracional como diria Otto (1917/2007) e mesmo assim é pleno de um poder organizador capaz de gerar um impacto profundo na vida do sujeito. Esse algo além, associado ao sentimento de divino (James, 1902/1987), arrebatava o sujeito em uma sensação de paz que parece transportá-lo para outro lugar de onde, por vezes, sai renovado. (p. 268)

Nesse sentido, a experiência com o sagrado, além de originar sentidos e significados inalcançáveis pela linguagem, costuma ultrapassá-los. Ligada ao emocional, atravessando a ética e a moral, suas consequências geralmente são “sensações descritas em termos de paz, totalidade e plenitude, que colocam o sujeito numa perspectiva diferenciada de compreensão do tempo, do espaço e de seu destino, numa felicidade e prazer corporal que parecem romper com as circunstâncias atuais” (Eliade, 1965, citado por Neubern, 2010). Frequentemente, tais experiências estão associadas aos processos de conversão religiosa ou de mudanças radicais de vida (James, 1902/1987).

A experiência espiritual pode oferecer os elementos para que os sujeitos construam narrativas sobre si e sobre o mundo, sobre temas existenciais fundamentais para o enfrentamento da vida – como o sofrimento, a morte, o trabalho, a convivência com outro ser humano –, articulando a dimensão espiritual aos seus processos emocionais em sua história pessoal e em sua ação social (Rey, 2007; Neubern, 2010). Vejamos o relato de Nilmar:

Para mim, espiritualidade é diferente de religiosidade. Antes eu tinha religiosidade. Foi durante o processo de recuperação que percebi que a espiritualidade vai além de uma crença ou um hábito. É a percepção de que há uma força, uma energia superior que harmoniza tudo e todos. Uma ordem natural das coisas. Não adianta eu querer controlar tudo e todos. Eu tenho que entender a lógica universal, que é simples... está dentro de nós, para me inserir nessa harmonia. A religiosidade é auxiliar, mas não é determinante nesse processo. É secundária. Não interessa sua religião se você não experimenta essa harmonia com essa força superior que nos rege. Na minha recuperação, a entrega nas mãos de Deus, terceiro passo da programação, foi um mantra que me ajudou no controle da ansiedade e no entendimento da lógica superior onde tudo tem seu tempo. O fruto tem seu melhor sabor no momento certo. Antes deste momento, ele pode ser amargo por estar verde. Depois deste momento, ele está ruim por estar maduro demais. A espiritualidade foi fundamental na minha recuperação devido à maturidade que adquiri no entendimento do mundo e do tempo das coisas. Reforçou minha experiência com a minha religião de escolha, a Umbanda, foi quando entendi que tenho todo o tempo do mundo, pois só o corpo morre, no espírito somos eternos. (Junior, 46 anos)

A construção de um sentido subjetivo (Rey, 2005, 2007) está interligada à experiência do sagrado, ou seja, à maneira simbólica e emocional como essa experiência repercute no sujeito. As situações podem ser configuradas pelo sujeito de outras formas, e os dilemas podem ser percebidos em diferentes intensidades emocionais. Outros valores e significados podem ser

conferidos aos fatos. Ao mesmo tempo, essa experiência agrega a complexidade dos modos de subjetivação de processos sociais, históricos, culturais e institucionais que a perpassam (Neubern, 2010).

[Na recuperação, a primeira habilidade que] *tive que desenvolver foi a da perseverança, o que antes era passageiro passou a ser duradouro. A recuperação tem que ser duradoura, né? Não sei dizer nem se a palavra certa seria habilidade, mas descobri que estava deixando de ser destemido e passando a ter temor de algumas situações, e principalmente do Poder Superior, quando passei a conhecê-lo melhor. Então, esse temor talvez possa ser considerado como uma habilidade. Mas, na minha opinião, a maior habilidade que consegui, acho que através da bondade de Deus, foi a Fé! Acreditar na recuperação, acreditar em grupos, acreditar nas pessoas, acreditar no tratamento clínico e principalmente acreditar em Deus.* (Gustavo, 41 anos)

A dimensão da espiritualidade parece oferecer uma perspectiva diferenciada em relação ao tempo das realizações dos projetos, funcionando para muitos dos entrevistados como um estímulo a se manter no processo – *persistência*, nas palavras de Gustavo – e um recurso para o enfrentamento da ansiedade, como afirmou Roberto anteriormente e nos sugere o relato de Nilmar a seguir.

Mas, de todas, a habilidade fundamental [para o enfrentamento da dependência química] foi a da paciência. Muitos dos meus projetos de vida, das minhas ideias, sentimentos e necessidades eram abortados devido a uma ansiedade enorme. Neste ponto, a espiritualidade foi fundamental. Ao encontrar uma religião em que me senti confortável, passei a entender que tempo é o que eu mais tinha. Na minha religião de escolha, a Umbanda, aprendi que a vida atual neste corpo é um capítulo da vida espiritual. Foi como se eu tivesse recebido mais prazo para todas minhas metas. Consegui tranquilizar minha mente e acreditar que há tempo para se fazer tudo. Isso foi fundamental no estabelecimento de confiança nos meus planos, nos cronogramas e metas. A espiritualidade também me auxiliou na compreensão do outro, na aceitação da condição humana. (Nilmar, 46 anos)

Assim como afirmamos sobre os grupos de mútua-ajuda, a experiência religiosa ofereceu fundamentos para que os sujeitos atribuíssem sentido ao investimento no futuro a partir de seu comportamento no presente. Emocionalmente, a experiência repercute nos sujeitos oferecendo um apaziguamento para a ansiedade, relacionada ao tempo de envolvimento nos planos pessoais para a própria vida e aos possíveis conflitos que perpassam as relações interpessoais. A espiritualidade e a religião ofereceram aos sujeitos entrevistados suporte para que sustentassem sua esperança no futuro e se mantivessem envolvidos com o enfrentamento da vida, imersos numa “cultura de recuperação da dependência química”.

6.4 Os “dependentes em recuperação” como uma comunidade de prática

A Comunidade Terapêutica (CT) e os grupos de mútua-ajuda Alcoólicos Anônimos (A.A.) e Narcóticos Anônimos (N.A.) podem ser considerados ricos contextos sociais, onde

experiências cotidianas se configuram enquanto práticas culturais, um campo fértil para se pensarem os processos de enfrentamento da vida a partir de uma condição de dependência química. O que os relatos dos sujeitos deste estudo evidenciaram é que ambos os contextos foram e ainda são experiências de aprendizagem, pelo fato de os saberes compartilhados e as práticas desenvolvidas estruturarem oportunidades de se aprender.

Além desses dois contextos, cujas fronteiras estão mais nitidamente marcadas pela sua organização e institucionalização formal, podemos identificar uma comunidade de prática “ampliada”, em termos de alcance e diversidade das situações e das experiências de aprendizagem que proporciona, que chamaremos aqui de comunidade dos “dependentes em recuperação”.

Foi na perspectiva analítica de Lave e Wenger (1991) que encontramos suporte teórico para compreender nossas observações sobre esses contextos de prática. Ao considerarem a aprendizagem como inerente a toda prática social, os autores analisaram a relação entre o aprender e a participação no mundo social – processo denominado por eles como *aprendizagem situada*. Para eles, a aprendizagem é um processo humano vital e inerente à experiência cotidiana, de interação com o mundo e, portanto, histórica e culturalmente construída. Nesse sentido, a dimensão social e interacional da aprendizagem seria atravessada por tensões, diálogos, negociações, mudanças, improvisos, invenções e relações de poder experimentadas nos grupos sociais nos quais nos engajamos, nos quais agimos, com os quais partilhamos e construímos histórias (Lave & Wenger, 1991; Bergo, 2011).

Mesmo não sendo organizada para a aprendizagem em um primeiro plano, a estruturação das práticas sociais, de alguma forma, regularia as relações, os recursos e os produtos envolvidos, assim como o acesso aos saberes. Na perspectiva de Lave e Wenger (1991), o caráter situado da atividade se daria em “cenários de aprendizagem” (*apprenticeship*), como apontou Bergo (2011), definidos como “cenários úteis para pensar-com” (*to think with*). O que os autores formularam, portanto, é uma teoria da aprendizagem como dimensão da prática social. Ao estudarem cinco contextos de aprendizado de ofícios, os autores desenvolveram sua argumentação teórica a partir da proposição de que a aprendizagem, além de estar *situada* na prática, *constitui* a prática social (Lave & Wenger, 1991). Esse posicionamento enfatiza o caráter relacional da produção do conhecimento, tanto pela negociação dos significados quanto pela natureza da atividade para os sujeitos envolvidos na prática social (Bergo, 2011). Trata-se, nesse sentido, de uma prática improvisada, sem

determinações *a priori* quanto à sua adequação. O currículo de aprendizagem não é planejado e fica evidenciado pelas oportunidades para se envolver com a prática.

Nas situações de aprendizado estudadas por Lave e Wenger (1991), não é a relação mestre-aprendiz que estrutura a aprendizagem, mas são as práticas de trabalho que têm essa função. Mestre e aprendiz são parte da organização da prática, pois, na perspectiva da abordagem situada, os saberes residem na própria organização, não estando centrados na transmissão do conhecimento pelo mestre e na aquisição pelo aprendiz. Daí propõem o conceito de **comunidade de prática**: “grupos sociais com os quais nos envolvemos e produzimos uma coerência de ações e objetivos” (Bergo, 2011, p.52). O que caracteriza a comunidade de prática é a participação cooperativa dos sujeitos em atividades, partilhando recursos e objetivos. O que dá ritmo ao processo são as atividades desenvolvidas na comunidade e a própria participação do sujeito, flexibilizando a relação dos envolvidos com o tempo e com o espaço e, de maneira mais abrangente, permitindo a construção de uma identidade em relação às comunidades (Smith, 2003).

Como salientam Lave e Wenger (1991), a comunidade de prática não são grupos bem definidos, coesos, com fronteiras claras e identificáveis. O termo *comunidade de prática* não tem natureza classificatória ou normativa dos grupos sociais. Trata-se de uma possibilidade descritiva de uma rede de relações e dos contextos de participação social dos sujeitos, cujas vidas se entrelaçam nesses contextos de ação dos quais participam. A *comunidade de prática* é, portanto, um conceito que nos auxilia a dimensionar e a descrever algumas práticas sociais. Tentando evitar distorções do conceito, Lave e Wenger estabeleceram dimensões que tornam perceptíveis o contorno de uma comunidade de prática, conforme mencionado por Bergo (1991):

- a existência de uma iniciativa ou missão conjunta: que passa pela negociação, pelas responsabilidades que se assumem em conjunto, pela semelhança das interpretações feitas, dos ritmos encontrados e das respostas locais construídas;
- o engajamento mútuo: que assume formas diversas, mas que permitem que sejam realizadas iniciativas em conjunto, e onde as relações, a complexidade social e a manutenção da comunidade de prática são aspectos que precisam ser considerados;
- o repertório partilhado: que se consolida e cresce com o tempo através das histórias que se vivem e relatam, dos estilos que se vão identificando, dos artefatos e instrumentos comuns elaborados e utilizados, das ações levadas a cabo, dos acontecimentos históricos partilhados e interpretados conjuntamente, assim como os discursos e conceitos partilhados e reconhecidos como pertencendo àquela comunidade específica. (p.54)

Ao proporem a aprendizagem situada como um processo de interação em um grupo social, Lave e Wenger (1991) reafirmam o aprender como um fenômeno relacionado não apenas a um único indivíduo. Dessa forma, temos o conhecimento como um processo contextualizado e conectado às práticas sociais, diferentemente da proposta do conhecimento como um produto. Aprendizagem e participação nas comunidades de prática estão intrinsecamente relacionadas. Ao realizarem as tarefas conjuntamente, independentemente do modo como participam, esses sujeitos sabem, compreendem, aprendem e ainda desenvolvem outras maneiras de melhorar o que fazem – são inventivos e criativos –, tanto nas relações intragrupo quanto nas relações da comunidade com a sua rede social (Bergo, 2011).

Consideramos assim que, quando sujeitos que experimentam o percurso do uso de drogas até o desenvolvimento da dependência química decidem reavaliar o seu modo de enfrentar a vida a partir dessa condição – processo denominado por eles como “recuperação” – esse grupo pode ser compreendido como uma comunidade de prática. De um ponto de vista um pouco mais abrangente, podemos entender que a Comunidade Terapêutica e os grupos de A.A. e N.A., dos quais os sujeitos do nosso estudo participaram, também são exemplos de comunidades de prática. Ao mesmo tempo, o A.A. e a Comunidade Terapêutica, aliados a outros contextos diferentes, formam uma comunidade de prática “ampliada”, assim como outros grupos de dependentes envolvidos em outras abordagens de tratamento, outros grupos de ajuda-mútua voltados para essa temática, aqueles grupos de dependentes que estão cuidando de si frequentando igrejas e outras denominações religiosas. Esse conjunto de práticas sociais delimitaria a comunidade dos “dependentes em recuperação”, como esses sujeitos costumam se nomear. Os sujeitos em recuperação formam uma comunidade de prática pelo conjunto de relações que seus membros estabelecem entre si, com as atividades partilhadas entre si e com o mundo, e, no mais, como uma experiência de aprendizagem através dessa prática. Eles possuem uma cultura própria, objetivamente expressa, com estruturas de significados socialmente estabelecidos (Geertz, 1989) e práticas cotidianas que os singularizam, com um vocabulário peculiar, uma *linguagem da recuperação*, como ressaltou Mota (2004): despertar espiritual, só por hoje, mente-aberta/mente-fechada, autopiedade, entre outras. Palavras e jargões utilizados pela comunidade de prática.

Tanto na CT como no grupo de anônimos, por exemplo, os iniciantes aprendem gradativamente, na medida em que sua participação aumenta em engajamento e complexidade. Lave e Wenger (1991) nos ensinam que se trata de uma aprendizagem periférica, um processo de reconhecimento progressivo do sujeito como membro da comunidade de prática. Nesse

percurso, o iniciante sai de uma posição periférica para se tornar um participante pleno de uma determinada prática. Para os autores, a legitimação da participação do sujeito pelos pares é fundamental para que a aprendizagem ocorra. É a legitimidade que dá acesso às oportunidades de experiências de aprendizagem. A *participação periférica legitimada* explica um argumento central da abordagem situada: a aprendizagem é entendida como um processo evolutivo de pertencimento, de ser membro e de se tornar como os outros membros (Bergo, 2011). Esse processo não está relacionado à aquisição de saberes, à memorização de procedimentos ou fatos. A aprendizagem está relacionada aos diferentes modos de participação na comunidade de prática – da periférica à participação plena –, com níveis de engajamento variados, norteando diferentes condições de domínio e de acesso aos saberes construídos e circulantes nesses contextos.

Assim como Bergo (2011), entendemos que tais práticas não pressupõem uma dicotomia entre uma plena harmonia entre os envolvidos na comunidade versus a desordem de outros contextos. No âmbito de uma abordagem situada da aprendizagem, é fundamental compreendermos os processos de produção/reprodução das comunidades de prática como historicamente construídos, inacabados, conflituais, sinergeticamente estruturantes dos seus propósitos e das interações entre os participantes, estando em jogo, portanto, relações de poder (Bergo, 2011, p.53). O conceito de participação periférica legitimada implica relações que envolvem estruturas sociais de poder. Não se trata de uma *posição* central e outra periférica. A proposta dos autores é de uma *dinamicidade*, que marca níveis de engajamento do sujeito e de abertura da comunidade como uma forma de ter acessos diferenciados aos recursos, de acordo com o grau de envolvimento com a prática social. A mudança da participação periférica para a central na comunidade de prática tem como regulador a legitimação e o acesso aos saberes. Além disso, a mudança na forma de participação implica mais comprometimento e responsabilidade com a comunidade, o que não significa que a aprendizagem se dê em um ritmo homogêneo (Lave & Wenger, 1991). Ela está em constante interação com a experiência nas oportunidades de participação, pois, como afirma Bergo (2011), prática e aprendizagem são mutuamente constitutivas.

Outro aspecto apontado pelos entrevistados diz respeito à necessidade de *normas a serem seguidas* para o enfrentamento da vida, como afirma Nico (44 anos). Ele se refere a uma espécie de “roteiro”, uma referência que os orientaria sobre como agir e interagir no cotidiano da vida. Segundo os entrevistados, a própria dinâmica da prática e da participação nas comunidades criou esse “roteiro” ao organizar as oportunidades de aprender. Lave e Wenger

(1991) se referem a essa prática social – com suas atividades e linguagem próprias, rituais específicos, relações de poder, diferentes níveis de acesso aos saberes circulantes, diferentes níveis de comprometimento e responsabilidade como membro da comunidade de prática – como sendo *recursos estruturantes da aprendizagem na prática*. Por sua natureza situada, os recursos são constitutivos da própria prática desenvolvida em um mundo estruturado. No entanto, na aprendizagem situada, a “estrutura” tem uma natureza dinâmica e não é planejada *a priori*. Nas palavras de Bergo (2011), “a ‘estrutura’ é o resultado das circunstâncias em que as ações acontecem. São as contingências da própria prática que, ao regularem a participação das pessoas, produzem as estruturas, que, por sua vez, dão contornos à aprendizagem” (p.68). Trata-se, portanto, de um processo dinâmico, variável e flexível.

Essa dinamicidade das estruturas distingue uma prática que pode ser considerada improvisada, já que a aprendizagem não conta com um currículo pré-definido, determinando uma prática adequada (Lave & Wenger, 1991). No entanto, reconhecer que as estruturas são necessárias para a aprendizagem não nega o princípio de que a estrutura precisa ser reconfigurada em um contexto local, em circunstâncias situadas.

Apesar de reconhecerem a natureza improvisada do aprender, Lave e Wenger (1991) apontam níveis de organização e subdivisão da aprendizagem nesse movimento da participação periférica para a plena – denominado por eles como *currículo de aprendizagem*. O termo currículo na abordagem situada se refere às oportunidades de aprender pelo engajamento na prática. A própria comunidade cria, a cada interação, um caminho/currículo para a aprendizagem. Nessa perspectiva, não há conclusão nem competências objetivas que permitam avaliar os progressos obtidos,

o que se deve aprender não é conceptualizado como um corpo perfeitamente coerente e unificado de regras e conhecimentos, como algum tipo de doutrina sobrecodificada e imposta de cima. O conjunto dos saberes é reunido ao longo dos anos até que adquira uma densidade suficiente para que com ele se possa fazer alguma coisa. (Goldman, 2005, p. 205)

Os sujeitos entrevistados neste estudo explicitaram a influência dos diferentes níveis de participação e de identificação com as práticas desenvolvidas nas comunidades de prática com a maneira como enfrentam suas vidas. O aprender na CT e no A.A/N.A. se deu pela participação, pelas experiências vividas coletivamente, em um fazer compartilhado. Foi o envolvimento nas atividades que gerou a possibilidade de aprendizagem, evidenciando o *currículo de aprendizagem* dessas comunidades de prática: auxiliando e orientando os novatos, participando das atividades cotidianas da CT e dos rituais e das celebrações, assumindo

responsabilidades pelo cuidado do ambiente comunitário, frequentando as reuniões e trabalhando os Doze Passos, ajudando voluntariamente os grupos de anônimos e assumindo cargos na irmandade, por exemplo.

Apesar da flexibilidade do processo, o aprender em comunidades de prática não está livre de condicionamentos (Bergo, 2011). Durante o grupo de discussão, um dos participantes com menos tempo de envolvimento no processo de recuperação (um novato) apresentou seus argumentos fundados nos programas de Doze Passos dos grupos de anônimos, defendendo sua decisão de não frequentar shows musicais pelo risco de que essa situação desencadeasse a retomada do consumo de álcool, com base na sugestão – tomada por ele como determinação – de que se deveria “evitar pessoas, hábitos e lugares” ligados ao consumo de substâncias para não recair no uso. Esse episódio desencadeou um longo debate sobre as condutas sugeridas na programação e o direcionamento das ações dos sujeitos²³. E culminou na conclusão de que os sujeitos se apropriam do saber que circula nas comunidades de prática de maneira diferenciada, ao longo do seu período de envolvimento com o grupo e com as situações cotidianas que requeiram esse saber. No grupo de discussão, os entrevistados argumentaram que, com o tempo de recuperação, as sugestões da programação são referências menos utilizadas como norteadoras exclusivas das condutas e os sujeitos passam também a empregar estratégias construídas a partir de outras experiências, como a religião, por exemplo.

Assim como há diferentes formas de participar, há também diferentes níveis de aprendizagem. Sob a legitimação da própria comunidade de prática, é o iniciante quem regula o ritmo do seu processo. Mas veteranos e novatos se percebem como eternos aprendizes, independentemente do tempo de engajamento na comunidade, mesmo sabendo que o tempo é um importante balizador das experiências desses sujeitos.

Canguilhem (2012) nos auxilia a compreender essa eterna aprendizagem ao propor a vida como uma atividade normativa contra tudo o que trouxer um sentimento de impotência e de impossibilidade de lidar com o meio – *uma vida contrariada* –, como a dos sujeitos do nosso estudo. É com o tempo que o uso de álcool e outras drogas passa a ser percebido pelos sujeitos como um problema a ser cuidado. “Enquanto modificação global da conduta, a doença é indissociável da restrição da capacidade de ação. (...) Uma impossibilidade interna do organismo de atualizar seus possíveis, obrigando-se assim a viver em contrariedade”, como

²³ Nos grupos, essas condutas ou maneiras de lidar com as situações são sugeridas, mas a brincadeira revela a força da sua prescrição entre os membros: “é sugerido, mas não faz pra você ver”, afirmam.

afirmou Safatle (2015, p.347). É a consciência da experiência da doença *para o sujeito* que inaugura o patológico. O que nem sempre significa a consciência do próprio sujeito que sofre no momento, mas se refere a todos aqueles que um dia sofreram para que o saber médico pudesse construir o seu olhar.

Longe de ser uma proposta subjetivista, Canguilhem (2012) individualiza a saúde ao questionar um padrão socialmente normatizado e as conformações a um conjunto predeterminado de regularidades. A vida, para esse filósofo, é mais do que evitar problemas e conservar-se. Ela é procura, enfrentamento dos riscos, é uma atividade normativa. O sujeito age selecionando a partir de valores,

(...) um tipo de julgamento que, ao invés de apelar necessariamente à consciência, pode apelar aos afetos, às sensações e aos modos de afecções. Tal atividade valorativa pressupõe a capacidade de estabelecer relações, de comparar contextos em vista ao fortalecimento da vida (...). (Safatle, 2015, p.343)

Na relação do sujeito com o vício, como nos apontam Tiburi e Dias (2010), não são o sexo, a droga ou o ato de comprar em si que se tornam um problema. Não é a repetição por si só que torna o sujeito um viciado. Nem o vício pode ser definido como uma decisão. No vício, “o que está em jogo é sempre a relação entre quem usa e o que é usado” (p.43). Nesse sentido, para transpor o vício, é preciso abolir a potência de uma relação; no nosso tema de estudo, a relação do sujeito com a droga. Nas palavras das autoras:

A relação de que se trata no vício é aquela estabelecida entre um sujeito e um objeto confundindo os lugares de um e outro no processo de aniquilação do sujeito. O vício de alguém em algum objeto é, na verdade, uma relação viciada ao nível de um círculo vicioso entre sujeito e objeto. (Tiburi & Dias, 2010, p.44)

Na experiência da dependência química, utilizando sua capacidade valorativa de estabelecer relações, o sujeito percebe que a droga, em alguns momentos da vida, é objeto do seu investimento vital e, em outros, assume um lugar ativo, ou seja, a droga assume o lugar do sujeito e sobre o sujeito. Dessa maneira, o sujeito torna-se objeto do seu objeto, num processo de assujeitamento (Tiburi & Dias, 2010). As autoras reconhecem que, nessas situações, os sujeitos cancelam suas relações com outras dimensões da vida. A droga assume o lugar de um “objeto absoluto”, em outras palavras, “o centro da totalidade da própria experiência vivida” (p.77).

O que as experiências dos sujeitos participantes deste estudo evidenciam é que a potência da relação com a droga foi questionada por eles. Vygotski definia a consciência como

a experiência vivida de uma experiência vivida. Ao reconhecerem sua fragilidade, seu assujeitamento, eles se mostram combativos e, ao mesmo tempo, fragilizados. Nesse enfrentamento da realidade se envolvem num movimento de transformar a doença em um novo meio de existir, “na metamorfose de uma experiência vivida em meio de viver outras experiências e, finalmente, a transfiguração de um paradoxo experimentado em história possível, de uma vivência em um meio para agir” (Clot, 2010, p.113). A saúde faz a doença adquirir uma outra função na vida do sujeito ao se tornar oportunidade de aprendizagem pelo aperfeiçoamento conjunto da experiência e da consciência, do intelecto e do corpo. Tudo depende do modo como o sujeito desenvolve sua saúde e sua doença: se pelo “desenvolvimento da história da doença na história do sujeito”, ou se pelo “desenvolvimento da história do sujeito na doença” (Clot, 2010, p.114).

A doença se torna fonte de combatividade, de potência para o enfrentamento da vida, quando o sujeito encontra, em conjunto com os outros – seus pares –, recursos de compensação em uma experiência coletiva e plural onde possa se inserir. Nossa tese é de que essa experiência para os dependentes se dá na comunidade de prática dos “dependentes em recuperação”. Clot (2010) se inspira em Vygotski para afirmar que, se no início essa experiência com a comunidade é um meio para o sujeito atingir o objetivo – para os sujeitos do nosso estudo, o objetivo de não usar drogas –, “esses recursos exteriores se transformam, potencialmente, em fontes: esse comportamento coletivo ativa e suscita funções psíquicas próprias, ele é igualmente fonte de criação de formas de comportamento totalmente novas” (p.115).

Mota (2004) recorreu à teoria da dádiva de Marcel Mauss para explicar a filosofia dos grupos de mútua-ajuda e o seu modo de funcionamento. Baseando-nos em seus argumentos, podemos compreender a potência das relações estabelecidas nas comunidades de prática dos “dependentes em recuperação”. Mota argumenta que as relações no A.A. estão fundadas no dar-receber-retribuir e na reciprocidade moral e espiritual. Nesse sentido, ao associar-se e participar dessa comunidade de prática, o dependente disponibiliza seu tempo e sua pessoa, entrelaçando a significação da dádiva à sua ação associativa.

O paradigma da dádiva se contrapõe ao do individualismo, cujos valores seriam o egocentrismo, a competição e o status, associados à liberdade para consumir. No individualismo, a relação entre os indivíduos é mediada por coisas, como o dinheiro, que se tornam o centro do processo de socialização. Em outra perspectiva, a dinâmica paradigma da dádiva não segue princípios lineares e quantificáveis. Não se funda também em estatutos

jurídicos ou em obrigações. A dádiva assume uma outra lógica, fundada numa multiplicidade simbólica, que coloca as relações de interesse material em uma posição secundária no processo de socialização, como o que acontece no A.A. O que direciona a ação na irmandade e, como propomos, o que sustenta uma outra relação de potência antes vinculada ao objeto-droga não é a relação puramente material. A dádiva está alicerçada em práticas de convivência livres de condicionamentos utilitários, privilegiando outros aspectos e interesses, como a amizade, a aliança, o sentimento de amor, a solidariedade e o prazer e/ou criatividade, sobre os interesses instrumentais e sobre a obrigação ou compulsão (Mota, 2004).

O ciclo da dádiva se efetiva em três momentos: no dar, no receber e no retribuir. Sem negar os interesses a ela associados, mas enfatizando que a lógica daqueles não é a mercantil, por ocupar uma posição secundária na relação entre os sujeitos. É o que circula entre os sujeitos em prol do vínculo, do elo, do laço social, da relação. Como nos explica Mota (2004) ao se referir aos grupos de mútua-ajuda:

Em suma, definimos a dádiva como uma relação de reciprocidade que visa à produção de um endividamento mútuo e positivo entre doador e donatário, um ciclo de trocas que tem como principal objetivo a otimização do vínculo social. Tais permutas se caracterizam num regime misto de interesse e desinteresse, liberdade e obrigação. (...). Logo, a dádiva só opera na medida em que produz um vínculo, em oposição às relações de mercado, que enfatizam a dissolução do laço social por meio da quitação da dívida. Não é a falta de obrigações que caracteriza a dádiva, e sim a ausência de cálculo. (p.157)

Concordamos com Mota: a sobriedade é o bem inalienável que o dependente alcança nas comunidades de prática e que só encontra sentido quando partilhado com aqueles que dela necessitam. Como consequência, esse engajamento nas comunidades de prática traz o desenvolvimento subjetivo e a ampliação do raio de ação do sujeito, antes limitado, reduzido e impedido – “vida contrariada” (Canguilhem, 2012) e “experiência enjaulada” (Larrosa, 2012), como já defendemos ao longo de nossa tese. Nas palavras de Clot (2010), “a saúde é um sentimento de vida reencontrado” (p.116).

Esse reencontro se efetiva pela retomada da conexão do sujeito com suas experiências. O desenvolvimento da consciência se sustenta na transformação da experiência psíquica e na metamorfose do passado: de objeto vivido a meio para viver o presente e o futuro. Como explica Clot (2010):

Nesse trânsito entre duas situações, nesse deslocamento do vivido – que tendo sido objeto torna-se meio – é que esse mesmo vivido desprende-se da atividade, torna-se disponível para a consciência, além de enriquecer-se com propriedades do novo contexto. Tomar consciência não consiste, portanto, em reencontrar um passado intacto pelo pensamento, mas, sobretudo, em revivê-lo e fazê-lo reviver na ação presente, para a ação presente. (p.222)

Um organismo completamente adaptado e fixo está adoecido por não ter flexibilidade para lidar com as contingências da vida. Ser flexível é ser capaz de se mover. A norma da vida é a sua capacidade de se movimentar e mudar continuamente de norma. É o que nos ensinam os veteranos e os novatos da comunidade de prática dos “dependentes em recuperação” ao se considerarem eternos aprendizes.

No entanto, esse movimento não é determinado pelo exterior, como nos aponta Safatle (2015). Poderíamos nos perguntar por que há propriamente “normatividade” nessa capacidade de entrar em movimento. Talvez porque mover-se implica, para o organismo, tanto ter a percepção de deslocar-se quanto deixar-se ou não se mover. Não apenas saber-se saindo de um ponto a outro, mas valorar tal movimento, querer se deslocar, tomar para si a fonte do movimento. Caso não houvesse tal valoração vinda do organismo, caso não houvesse alguma forma elementar de implicação intencional produzida pelo julgamento, ou, ainda, caso não houvesse uma função implicativa expressa pelo organismo, teríamos um movimento completamente determinado pelo exterior e os organismos seriam simplesmente estruturas condicionadas.

Nesse sentido, não há reversibilidade, embora haja reparações e inovações. “A nova saúde não é a saúde de outrora, nem a recuperação de normativas anteriores” (Safatle, 2015, p.353). Por tudo isso, os sujeitos não se recuperam da dependência química, mas a enfrentam, correm riscos, produzem valores e agem, selecionando a partir desses valores. Safatle explica esse enfrentamento: o domínio do perigo é consequente da experiência de deixar-se dominar por perigos sucessivos. Isso implica em um desequilíbrio constante, que transforma o risco em operador do desenvolvimento. Os sujeitos do nosso estudo, ao longo das entrevistas, referem-se, em vários momentos, a esse processo de gerenciamento dos riscos. Roberto usa uma expressão muito comum entre os dependentes para se referirem ao gerenciamento dos impulsos, da vontade e dos hábitos que consideram como uma manifestação da doença: *se contrariar*. Seu relato sobre a experiência de enfrentamento de sua condição de dependência química, com seus entraves e progressos, e sobre o seu modo de vida construído a partir dessa trajetória descreve o seu movimento de inovar-se, de produzir valores, de ser normativo:

[Na recuperação] a pessoa tem que se contrariar para fazer o bem pra ela mesma, para viver satisfatoriamente em qualquer ambiente que ela estiver, ter hábitos saudáveis, buscar uma religião, um grupo de mútua-ajuda, viver na sociedade de uma forma diferente do que vivia, não fazer o mal, não mentir. O adicto, ele sofre todo dia a desilusão de que não vai dar certo. Ele vive isso todo dia. Isso pega no calcanhar de Aquiles. Mas tem que desenvolver essa capacidade de se contrariar. (...). Então, eu vivo cada dia me contrariando: não posso, não devo, é melhor pra mim. É [sic] os “evite e procure”. Não beba, evite lugares e pessoas. É importantíssimo isso, e fundamentar isso, ter opção de escolha e viver com isso. Não se isolar da sociedade. Mas por opção viver de um modo diferente, e isso eu vivo hoje, graças a Deus. Ter a sabedoria de entender qual é o lugar que eu ocupo hoje. Como pessoa, o que eu quero ser, qual é a imagem quero mostrar hoje? Pra mim não deu, não dá hoje, acabou, não dá pra eu me envolver mais com isso. É isso que é uma pessoa em recuperação: se contrariar, ter a arte de se contrariar. (Roberto, 36 anos)

O sujeito saudável é aquele que age e reage à inevitável instabilidade do meio, fruto do seu devir e da sua historicidade. A vida se dá em um tempo contínuo. As contingências estão relacionadas entre si e reconfiguram as possibilidades do sujeito, redefinindo a história de cada um. As respostas do sujeito dependem do seu presente e da sua história (Safatle, 2015). Por tudo isso, podemos afirmar que o sujeito que enfrenta a vida e que tem na sua história a experiência da dependência química está em constante aprendizagem, seja ele novato ou veterano na comunidade de prática de “dependentes em recuperação”.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões que desenvolvemos ao longo desta tese foram orientadas pela nossa experiência profissional como terapeuta ocupacional clínica, o que, por sua vez, configurou o nosso olhar para a experiência dos dependentes químicos. Foram orientadas igualmente pelas leituras e discussões, principalmente, de Canguilhem (2012), Larrosa (1998, 2015), Rey (2007, 2015), Mota, (2004), Lave e Wenger (1991) e Clot (2010), as quais utilizamos no nosso diálogo com o campo de pesquisa.

Com base nas narrativas biográficas dos participantes desta pesquisa e na nossa experiência profissional, compreendemos que o movimento chamado por eles de *recuperação* era o de *enfrentar* a vida, no sentido de encontrá-la, sofrê-la, experimentá-la e confrontá-la. Perceber a vida como uma experiência significa deixar-se afetar pelas relações que se estabelece com o pensamento, consigo mesmo, com o outro, com o mundo, com a linguagem, com o que se diz e se pensa, com o que se era, com o que se é e o que se faz. “A vida é a experiência da vida, nossa forma singular de vivê-la”, afirmou Larrosa (2015, p.174).

Nesse sentido, o adoecer que enfrentavam fazia parte do viver. Inspiradas por Canguilhem (2012) e por Larrosa (2012), compreendemos a saúde e a doença desses sujeitos como um processo relacionado à capacidade deles de agir e reagir ao que percebiam ameaçar suas vidas. Eles se sentiam convocados a enfrentar o próprio sofrimento ao percebê-lo como uma limitação. Ao mesmo tempo, combatê-lo significava produzir saúde, pois lhes dava a oportunidade de instituir suas normas vitais – ser normativo –, valorar seus comportamentos e até mesmo transformar o seu modo de vida. Ao responderem ao que lhes sucedia ao longo da vida e pelo modo como conferiam sentido a esse processo, eles construíram um “saber da experiência”. Dessa forma, esses “sujeitos da experiência” constituíam sua existência, sua personalidade, seu caráter, sua particularidade, sua estética, sua ética, enfim, sua humanidade.

Um dos maiores desafios nesta tese foi “compreender a compreensão” dos dependentes químicos sobre seu enfrentamento: o modo como experimentavam seu processo de adoecimento; como enfrentavam sua vida e suas dificuldades; quais recursos e estratégias desenvolveram para lidar com o seu cotidiano. Além disso, os saberes, os afetos e os sentidos que eles atribuíram a essa experiência de enfrentamento nos pareciam muito peculiares. Mesmo estando implicada de alguma forma na cultura dos “dependentes em recuperação”, ao trabalharmos com eles cotidianamente – não somos *nativa*, como nos escritos antropológicos,

mas nos sentimos como fazendo parte da *aldeia* dessa comunidade –, captar e traduzir o agir e o contexto deles para uma linguagem acadêmica colocou-nos diante de impasses.

Ao tentarmos capturar o fazer-saber dos dependentes, compreendemos que os conceitos, as abstrações e as ideias que desenvolvemos e as palavras que escrevemos não eram espelhos fidedignos dos fenômenos vividos, mas apenas se aproximavam da realidade que esses sujeitos experimentavam. A experiência deles era muito mais rica do que a nossa síntese em palavras. Relacionamos o que Larrosa (1998) diz sobre a infância à nossa posição como pesquisadora: a alteridade da dependência química é radical, pois é a absoluta heterogeneidade em relação a nós – e aos demais que não são dependentes químicos como nós – e ao nosso mundo. A diferença era absoluta. Como enigma, a experiência dos dependentes químicos sempre nos escapou, nos inquietou, nos questionou, ao nos remeter a um vazio de saber e de poder. No desenvolvimento da tese, esse enigma convocou-nos a uma posição de escuta, de iniciativa, disponibilidade e abertura, para que pudéssemos ser sujeitos da nossa experiência de pesquisar. As palavras de Larrosa (1998) nos ajudaram a compreender o desafio de sermos sujeitos da experiência: se o que percebêssemos nos remetesse a nós mesma, seríamos “sujeitos do reconhecimento”, pois teríamos ido ao encontro do que queríamos, do que sabíamos, do que imaginávamos, do que necessitávamos, do que desejávamos e do que esperávamos; teríamos sido “sujeitos da apropriação” se tivéssemos convertido tudo o que encontramos no campo a nosso modo; e só seríamos “sujeitos da experiência” se estivéssemos disposta a enfrentar o outro enquanto outro, disposta a perder e a nos deixar transformar pelo nosso encontro com o desconhecido.

Na perspectiva dos dependentes químicos, a oportunidade de narrar e compartilhar a própria experiência ofereceu-lhes a possibilidade de estabelecer outras conexões entre sua história e seus conflitos pessoais, familiares e sociais, suas escolhas e percursos ao longo da vida. Os outros participantes também puderam, de alguma maneira, se apropriar e se permitir serem afetados pela experiência do outro, num encontro com a alteridade (Gaulejac, 2009). Além disso, ao narrarem e re-conhecerem sua experiência, esta se tornou material para novas experiências, se tornou um recurso de enfrentamento de outras situações para esses sujeitos. Transmitir a experiência é desenvolvê-la, e esse movimento, ao mesmo tempo, ampliou o poder de ação desses sujeitos (Clot, 2010). Para Roberto (33 anos), os grupos de discussão ofereceram um espaço de proximidade entre dependentes que experimentaram a *recuperação* em suas vidas, na prática cotidiana. Ele percebeu o grupo não como mais um recurso para o

desenvolvimento do seu processo de enfrentamento, mas como um grupo de produção e legitimação de saberes:

O caminho da recuperação é o mesmo, mas cada um vive [esse caminho] de uma forma, porque uma pessoa é diferente da outra, a vivência, o contexto e as pessoas com quem ela vive [são diferentes]. Trocamos muita experiência. A minha experiência de recuperação é baseada na dos outros. Não que eu faça igual, mas eu me espelho na deles. Eu fiquei mais próximo das pessoas que participaram [do grupo de discussão]. (...). Depois de lá, eu e Gutierrez ficamos conversando e chegamos à conclusão de que poucas vezes na nossa vida a gente teve uma experiência daquele jeito, com tanta profundidade. Bill e Bob [fundadores do A.A] trocaram experiência desde que começaram a parar de beber, e, de uma certa forma, com o tempo fomos evoluindo nessa troca. (Roberto, 33 anos)

Diante da riqueza da experiência deles, tentando escutar o que eles tinham a dizer, percebemos que o sofrimento deles era a dor do existir. Se um dia o uso da droga tinha ocupado um lugar de entorpecimento, de prazer, de alívio das angústias, de diversão, que poderia ser entendida até mesmo como uma saída para uma condição desfavorável para a vida, chegou um determinado momento em suas trajetórias em que o abuso lhes denunciou um limite: o limite do corpo, o limite afetivo, o limite social e moral. Entre os dependentes há uma frase que sintetiza – ou pelo menos tenta sintetizar – a experiência de perceber que a saída se tornou um “beco sem saída”. Eles dizem: *o que era remédio, virou veneno*. O reconhecimento de uma vida limitada a um mesmo modo de lidar com as situações, tendo a si mesmo como referência, inaugurou para esses sujeitos sua patologia, como nos ensinou Canguilhem (2012). Impotentes diante de um sofrimento concreto que impedia o movimento do acontecer da vida, limitados a uma maneira de existir centrada no consumo de substâncias, reduzidos em sua capacidade de operar ajustes normativos diante de experiências que anunciavam a finitude e o risco da morte, esses sujeitos foram provocados a pensar e a agir.

Os recursos que os dependentes desenvolveram para agir e enfrentar sua condição de vida foram aprendidos em três contextos: no modelo comunitário de tratamento, nos grupos de mútua-ajuda e na espiritualidade/religião. Ao longo da tese, compreendemos como esse processo de engajamento nesses contextos sociais ofereceram um campo rico em práticas culturais para experimentarem situações de aprendizagem sobre o enfrentamento do adoecer, como parte do movimento da vida. Uma vez que esses sujeitos reconheceram que tinham problemas, eles iniciaram um processo de compreensão e reflexão sobre sua trajetória pessoal e a relação de sua condição de vida, da qualidade de suas interações pessoais e com o mundo naquele momento, com o uso que faziam de álcool e outras drogas. Teve início um processo gradativo de compreensão crítica da própria existência.

O modelo comunitário de tratamento – ou Comunidade Terapêutica – ofereceu a esses dependentes um cotidiano repleto de oportunidades de se observarem e a outras dependentes. Esse cenário favoreceu o autorreconhecimento de como lidavam com suas emoções, como se comunicavam, como realizavam as atividades cotidianas e como toda essa experiência repercutia subjetiva e objetivamente. Dessa forma, eles ativamente enfrentavam suas dificuldades e rompiam com o isolamento cognitivo e afetivo no qual estavam imersos pelo uso continuado e abusivo de substâncias (Mata 2008; Viana, 2004). Ao mesmo tempo, todo esse contexto de ruptura e enfrentamento oferecia elementos ressensibilizadores, oportunidades de experimentarem outras maneiras de lidar com o cotidiano e de estarem no mundo; de ampliarem a percepção da realidade e de estabelecerem outras e novas conexões entre os fatos e as situações. Nesse sentido, quem se sentia como um inútil e incapaz, ao participar de uma assembleia, experimentava perceber-se como construtivo, importante e solidário ao ajudar outros dependentes com seus problemas. Isso os fazia se sentirem vinculados, pertencentes e coesos com um grupo de pares que buscavam juntos um outro modo de lidar com a vida e, ainda, perceber a mudança em curso de sua forma de agir no mundo. Os dependentes experimentaram ainda o afeto, a hospitalidade, a confiança, o acolhimento, a segurança física e psicológica, a esperança, o ambiente de intimidade familiar, além de todos os conflitos e dificuldades inerentes a uma vida coletiva. Aqueles que percebiam as mudanças de comportamento e de valores em outros dependentes experimentavam a reafirmação da possibilidade de eles mesmos agirem de um modo diferente, da pluralidade do que eram e do que poderiam vir a ser. Por tudo isso, o modelo comunitário de tratamento ofereceu a esses sujeitos um contexto de aprendizagem pessoal e social e de enfrentamento das vulnerabilidades.

Os grupos de mútua-ajuda – Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos – foram considerados pelos entrevistados como outro importante cenário de aprendizagem. Por se tratar de uma instituição que oferece uma alternativa ao tratamento com profissionais especializados, conferindo legitimação à experiência dos próprios dependentes, a participação e o engajamento com a irmandade tornaram-se, durante um período da vida desses dependentes entrevistados, um motivo para continuarem no processo. A capilaridade da irmandade, que favorece a acessibilidade aos grupos, sua consistência ao longo dos anos em diferentes culturas, sua forma acolhedora e simples de receber quem tem o desejo de parar de usar álcool e outras drogas e redimensionar a própria vida favorecem a participação dos dependentes nos grupos de mútua-ajuda. Pelo sentimento de pertencimento, pelo elo entre os sujeitos, pela oportunidade de ajudar outros dependentes e de servir à irmandade, de ser grato, receber e retribuir a ajuda recebida –

semelhante à dádiva proposta por Marcel Mauss: dar-receber-retribuir, nas palavras de Mota (2004), a dádiva da sobriedade –, esses sujeitos desenvolveram recursos para o enfrentamento de sua condição de vida. Experimentaram e ampliaram o seu repertório de ação: pela experiência da paciência, da solidariedade, da disciplina, da alteridade, da abertura a outros modos de pensar, do discernimento, do companheirismo e do compromisso pessoal com outro modo de vida.

Pelas narrativas e discussões em grupo, compreendemos a importância da experiência desses sujeitos com a dimensão temporal. No período de consumo compulsivo e repetitivo de drogas, a experiência era a do imediatismo, da instantaneidade, diferente da percepção do tempo como uma sucessividade. É como se a vida fosse um eterno hoje a ser vivido em infinitos instantes, sem uma perspectiva de extensão, de duração e de encadeamento. Essa experiência repercute no sujeito na forma de ansiedade, impaciência, inconstância, instabilidade, impulsividade, hiperatividade, impactando seu registro da temporalidade e do espaço, o que, por sua vez, pode trazer outras consequências subjetivas, na dinâmica da memória, das lembranças, da experiência, da história pessoal e da humanidade (Mariz, 2004) e na sua crença nas possibilidades do futuro (Souza, 2012).

Nesta tese compreendemos que os grupos de mútua-ajuda foram utilizados pelos sujeitos para alimentarem sua confiança no futuro. Ao compartilharem suas experiências de vida e transmitirem um saber, os veteranos no grupo ofereceram uma referência de possibilidades a serem realizadas. Esse processo deu sentido e legitimidade à experiência dos sujeitos envolvidos com a irmandade, sustentando a vinculação dos sujeitos ao seu patrimônio cultural – que destacamos em nossa tese, a partir dos relatos dos próprios sujeitos, como o modo de vida dos “dependentes em recuperação”. Esse vínculo ou elo cultural entre sujeitos com uma experiência comum, sem delimitação predeterminada ou prescrita por nenhuma instância a não ser pelo próprio sujeito, prolongou o sentido da duração do tempo, trazendo uma outra perspectiva dessa dimensão para esses dependentes.

Outro aspecto desenvolvido nos grupos de mútua-ajuda esteve relacionado à experiência de ser uma referência para os iniciantes, de se tornar um exemplo para outro dependente. Essa identificação afetiva tornou real e presentificou a possibilidade futura do iniciante nos grupos, reforçando a potência dos caminhos de enfrentamento escolhidos pelos veteranos e que poderiam ser igualmente escolhidos por alguns sujeitos em algumas situações. O veterano podia ser percebido como o que já era agora o que o novato poderia se tornar. Essa experiência

reafirmava que, com o tempo, o retorno pelo empenho do sujeito recompensaria o seu investimento em si mesmo e na irmandade.

A experiência da espiritualidade/religiosidade também foi compreendida pelos dependentes como uma possibilidade de aprendizagem sobre o enfrentamento da vida e de situações difíceis. Nesta tese, alguns dos sujeitos atribuíram sentido à sua própria história de adoecimento e de enfrentamento das dificuldades através da espiritualidade ecumênica do A.A., aliviando o medo e a ansiedade diante do reconhecimento do próprio descontrole em relação ao consumo de álcool e outras drogas e da incerteza em relação ao futuro decorrente da escolha por um outro modo de vida. A irmandade recomenda uma experiência com o sagrado baseada nos sentimentos, atos e experiências consequentes ao relacionamento e à conexão do sujeito com o que ele mesmo considere divino (Mota, 2004).

A experiência com o sagrado – nomeada como um *despertar espiritual*, referindo-se à descoberta e ao encontro com o sentido espiritual de um fato ou uma situação – foi compreendida pelos entrevistados como um marco subjetivo coerente com outro modo de viver, sustentando a razoabilidade da interrupção do consumo de drogas, seu posicionamento com as pessoas e diante do seu processo de enfrentamento e sua esperança em um futuro diferente. A experiência com o sagrado pode originar e ultrapassar os sentidos e os significados muitas vezes inalcançáveis pela linguagem. Nesse sentido, o sujeito experimenta a paz, a totalidade, a plenitude, outras compreensões da dimensão temporal, do espaço e do futuro. São experiências emocionais atravessadas pela ética e pela moral, pela felicidade e pelo prazer. Oferecem elementos para as narrativas sobre si e sobre o mundo, sobre temas humanos fundamentais: o sofrimento, o trabalho, a convivência, o tempo, a vida e a morte. As situações puderam então ser configuradas e percebidas de outra maneira, com outra intensidade emocional e a partir de outros valores e significados. A espiritualidade e a religião ofereceram aos sujeitos entrevistados suporte para que investissem no futuro pelo seu comportamento no presente e, assim, para que sustentassem sua esperança e se mantivessem envolvidos com o enfrentamento da vida.

Inspirada nessa perspectiva, a experiência singular dos dependentes químicos evidenciou-nos um processo de aprendizagem situada (Lave & Wenger, 1991) e contínua desse enfrentamento. Ao conferir um sentido à sua trajetória de *recuperação*, esses sujeitos elaboram um fazer-saber pela experiência (Larrosa, 2015; Jorge, 1995). Nesses cenários de aprendizagem – a Comunidade Terapêutica, os grupos de mútua-ajuda e as práticas religiosas e de

espiritualidade –, denominados *comunidades de prática*, eles compartilharam saberes e modos de agir que redimensionaram suas maneiras de viver. Todo esse percurso dos “*dependentes em recuperação*” levou-nos a compreendê-los como uma comunidade de prática (Lave & Wenger, 1991) pelo envolvimento cooperativo desses sujeitos com um grupo social, com o qual produzem uma coerência de ações, partilham recursos e objetivos, permitindo inclusive uma identificação com a comunidade.

A *aprendizagem situada* (Lave & Wenger, 1991) destaca o saber pela experiência cotidiana de interação com o mundo, histórica e culturalmente construído. Enfatiza a natureza relacional da produção do conhecimento ao negociar significados e, ainda, pela característica socializante das atividades. A dimensão social e interacional da aprendizagem seria atravessada por tensões, conflitos, mudanças, imprevistos, invenções e relações de poder, compreendidos como um cenário fértil para a aprendizagem.

A aprendizagem situada em comunidades de prática, como a Comunidade Terapêutica e os Alcoólicos Anônimos, se dá gradativamente na medida em que aumenta o engajamento do dependente nas atividades do grupo. Nesse movimento, um iniciante ou novato sai de uma posição periférica, em termos de participação, para uma posição como participante pleno em uma determinada prática da comunidade. Há um processo de legitimação entre os pares, entre os novatos e os veteranos, que dá acesso aos iniciantes às oportunidades de aprendizagem. Lave e Wenger (1991) denominam esse processo evolutivo de pertencimento como *participação periférica legitimada*.

Este estudo mostrou que veteranos e novatos nas comunidades de prática se percebiam como eternos aprendizes nessa trajetória de enfrentamento da vida. Isso implicava uma capacidade continuada de julgamento dos contextos dos quais esses sujeitos faziam parte. As comunidades de prática ofereceram possibilidades para outros engajamentos – envolvimento e “des” envolvimento – que têm a força de abalar a potência da relação do sujeito com a droga, quando isso se torna um vício para eles (Tiburi & Dias, 2013). Combativos e fragilizados pelo reconhecimento do sofrimento e da condição de assujeitamento, através da participação desses dependentes nas comunidades de prática, eles se envolveram num movimento de transformar a experiência vivida em um meio para agir em outras experiências. A doença se tornou oportunidade de aprendizagem, fonte de combatividade e de potência para o enfrentamento da vida.

Identificamos ainda, nesses sujeitos, um sentimento de reencontro com a vida, pela retomada que eles fizeram da conexão com suas experiências. E mais ainda, eles valoraram o movimento de se deslocarem e de tomarem para si a responsabilidade por esse movimento, num exercício de normatividade e de enfrentamento, que tem produzido o seu devir, a sua história.

Toda a riqueza da experiência dos dependentes químicos no enfrentamento da vida denuncia a enorme variabilidade do fenômeno da *recuperação como enfrentamento* e de sua natureza social. Muitas vezes, a dependência química é compreendida como um problema sem solução, uma condenação que faz do seu enfrentamento um “milagre”. Larrosa (1998) discute as circunstâncias de realização daquilo que é possível, do que é impossível e do que é necessário. Ele se refere ao possível como menos do que o real, mas que não está em desacordo com ele. O impossível seria o que tem probabilidade zero. E o necessário teria uma probabilidade infinita de acontecer.

O possível seria aquilo cuja probabilidade se pode calcular, depende do saber sobre a realidade e do modo como esse saber é capaz de calcular as regularidades no real, em termos de sua maior ou menor probabilidade. O possível é ainda o que *pode* ser real, isto é, que depende do nosso poder. As relações com o possível são sempre relações de poder: o poder faz o possível se mover em relação ao real e o possível pode se tornar real dependendo do alcance do nosso poder. Dessa maneira, Larrosa conclui: “As duas dimensões do possível o remetem, deste modo, ao saber e ao poder: é possível o que sabemos que pode acontecer, e é possível o que podemos converter em real” (Larrosa, 1998, p.80). Nossa tese demonstrou que o enfrentamento da dependência química é uma realidade possível. A experiência compartilhada entre os dependentes nas comunidades de prática sobre as mudanças no modo de vida que os levaram a enfrentar sua condição de sofrimento, a encontrar uma saída no que parecia ser um “beco sem saída”, trouxe-lhes um saber sobre o que era possível acontecer e ser convertido em real. Nesse sentido, ampliou o poder de agir (Clot, 2010) desses sujeitos no seu presente e no seu futuro.

Se “o que nasce começa sendo impossível e termina sendo verdadeiro”, segundo Larrosa (1998, p.79), consideramos que nossa tese reafirma a possibilidade de o enfrentamento da dependência química ser um campo para a investigação científica. As lacunas de nossa tese apontam outros campos de pesquisa, são limites que anunciam possibilidades futuras.

A complexidade do fenômeno do uso de substâncias psicoativas, de álcool e outras drogas pelo ser humano na modernidade torna ricas as possibilidades de pesquisa, mas, ao

mesmo tempo, desafiadoras. Como lidar metodologicamente com o entrelaçamento de tantas dimensões envolvidas – orgânicas, psicológicas, sociais, políticas, econômicas, históricas e culturais – nessa temática? Como alcançar a experiência subjetiva da trajetória do uso de drogas para o abuso até ao desenvolvimento da dependência química? Em quais circunstâncias um sujeito deixa de ser um usuário para se tornar um abusador de drogas e depois um dependente? Esse desafio se torna evidente na imprecisão da definição diagnóstica do transtorno da dependência química pela psiquiatria, com poucos critérios mais facilmente identificáveis – como a tolerância e a síndrome de abstinência, sinais orgânicos –, mas que não alcançam as outras dimensões envolvidas. Quais domínios da vida precisam ser cuidados pelo sujeito para que o enfrentamento seja uma realidade para as populações em diferentes condições sociais? Considerando os diferentes caminhos para o enfrentamento e que esta tese aponta apenas alguns deles através das comunidades de prática, como se daria o processo dos dependentes que enfrentam suas dificuldades sem participarem de práticas sociais em conjunto com seus pares, ou seja, os que lidam com a dependência química sozinhos, sem a ajuda de profissionais ou de grupos de mútua-ajuda? Quais são as repercussões a longo prazo do processo de enfrentamento na vida dos dependentes e de suas famílias? Como as experiências de enfrentamento dos dependentes poderiam ser utilizadas para a organização dos serviços de tratamento e das políticas públicas sobre drogas, envolvendo a sociedade como um todo nesse debate tão importante?

Sem a pretensão de oferecer respostas definitivas, dada a natureza exploratória geral do nosso estudo, e considerando as peculiaridades da experiência do enfrentamento da dependência química desses sujeitos, muitas outras pesquisas sobre essa temática ainda precisam ser realizadas para podermos alcançar resultados generalizáveis, pela exposição e compreensão da recorrência dos modos de interação envolvidos nesse processo.

Nossa experiência pessoal e profissional com esses sujeitos, como clínica-pesquisadora, fez-nos deparar ao longo do nosso caminho com algumas de nossas sombras e profundidades, nossos recantos, precipícios e esconderijos, refúgios e santuários, com nossas trajetórias de pertencimento, com nossos impedimentos, nossos limites e nossas possibilidades, com situações de morte e de vida, de amor e de esperança, conosco mesma e com o nosso mundo particular, onde habitamos. Diante deles e da nossa incongruente e complexa dimensão humana, compreendemos que “haverá sempre um além, que a palavra falhou em alcançar ao buscar traduzir a vivência em experiência e esta em narratividade” (Prochet, 2012, p.13). Saímos dessa

experiência de pesquisar e desse encontro com esses sujeitos e conosco mesma, profundamente afetada na nossa forma de compreender o existir.

REFERÊNCIAS

- Alcoólicos Anônimos (2015). Recuperado em 01 de maio de 2016, de <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/informacoes-em-geral>
- Amado, G. (2005). Implicação. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy (2005), *Dicionário de Psicossociologia* (Maria do Rosário Paiva Boléo, trad.). Lisboa: CLIMEPSI.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (Nascimento, M. I. C. et al trad.). Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-8271-088-3
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). *Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje*. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24-34.
- Barros, V. A. & Lopes, F. T. (2014). Considerações sobre a pesquisa em História de Vida. In E. M. Souza (Org.), *Metodologias e análises qualitativas em pesquisa organizacional*. Vitória: EDUFES, 1, 41-64.
- Ramos, H. (2003). Neurose na infância não é nenhum bicho-papão. In M. A. M. Fernandes (Org.), *Quando uma criança precisa de análise?* (pp. 75-86, Coleção 1ª Infância). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bastos, F. I., Bertoni, N. (Org.) (2014). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ.
- Benjamin, W. (1994) O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In W. Benjamin, *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (pp.197-221). São Paulo: Brasiliense.
- Bergo, R. S. (2011). *Quando o santo chama: o terreiro de umbanda como contexto de aprendizagem na prática*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Best, D. (2010a). *Digesting the evidence*. Glasgow: The Scottish Drugs Recovery Consortium.
- Best, D. et al. (2010b). *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*. Scotland: Scottish Government Social Research
- Birman, J. (2006). *Os arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2014, agosto). Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora*, 12, (número especial), 23-37.
- Bonadio, A.N (2010). *O processo de reabilitação psicossocial de dependentes químicos: estudo qualitativo em uma residência terapêutica*. Tese de Doutorado, Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- Bonadio, A. N. (2011). Reabilitação psicossocial. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 267-273). Porto Alegre: Artmed.
- Canguilhem, G. (2012). *O normal e o patológico* (7ª ed., Barrocas, M. T. R. C., trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A. & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*. 45(6), 1168-1175.
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. (Série Trabalho e Sociedade). (Freitas, G. J., Vianna, M. M. Z., trad.). Belo Horizonte: Fabrefactum.
- De Leon, G. (2003). *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- De Leon, G. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy [Versão eletrônica]. *Journal of Substance Abuse Treatment: Commentary*, 26, 163-165.
- De Leon, G. (2010). The Therapeutic Community: a recovery-oriented treatment pathway and the emergence of a recovery-oriented integrated system. In Yates, R. & Malloch, M.S. (ed.). *Tackling addiction: pathways to recovery*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Demo, P. (2002, jul-dez). Cuidado metodológico: signo crucial da qualidade. *Sociedade e Estado*, 7(2), 349-373.
- Department of Behavioral Health and Intellectual Disability Services (DBHIDS). (2005). *An integrated model of recovery-oriented behavioral health care*. Philadelphia: DBHIDS.
- Duarte, P. C. A., Stempliuk, V. A. & Barroso, L. P. (Org.). (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD.
- Edwards, G. & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1(6017), 1058-61.
- Fonseca, C. (2005, maio-agosto). Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 50-59.
- Galenter, M. (1997). Spiritual recovery movements and contemporary medical care. *Psychiatry*, 60, 211-23.
- Gaulejac, V. (2009). O sujeito face à sua história: a démarche “romance familiar e trajetória social”. In N. M. Takeuti & C. Niewiadomski (Org.). *Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas*. Porto Alegre: Sulina.
- Gaulejac, V. (2014). *A neurose de classe: trajetória social e conflitos de identidade* (Medina, M. B. trad., Takeuti, N., col.). São Paulo: Via Lettera.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- Goldman, M. (2005). Formas do saber e modos do ser: observações sobre multiplicidade e ontologia no Candomblé. *Religião e Sociedade*, 25(2), 102-120.
- Graciani, M. S. S. (2005). *Pedagogia social de rua: análise e sistematizações de uma experiência vivida*. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire.
- Groh, D. R., Jason, L. A. & Keys, C. B. (2008). Social network variables in Alcoholics Anonymous: a literature review. [Versão eletrônica]. *Clinical Psychology Review*, 28, 430-450.
- Grossi, F. T. (2000). As drogas e a contemporaneidade. In I. Bahia, O. Cirino & F. Grossi (Org.). *Psicóticos e Adolescentes: porque se drogam tanto?* Belo Horizonte: CMT.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P. & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno de Saúde Pública*, 27(11), 2263-2270.
- James, W. (1987). The varieties of religious experience. In B. Kuklick (Org.), *William James: writings 1902-1910* (pp. 1-477). New York: Literary Classics of the United States. (Original publicado em 1902).
- Jorge, R. C. (1990). Relação terapeuta-paciente (Notas introdutórias, parte 2). *Cadernos de Terapia Ocupacional*, ano II, 2.
- Jorge, R. C. (1995). *Psicoterapia ocupacional*. Belo Horizonte: GES.TO.
- Kalina, E. & Kovadloff, S. (1980). *Drogadicção: indivíduo, família e sociedade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Kalina, E. & Kovadloff, S. (1999). *Drogadicção hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.
- Kehl, M. R. (2009). Temporalidade e experiência. In M. R. Kehl, *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Koenig, H. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Oxford: University Press.
- Kuladharini, D. (2010). Recovery in the project: a south east alternatives journey. In Yates, R. & Malloch, M. S. (Ed.), *Tackling addiction: pathways to recovery*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Larrosa, J. B. (2002, jan-abr.) Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 9-28.
- Larrosa, J. (2015). *Tremores: escritos sobre experiência* (Antunes, C., Geraldi, J. W., trad.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Laudet, A. B., Morgen, K. & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life: satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcohol Treatment Quarterly*, 24(1-2), 33-73.

- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from de recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229-241.
- Laudet, A. B., Flaherty, M. T. & Langes, D. (2009). *Building the science of recovery*. Pittsburgh: Northeast Addiction Technology Transfer Center (NeATTTC).
- Laudet, A. B. (2013, apr.). *Life in recovery* (Report on the survey findings). Washington, DC: facesandvoicesofrecovery.org.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mariz, D. (2004, outubro). A dimensão antropológica da terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional, GES.TO*, Ano XVI, 1, 37-46.
- Marlatt, G. A. (Col.). (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed.
- Mata, C. C. (2008). *O trabalho na comunidade terapêutica: fonte de recuperação do dependente químico*. Belo Horizonte: Terra da Sobriedade.
- Miller, W. R. & Rolnick, S. (1999). *Entrevista motivacional*. Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde (MS) (2003). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2011). *O desafio de trabalhar com famílias de alto risco social: uma abordagem sistêmica* (Spada, S. M., trad.). São Paulo: Roca.
- Mori, V. D. & Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 140-152.
- Moreira, A. B. (2013). *Clínica e resistência: a medicina filosófica de Georges Canguilhem*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Moreira, F. G., Haiek, R. & Silveira, D. X. (2008). *Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes - PROAD*. Recuperado em 19 de janeiro de 2014, de www.proad.unifesp.br/pdf/artigos/rd_proad.pdf.
- Mota, L. A. (2004). *A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. (Coleção Alternativa). São Paulo: Paulus.
- Mota, L. A. (2007). *Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?* (Coleção Questões Fundamentais da Saúde, 12/ Pessini, L. coord.) São Paulo: Paulus.
- Neubern, M. S. (2010). Psicoterapia e religião: construção de sentido e experiência do sagrado. *Interação Psicol.*, 14(2), 263-273.
- Otto, R. (1917/2007). *O sagrado: os aspectos irracionais do divino e sua relação com o racional*. Petrópolis: Vozes.

- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2004) Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *J Health Psychol*, 9(6), 713-730.
- Payá, R. (2011). Terapia familiar. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp.319-327). Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, L. C., Jesus, I. S., Barbuda, A. S., Sena, E. L. S. & Yarid, S. D. (2013). Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Revista Bioética*, 21(2), 365-74.
- Peres, J. F. P. & Nasello, A. G. (2005). Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. *Rev Psiq Clin*, 32(4), 189-201.
- Peres, J. F. P., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G. & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of Religion and Health*, 46(3), 343-350.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (2), 569-580. Recuperado em 01 de abril 2016, de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- Pharo, P. (2011). *Philosophie pratique de la drogue*. (Coleção Doki-Doki). Ed. CERF. ISBN: 9782204093026.
- Cegalla, D. P. (2005). *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Rey, F. G. (2005). *O social na psicologia e a psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Rey, F. L. G. (2007, primeiro semestre). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico cultural. *Psicologia da Educação*, 24, 155-179.
- Rey, F. G. & Bizerril, J. (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UNICEUB.
- Rey, F. G. (2015). A saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In F. G. Rey & J. Bizerril, *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília: UNICEUB.
- Ribeiro, H. L. & Bogar, M. (2011). Espiritualidade e dependência química. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Org.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M. & Marques, A. C. R. (2012). Diagnóstico clínico e motivacional. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Org.), *O tratamento do usuário de crack* (2ª ed., pp. 211-225). Porto Alegre: Artmed.
- Rinaldi, D. L. & Bursztyjn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60 (2). Recuperado em 10 de abril de 2016, de <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>.

- Rocha, E. & Torres, R. (2011). O crente e o delinquente. In J. Souza, *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG.
- Rodrigues, D. S., Backes, D. S., Freitas, H. M. B., Zamberian, C. et al. (2012, jan-maio). Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(5).
- Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de George Canguilhem. *Scientiae Studia*, 9(1), 11-27.
- Safatle, V. (2015). Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errâncias. *Scientiae Studia*, 13(2), 335-67.
- Sant'Anna, D. B. (2011). *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Schaurich, D. R., Backes, D. S., Freitas, H. M. B., Zamberlan, C., Gelhen, M. H., & Colomé, J. (2012). Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1247-1258. Recuperado em 25 de março 2015, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500018>
- Schenker, M. (2008). *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. (Coleção Criança, Mulher e Saúde). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Simão, M. O. & Smaira, S. I. (2013). Abordagem familiar na dependência de crack, álcool e outras drogas. In Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], *Capacitação para comunidades terapêuticas – conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas*. Brasília: SENAD.
- Soares, J. C. R. & Camargo Jr., K. R. (2007, jan-abr.). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78.
- Souza, J. (2011). *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Souza, J. (2012). *Os batalhadores brasileiros: a nova classe média ou nova classe trabalhadora?* Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). *SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery*. Recuperado em 20 de fevereiro de 2015, de <http://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
- Sudbrack, F. (2001). Terapia familiar sistêmica. In S. D. Seibel e A. Toscano Jr. (Ed.), *Dependência de drogas* (pp. 403-416). São Paulo: Atheneu.
- Takeuti, N. & Niewiadomski, C. (2009) Introdução. In N. M. Takeuti & C. Niewiadomski (Org.), *Reinvenções do sujeito social: teorias e práticas biográficas*. Porto Alegre: Sulina.
- Tiburi, M. & Dias, A. C. (2013). *Sociedade fissurada: para pensar as drogas e a banalidade do vício*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Thom, B. (2010). Women in recovery. In R. Yates & M. S. Malloch (Ed.), *Tackling addiction: pathways to recovery*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Touraine, A. (2006). *Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje*. Petrópolis: Vozes.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODOC). (2009). *Da coerção à coesão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição*. Viena: Escritório das Nações Unidas.
- Vargas, E. V. (2001). *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de "drogas"*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Vaz, H. C. L. (1991). *Antropologia filosófica I*. (Coleção filosofia 15). São Paulo: Loyola.
- Viana, C. (2004). O desafio da reinserção social do dependente químico. *Cadernos de Terapia Ocupacional, GES.TO, Ano XVI, 1, 47-100*.
- Viana, R. G. V. (1993). *Ser ou não ser: educação preventiva do uso de drogas*. São Paulo: Loyola.
- Viana, R. G. V. (2004). O uso do trabalho como tratamento do dependente químico. *Cadernos de Terapia Ocupacional, GESTO, Ano XVI, 1, 47-100*.
- White, W. & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care, 3(1-2), 21-61*.
- White, W. (2001). Pre-A.A: alcoholic mutual aids society. *Alcoholism Treatment Quarterly, 19(1), 1-21*.
- White, W. (2007) Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33, 229-241*.
- White, W. L. & McLellan, A. T. (2008). Addiction as a chronic disease: key messages for clients, families and referral sources. *Counselor, 9(3), 24-33*.
- White, W. L. (2013). State of the New Recovery Advocacy Movement. *Amplification of Remarks to the Association of Recovery Community Organizations at Faces & Voices of Recovery Executive Directors Leadership Academy*. Dallas, Texas. Recuperado em abril de 2016, de www.williamwhitepapers.com.
- Yates, R. & Mallock, M. S. (Ed.). (2010). *Tackling addiction: pathways to recovery*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Zanella, A. V. (2005, maio-ago). Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia e Sociedade, 17(2)*. DOI: 10.1590/S0102-71822005000200013.
- Zanella, A. V., Reis, A. C., Titon, A. P., Urnau, L. C. & Dassoler, T. R. (2007). Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. *Psicologia e Sociedade, 19(2), 25-33*.

Zanella, A. V. (2014). Sobre como inventar um método e algumas de suas armadilhas. *Revista Polis e Psique*, 4(2), 173-187.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

Data: _____/_____/_____

Iniciais do nome: _____ idade: _____

Sexo: () F () M

- 1- Qual era a sua idade quando usou droga ou álcool pela primeira vez? _____. Qual substância você usou primeiro? _____
- 2- Você se considera em recuperação? () sim () não
- 3- Há quanto tempo você está em recuperação? _____
- 4- Marque a frase que melhor define, de acordo com a sua opinião, o que é recuperação:
 - () uso moderado/controlado de qualquer droga e álcool.
 - () abstinência de sua droga de preferência e algum uso de outras drogas e álcool.
 - () abstinência de todas as drogas (incluindo maconha) e algum uso de álcool.
 - () abstinência de álcool e qualquer outra droga.
- 5 - Como você define a recuperação do uso de álcool e outras drogas?
- 6 – Qual é o seu objetivo pessoal, considerando o seu uso de álcool e/ou de drogas? Marque dentre as respostas abaixo:
 - () uso moderado/controlado de qualquer droga e álcool.
 - () abstinência de sua droga de preferência e algum uso de outras drogas e álcool.
 - () abstinência de todas as drogas (incluindo maconha) e algum uso de álcool.
 - () abstinência de álcool e qualquer outra droga.
- 7- Se você considera que estar em recuperação tem um lado bom, qual seria ele?
- 8 – “A recuperação é um processo contínuo que nunca termina”. Qual sua opinião em relação a afirmação acima:
 - () discordo totalmente () discordo parcialmente () concordo parcialmente
 - () concordo totalmente

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA BIOGRÁFICA

- Nome/idade/estado civil/escolaridade/família atual
- Família de origem/histórico do uso de drogas
- Crenças familiares sobre o uso de drogas (como lidam/apoio/suporte)
- Como a família lida com o estar em recuperação
- Início do curso do adoecimento, da experiência de iniciar um processo de recuperação e do modo de vida atual
 - Entender a maneira como tem gerenciado sua vida, seu cotidiano
 - Como define a recuperação da adicção
 - Como entende o papel da abstinência do uso de drogas nesse processo
 - Caminhos da história de vida dos entrevistados para construir sua própria recuperação: o ambiente psicossocial, as possibilidades e os potenciais individuais e sociais, recursos socioculturais e seus obstáculos
 - A influência da história comunitária nos padrões de consumo de drogas, nos caminhos e marcos da recuperação
 - As características individuais desenvolvidas e os contextos sociais em que vivem (ex: a presença ou a falta de recursos/condições materiais – moradia, transporte, cuidados com a saúde e meios de comunicação)
 - Como tem participado da vida social (ex: a presença ou a falta de relacionamentos e atividades significativas, de escolhas, de serviços e relacionamentos com outras pessoas)
 - Como se dá a interação entre os fatores pessoais e sociais que poderiam inibir ou limitar o processo de recuperação, assim como os recursos internos e externos desenvolvidos para iniciá-lo, mantê-lo e ampliá-lo.

APÊNDICE C

ENTREVISTA BIOGRÁFICA

Entrevistado: Nico

Nico, 44 anos, é o terceiro filho de uma família de classe média baixa. Seu pai era libanês e sua mãe brasileira. Ele é casado, tem quatro filhas, reside com a esposa e a filha caçula. Usou substâncias psicoativas pela primeira vez aos 9 anos de idade, oferecida pelo pai durante uma festa de Natal.

Foi meu pai quem me deu. Era Natal, foi um vinho que a gente brindou no Natal. O primeiro passo que a droga chega é pela própria cultura de brindar, uma forma de alegria, a família toda junta. É como chega, na [sic] maior parte das casas está o álcool presente, só que eu tomei tudo de uma vez. Meu pai é libanês, na cultura dele não é legal. Meu pai não tem o hábito de beber. Minha mãe já tem. Dois irmãos da minha mãe já são alcoólicos, morreram de cirrose. Três tiveram cirrose, um nem bebia.

O álcool estava presente nos encontros semanais da família. Sua mãe era *muito festeira*, e o pai, que não costumava beber por ser libanês, mudava de humor nesses encontros familiares. Nico observava que aquele que nunca sorria ficava alegre: *Nunca vi ele [sic] sorrindo, quando sorria, era porque estava junto do pessoal. Muito por isso, eu bebi um copo inteiro, que queria beber para ficar alegre como o meu pai ficava. (...). Foi uma forma que eu descobri para socializar*. Nas festas da família, Nico bebia os restos dos copos com os primos e dormiam mais cedo.

Aos 12 anos, Nico se mudou para o norte do país com sua família. Lá sua mãe descobriu que estava com câncer, e isso se tornou o outro foco da atenção familiar, além do cuidado de uma irmã portadora de necessidades especiais. Nico tinha muita raiva dessa situação. Considerava que não houve atenção por parte de sua família às suas dificuldades da adolescência, de crescer e assumir responsabilidades para as quais se sentia despreparado. O desejo da mãe de morrer em Minas trouxe parte da família de volta, dois anos depois, enquanto o pai permaneceu no norte do país trabalhando. Mesmo assim, eles não conseguiram manter o mesmo padrão socioeconômico, e sua família teve que administrar essa nova situação financeira.

Em Minas, o primeiro conselho do irmão foi para que Nico não usasse drogas: *faça o que você quiser, mas não use drogas. Aqui todo mundo usa*. Nico desconfiava que o irmão usava, e ele tinha curiosidade para conhecer outras substâncias além do álcool. Quando assistiu

a um filme sobre o tema, recomendado para sensibilizá-lo para que ele não usasse drogas, o que mais lhe chamou a atenção não foram os malefícios do uso, mas a superação da dependência química da personagem principal do filme.

Me [sic] indicaram o filme “Cristiane F – drogada e prostituída” como um filme para eu não usar. Mas eu adorei, principalmente no final, quando ela se superava. Eu estava precisando de uma superação na vida. Eu achei que eu poderia entrar na droga e sair, e falar: superei. [A dificuldade a ser superada] era de lidar com as pessoas, eu era covarde, eu apanhava muito, corria de brigas, eu apanhei muito porque eu não reagia. Tinha muita raiva disso. Tanto é que, quando eu saí da adolescência, eu era o que mais batia nos outros, virei superagressivo. A droga me ajudou nisso, quando eu comecei a usar droga, as pessoas tinham medo de mim. Os caras que me batiam pararam de bater, falavam: “Ah, ele usa droga.” E não me batiam mais, virou uma defesa.

Nico passou a tomar xarope de forma abusiva, na época, aos 14 anos. Depois usou maconha e cocaína. Ele considerava que a solução das suas dificuldades era *ficar doido, aliviar*. E também, ao usar, se sentia em destaque entre os amigos.

As pessoas tinham medo de quem usava droga. (...). Eu tinha uns amigos muito perigosos, e as pessoas tinham medo. Inclusive, na medida em que eu fui evoluindo na droga, as minhas amizades pioraram. Eles eram muito agressivos, violentos, eu tinha vários amigos assassinos. Eu caí muito para a violência. (...). A minha necessidade de ser bandido era por medo e covardia. (...). Por eu ser muito covarde, eu uso a violência, [apesar] de não querer brigar, de não gostar de bater, acho que posso resolver no diálogo, sempre acreditei nisso. Só que isso não adianta na adolescência. Não funciona para eles. Para mim, foi o jeito que eu fui educado pelos meus pais. Aí eu tive uma curiosidade muito grande de usar a droga, e quando eu usei me anestesiou.

Nico tinha amigos que usavam drogas, mas que não se envolviam em conflitos violentos – eram os *intelectuais* – e outros do tráfico. Nessa época, ele também começou a escrever poesia e romance, que, segundo ele, foram premiados. Com os amigos do tráfico, começou a vender drogas aos 17 anos.

A minha casa era o “point”, meu pai deixava eu fazer o que eu quisesse no meu quarto, para eu não ser preso na rua. E isso foi muito ruim, me prejudicou bastante, esticou a minha dependência química. Porque, por eu não ter sido preso, minha dependência foi ao máximo, eu podia fazer tudo no meu quarto, levar mulher lá para casa. Tanto é que, na primeira semana que eu comecei a usar crack, meu pai bateu no quarto e disse: “O que é isso que você está fumando agora?” [No início] Não era um comércio, comércio era mais para o final, depois o crack chegou e acabou com tudo. Eu trabalhava como pesquisador. Viajava o Brasil inteiro, e isso facilitava. Eu conheci os caras que usavam pesquisa pra fazer isso. [Vendia droga] por poder, aquele negócio da covardia. De ser o bom. Eu nem ganhava muito dinheiro, usava tudo, mais era a fama mesmo, o “rock and roll”. Eu sempre morei com os meus pais. Não estudava, fiquei dez anos tentando o segundo grau, era supletivo, matriculado, e não conseguia. Eu queria, minha família queria, mas eu não conseguia finalizar.

Aos 18 anos, Nico achou que outra solução para seus problemas, além da droga, seria se casar. Ele teve muitas dificuldades, pois sua família *era muito racista* e ele se casou com

uma mulher negra. O casamento acabou e ele voltou para a casa dos pais. Aos 21 anos, bebia abusivamente. Nico associava seu comportamento ao clima de morte do seu ambiente familiar, devido ao adoecimento da mãe.

Eu sempre achei que morreria cedo. A minha irmã, sempre disseram que iria morrer, meu irmão dizia que morreria com 33 anos, e minha mãe com câncer. Meu irmão está vivo até hoje. Lá em casa sempre teve uma espera de morte. Eu achei que morreria por violência. Isso me ajudou a ser mais dependente porque, já que eu ia morrer mesmo, para que estudar, trabalhar, pra que ter profissão? Eu levei ferro, eu vou é usar droga. (...). Eu passei a minha adolescência inteira achando que ia morrer e não morri. Chega nos [sic] dias de hoje, eu estou sequelado, sem perspectiva porque não construí o que deveria ter construído, porque achei que ia morrer.

Nico usava 20 cigarros de maconha por dia, percebia-se dependente e considerava que ela nem fazia mais o efeito que esperava, pois queria *ficar constantemente chapado, anestesiado*. Usava muita cocaína para se manter acordado numa época em que trabalhava numa empresa de segurança de conhecidos de sua família, primeiro acompanhando os monitores das câmeras e depois em outros cargos, na medida em que foi promovido na empresa. Como vendedor nessa empresa se esforçava muito para vender, para ter mais dinheiro para comprar droga. Orgulhava-se por não roubar para usar e pelas placas de melhor funcionário do ano. No entanto, o acesso antecipado a pequenas quantias do salário antes do final do mês facilitava o acesso à droga, e Nico começou a faltar ao trabalho, até que foi demitido. Nunca mais conseguiu emprego e até hoje vive a instabilidade financeira.

Conheceu o crack quando estava trabalhando como pesquisador em São Paulo. Sua fama de maconheiro não o incomodava, mas o uso do crack ele escondeu de todos com quem se relacionava por temer o preconceito dos outros. Chegou a usar crack por oito anos sem ninguém saber, pois todos achavam que usava apenas maconha. Ele apresentou o crack para muitos amigos e *acabou com tudo, arreventou todo mundo*. Tinha uma prima que financiava, e eles usavam juntos, pois, com o próprio dinheiro, não conseguia sustentar seu consumo abusivo. Começou também a usar com sua esposa.

Fui mandado embora e, quando fui receber o acerto, fui atropelado. Minha mulher insistiu para ir comigo. Ela sabia de tudo, dela eu nunca escondi nada, inclusive do crack. No final das contas, ela era tão codependente que usava crack para me acompanhar. Eu nunca aceitei que ela fosse usuária, até hoje. Ela ia em [sic] todos os lugares comigo, e eu levava. Era para a gente ficar junto, usava, ia em [sic] todos os lugares com ela. Para mim era ótimo, chegava na [sic] boca de mãozinha dada, ninguém me sacava. Aí ela foi lá comigo receber a grana. Tinha, tinha medo de ser preso. Nunca fui preso, todos os meus amigos foram. Eu conseguia burlar quem não me conhecia na rua. Fui atravessar a rua, o carro quase atropelou ela e minha filha, e eu acabei sendo atropelado. (...). Eu estava com uma semana que tinha saído do trabalho. Fui atropelado às 3 horas da tarde, cheguei do hospital 8 da noite. No outro dia fui de taxi cedinho, todo enfaixado, lá dentro da boca, todo arreventado. Fui comprar com ela. Só pra você ver a

loucura que ela me ajudava, coitada, sofreu muito. Fui na [sic] pedreira uma vez comprar com ela, e tinha helicóptero, eu tinha arrumado 50 reais. Fui em [sic] casa, tomei banho, pus uma roupa social, falei para ela: “Bota uma roupa social.” Peguei a Bíblia da minha mãe e fui, eu e ela, todo arrumadinho. Todo mundo tomando geral, e a gente passou de liso, como se fosse crente, fomos no [sic] traficante pedir droga. O traficante falou: “Que isso, você é doido? Eu vou matar você!” Me vendeu, e eu fui embora. Então, assim, umas loucuras. Ela me auxiliou nas artimanhas que me facilitaram a usar, e eu não conseguia pensar em outra coisa.

Com a demissão do trabalho e com o fim do financiamento de terceiros, Nico passou a vender seus móveis e outros pertences de sua família. Usava crack o dia todo. Apesar da vontade de roubar, tinha medo. Quando os pais faleceram, ele já tinha mais de seis anos de uso de crack. Foi quando ele recebeu a herança do pai.

Eu tinha reserva de vida, financeiramente. Os móveis do meu pai e a herança dele. Para a minha dependência química, foi a melhor coisa que aconteceu. Eu chorava, não só pela morte dele, mas, “p. m” [sic], você está feliz porque ele morreu e vai sobrar uma grana para você. Não era arrependimento, era raiva de mim, porque pensei: estou feito. Foi uma grana legal, eu tinha grana, eu torrei a herança toda. Quando estava em 35 mil, eu não tinha onde morar. Eu estava em frente a um prédio e falei com a minha mulher: “Nós vamos fumar esse dinheiro todo. É melhor a gente comprar um apartamento para a gente.” Ela olhou... “Por que a gente não compra aqui?” A gente foi lá, tinha um apartamento para vender. Custava 35 mil, eu falei que era em dinheiro e ofereci 27. Aí compramos. Fiquei durinho, mas comprei. Foi o melhor que eu fiz na minha vida. Minha filha estava para nascer. Eu não tinha dinheiro para pagar condomínio. Fiquei cinco anos sem pagar.

O irmão o ajudava a sustentar a família. O dono da empresa de segurança, quando soube do problema da dependência química, passou a lhe dar uma cesta básica. Nico também pegava outra cesta básica mensal na Prefeitura. Porém, passou a vender também esses alimentos para comprar droga.

A repetição de várias destas situações levou-a questionar seu comportamento: pedir 10 centavos para a filha de 15 anos, para o cigarro, e ela negar; a venda das cestas básicas; ver a família chorando por não ter nada para comer.

Teve um dia que não tinha nada para comer, a gente fez uma canjiquinha, que era o único que tinha sobrado, porque eu tinha vendido. Não tinha óleo nem sal. Verdura e carne, nem se fala. Então, a gente comeu uma canjiquinha sem nada, com água. O gás era canalizado do condomínio que a gente não pagava, mas tava [sic] liberado. Então, a gente tava [sic] sentado na mesa comendo a canjiquinha sem tempero nem nada e chorando, todo mundo, eu minha esposa, minhas duas filhas e o bebê. (...). Eu troquei tudo, vendi as bênçãos todas. Eu fui em [sic] casa para vender a televisão. Minha esposa estava assistindo novela. Aí eu falei: “Levanta aí, que eu vou vender o sofá.” [A esposa]: “Não leva!” [Eu]: “Então eu levo a TV!” [A esposa]: “Não!” [Eu]: “Então, eu levo o sofá.” Elas sentaram no chão, e eu levei. Troquei por 10 reais. Tive que dá o [sic] cara que me ajudou a carregar. Foi a conta de chegar lá, usar e voltar para dentro de casa. Minhas filhas não falaram nada, não sabiam que era droga.

Quando se percebeu sem emprego, ocioso, sem prazer sexual, *abandonado por Deus e por todo mundo*, sem esperança e com vontade de morrer, pensou que se matar seria a solução, apesar de querer viver. Outra ideia que teve foi escrever um livro contando sua história de superação. Para isso, decidiu, pela primeira vez, tentar parar de usar drogas por conta própria. Decidiu que, no outro dia, não usaria. Foi então que percebeu a gravidade do seu problema: não conseguiu não usar. Não pensava em outra coisa. Recebeu um dinheiro e foi pagar algumas contas, tentando não usar o dinheiro para comprar droga. Depois ficou desesperado por estar arrependido de ter pago a dívida da família. Da lotérica onde pagou a conta, foi direto para um serviço de acolhimento e encaminhamento para tratamento que tinha sido indicado por sua esposa.

Nico, na época com 36 anos, achava que precisava ficar internado em um local de tratamento e foi buscar por isso. No condomínio onde morava havia muito uso de drogas, e ele não teria dinheiro para outra modalidade de tratamento que exigisse que ele mesmo custeasse seu transporte diário. Conseguiu um tratamento gratuito em uma comunidade terapêutica, mas em permanência-dia, e foi orientado a ir andando para a instituição quando não tivesse vale-transporte. Saía de casa ainda de madrugada, sem se alimentar, pois não tinham o que comer. Era uma longa caminhada. Passava todos os dias em frente a uma favela onde costumava comprar crack. E essa foi sua rotina por 12 dias. Passou a se orgulhar da própria coragem de enfrentar sua dependência e seu sofrimento. Sentia-se desamparado por não ter mais seus pais vivos para ajudá-lo. Ao mesmo tempo culpava a família por nunca terem questionado seu uso de drogas ou nem o terem orientado a buscar ajuda.

Porque minha adicção esticou muito por não ter ninguém para me falar pra parar, nunca ninguém me falou que eu estava usando droga demais, até eu virar mendigo de rua. O primeiro cara que me falou que eu precisava, que eu me alertei, que eu precisava de recuperação, foi um traficante que eu tinha vendido a casa toda para o cara. Ele falou: “Bicho, você está vendendo sua casa toda para mim.” Ele falou para eu ir lá na casa dele, que eu ia me sentir em casa: tinha ventilador, tinha tudo. Eu limpei tudo. [Eu sentia, pela minha família] não é raiva, é revolta, me deixaram muito de lado. Acho que tem a ver com aquela situação da minha irmã excepcional e do câncer da minha mãe.

Por intermédio da esposa, o irmão de Nico passou a financiar seu transporte até à instituição de tratamento. Nico não tinha falado para ninguém que estava se tratando e não queria ele próprio pedir ajuda ao irmão, pelos conflitos que viveram anteriormente. Quando já estava há 20 dias em tratamento, Nico se ofereceu para assumir, como sua responsabilidade na Comunidade, o atendimento ao telefone da instituição. Ele estava com dificuldade de conviver e se relacionar com outros pacientes, envolvendo-se em discussões que poderiam acabar em

violência. Além disso, achava-se *preguiçoso* para realizar outras atividades, sentia-se cansado fisicamente, e optou por evitar o esforço físico. No entanto, não tendo sido direto em manifestar suas dificuldades e suas intenções, considerou que manipulara a equipe que o atendia. Gradativamente foi se sentindo melhor fisicamente e se alimentando bem na instituição.

Ele ainda participava do grupo de terapia e das assembleias da Comunidade Terapêutica junto com os demais pacientes. Dessa forma, considerava que não perdia o vínculo e o sentido de comunidade. A assembleia era um lugar, segundo ele, para saber de tudo o que acontecia, de estabelecer relações e saber sobre as relações entre os pacientes e sobre o programa de tratamento. Sentia-se participativo na assembleia, construtivo, ativo e importante no processo de “ser comunidade” que se desenvolvia cotidianamente, ao tentarem em grupo resolver cada problema apresentado. Sentia-se pertencendo ao grupo. Todos num esforço de manter a unidade, o que se tornou para ele um novo ideal, um novo objetivo, um novo valor, uma mudança de pensamento.

Olha o foco: se eu acordava e só pensava em uma coisa, que era droga, e aí eu tenho outro pensamento que é a unidade, transfere essa ideia pra parte da família. Porque antes eu não me preocupava com isso. Eu preocupava com droga. E agora eu voltei a preocupar com a família. Inclusive eu acho até que é gradual isso. Quanto mais você vai estacionando [a dependência], mais você vai valorizando o resto.

A terapia servia para *meter a mão na cumbuca, pois os maiores monstros perdem a força à luz da exposição*. Servia para entender e nomear os sentimentos, desenvolver novas maneiras de lidar com suas dificuldades, descobrir-se.

Inclusive, foi quando eu pus a mão na cumbuca foi que eu vi que eu não era tão ruim quanto eu achei que eu era e nem tão bom quanto eu achava que estava sendo. [Entende-se] Mais a realidade do quê e porquê das coisas. Eu descobri a natureza exata das coisas. Inclusive, hoje a facilidade que eu tenho para descobrir a natureza exata das coisas foi por ter feito isso. (...). Que eu não sou tão vingativo igual eu achei que eu era. Eu descobri que eu era mais era justiceiro, porque eu não estava me vingando de qualquer um. Então não é vingança, era para eu colocar o certo no certo, não era vingança, até a própria nomenclatura da palavra. Eu era rancoroso e descobri que eu era amoroso, descobri que existia [sic] outras ferramentas que eu poderia estar colocando no lugar, como ser amoroso, compreensivo. Isso tudo existia dentro de mim e eu até então não fazia uso. Engraçado, que eram coisas que eu tinha de berço, mas que eu não podia usar com as pessoas com quem eu convivia ali [onde morava]. Não dava para usar essas coisas boas com eles. Eu era engolido, não cabia, passava por bobo, apanhava. Usava isso tudo numa cultura que não era assim, não deu certo. Eu só fui descobrir isso depois, mais recentemente, isso tudo que eu aprendi de berço, que dava para usar isso tudo que eu aprendi em outro contexto. Hoje, depois de mais velho, você não é tão subjugado quanto antes. Tem muito aquela coisa de machismo, de adolescência, e você foi criado que isso não é bom. E aí juntou com a minha personalidade, porque eu tenho instinto de liderança. Como vai ter instinto de liderança pelo Bem? Aí é Gandhi, Gandhi não rola [onde eu moro] [risos].

Nico interrompeu o uso de substâncias. No atendimento ao telefone sentia-se útil fazendo uma tarefa com a qual se identificava, valorizado, e percebia que sua autoestima melhorava a cada dia.

Estava há três meses no tratamento. Sua esposa estava desempregada. Ele não se sentia ainda preparado para se desvincular da instituição para trabalhar, mas tinha necessidades financeiras. Nico fez uma proposta para a equipe de trabalhar remunerado na instituição, além de continuar recebendo a cesta básica, que lhe foi oferecida assim que foi admitido no tratamento. Ele foi então contratado como funcionário, inicialmente como recepcionista e posteriormente como agente de prevenção, num programa de mobilização comunitária.

Trabalhando remunerado, Nico pediu para que sua esposa recebesse seu salário e o administrasse, pois tinha respeito pela doença e medo de ter o dinheiro em mãos e recair no uso de drogas.

Depois de cinco anos trabalhando, ele foi demitido, pois havia uma exigência de curso superior e Nico ainda não tinha concluído o ensino médio. Essa situação, além da demanda do mercado de trabalho e da sua busca por estabilidade financeira, motivou-o a estudar. Nico levou 20 anos para concluir o ensino médio. Ele optou por um curso de tecnólogo a distância, na área de gestão da tecnologia da informação, por favorecer o cotidiano do casal de ter que tomar conta da filha, no período noturno, e pelo baixo valor da mensalidade. Assim que começou a estudar, procurou por orientação para desenvolver uma metodologia que o favorecesse a desenvolver o hábito de estudo. Como o curso era a distância, para realmente aprender os conteúdos, ele estudava muito.

Eu fiquei (...) quase vinte anos pra terminar o segundo grau, não consegui terminar o segundo grau, não tinha cabeça, achava que eu tinha desvio comportamental. Não sei como é que chama aquele... que cê num [sic] consegue ficar parado, a minha mente num [sic] conseguia ficar parada. Mas em compensação também eu num [sic] assistia aula, tava [sic] sempre pensando em outras coisas, nunca estudei na minha vida. Reparei que eu fiz é... Tudo que eu estudei até metade do segundo grau, eu nunca tinha estudado, passei de ano num [sic] sei como, nunca estudei na minha vida, só prestava atenção na aula (...). Mas nunca tinha estudado em casa, não tinha metodologia nenhuma de estudo e tal. E o segundo grau tava [sic] me... O curso superior tava [sic] sendo muito pedido pelo mercado, né? Achava que pela minha instabilidade financeira e achava que a escolaridade poderia ajudar, né? E aí, quando eu resolvi começar a estudar, eu percebi que eu dava conta de estudar parado, estudar, ter metodologia. Aí, a primeira coisa que eu fiz foi aprender a aprender, foi a primeira coisa que eu resolvi fazer. Falei assim: “Eu preciso de, antes de começar a estudar, eu preciso aprender a estudar.” Eu procurei na internet, lógico, no... na Biblioteca Mundial, tem um livro e tem o audiobook também, que é a mesma coisa que eu adoro, áudio. Eu aprendo muito com áudio, muito mesmo, mais que com leitura. Ele explica justamente isso, que a gente tem três, quatro tipos de aprendizagem, e aí ele falou que tem gente que se adapta melhor a um vídeo, ou a um áudio e

tal. E eu achei superinteressante, eu li toda obra do cara antes de começar a estudar, entendeu? Pra aprender, ter metodologias e tal, e seguir a norma lá, sou muito de seguir norma, embora eu adoro [sic] quebra. Mas eu sigo norma que é uma beleza! Acho que funciona.

Passou no vestibular sem ter o ensino médio, e antes do início das aulas fez a prova do supletivo e concluiu essa etapa. Dessa forma, ele usou sua conquista como um estímulo para estudar sozinho e finalizar o ensino médio. Está ainda utilizando essa mesma lógica para estudar para concursos que exijam o nível superior, como um incentivo para concluir essa nova etapa, e seguir estudando.

Nico ainda gosta de escrever poesia, mas fez isso na época da ativa. Agora acredita que está correndo contra o tempo para entrar no mercado de trabalho e que precisa se dedicar a isso. Pretende retomar seu *hobby* quando sua situação de trabalho for mais estável. Atualmente tem lido muitos livros e estudado. Sempre fez leituras, desde a infância, e associa esse interesse, naquela época, a uma forma de *fugir da realidade*.

Comecei a ler Shakespeare, meu pai tinha a coleção dele, lá em casa sempre teve livro, mas ninguém nunca leu, sabe? Nunca vi eles [sic] pararem para ler, não me lembro, não tenho essa memória, sabe? Mas muito livro. E aí, é todo mundo lendo gibi, eu lia Shakespeare, não entendia nada. Inclusive, eu já li dicionário, sabia? Enciclopédia lá em casa, meu pai, meu pai tinha aquela “Conhecer”. Eu li toda a enciclopédia, toda, eu li tudo desde a primeira folha até a última de todas as enciclopédias, são vinte e quatro livros enormes, e eu li tudo. Por curiosidade, pra conhecer, muito por curiosidade. Só que mais tarde eu descobri que eu podia usar a leitura como fuga, aí eu percebi isso e enfió a cara no livro, e acabou o mundo pra mim, entendeu? Eu me desligo do mundo, estou ali dentro, ali. [Isso é negativo] se for pro mal, sim, lógico. Se for pra fuga, se tá [sic] na hora deu [sic] fazer alguma coisa e eu vou ler, ô, tá [sic] errado, tô [sic] lendo na hora errada. É lógico! Total, um livrinho debaixo... ali num [sic] era lugar pra mim [sic] ler. Então, assim é... aí eu percebo que... tem um afilhado meu que tava [sic] falando isso comigo, assim: “Ó Nico, eu não tô [sic] gostando do meu trabalho e, aí, eu tô levando material de estudo lá pra ler.” Aí, na hora olhei pra ele e lembrei de mim, né? E eu tenho que tomar cuidado, mas é porque eu transformo tudo em droga, né? A gente tem essa... esse ditado, né? De transformar tudo em droga, é nesse sentido, né? Então, a mesma característica que a droga me fazia, a leitura pode me fazer ou qualquer outra coisa pode me fazer também, né? Eu percebo isso na leitura muito, tomo muito cuidado. Lá em casa, por exemplo, eu gosto de estudar muito, aí eu fico pensando: será que eu tô estudando além da conta e deixando outras?

Mesmo percebendo que sua dedicação ao estudo tem incentivado sua família a estudar, Nico considera que precisa criar estratégias para evitar seus excessos. Ele acredita que a mesma busca de alienação que encontrava no abuso de substâncias pode ser transferida para outras atividades. Para evitar que isso acontecesse com seu hábito de leitura, por exemplo, ele construiu um cronograma com um tempo para essa atividade e para outras que realizaria com a sua família. Além disso, essa programação permitiria que ele administrasse a pressão que sente

de ter que aprender muito em pouco tempo, para conseguir entrar no mercado de trabalho, considerando sua idade.

Então eu crio horários, criei metodologia pra tomar conta de mim mesmo, sabe? Me precaver de mim mesmo. Então eu tenho horários de leitura, o tipo de leitura pra qual horário, Adoro ler em “tablet”, tenho cinco mil livros pra mim ler [sic] na fila de espera, você acredita? (...) muito preocupado com esses dez anos que tenho que aprender, dez anos em cinco, sabe como é que é? Aprender, aliás, cinquenta anos em dez, né? Mais um pouco. Aí eu tô [sic] nessa de Kubitschek, né? Cinquenta anos em cinco, muito nessa, muito! Ai eu tô [sic] tomando cuidado nesse sentido. Igual minha filha, tá [sic] assim: “Cê [sic] só fica no livro o dia inteiro, o dia inteiro vídeo e tal, e tal!” É bom isso, aí tomo muito cuidado, mas tô [sic] indo bem, tô [sic] achando que tá [sic] legal, tô [sic]. O pessoal tá [sic] entendendo essa necessidade, tô [sic]... tenho horário pra eles também, entendeu? Eles também tão [sic] animando, também, a estudar, sabe? Acho isso legal, lá em casa, hoje, todo mundo estuda, todo mundo faz faculdade pô [sic], sabe? Então, animei todo mundo lá, até minhas filhas, sabe? A Luiza, ela vira pra mim e fala: “Se o Nico voltou a estudar, eu também vou voltar.” Aí, tá [sic] fazendo faculdade de medicina, então, assim, legal!

Outra ideia criativa que desenvolveu foi a de um *Podcast*. Ao construir uma metodologia de estudo, Nico percebeu que aprendia muito com o áudio. Pesquisando, descobriu esse recurso tecnológico, uma mídia de gravação e socialização do áudio pela internet. Começou a escutar o áudio de outros *podcasts* sobre metodologias de aprendizagem e descobriu seu interesse por ensinar, ser professor. Como na época frequentava os Narcóticos Anônimos, decidiu fazer um *podcast* sobre recuperação através dos 12 passos. Durante nove meses, daquele ano, ele alcançou o primeiro lugar no ranking dos mais ouvidos do Brasil. Chegou a receber e-mails de Portugal, de ouvintes agradecendo pela iniciativa, com transmissões pelo rádio de algumas cidades. Nico compara sua dedicação ao abuso de substâncias ao seu empenho em desenvolver suas ideias, como a de um jornalzinho que escreveu e publicou quando era criança, primeiro na sua escola e depois nas escolas vizinhas, com o apoio de comerciantes locais e, mais recentemente, com o *Adicto Podcast*.

É, eu sou um cara de sucesso! Tudo que eu faço, eu gosto de fazer bem. Por exemplo, eu tava [sic]... eu tinha uma banda antes e, aí, no movimento que eu tinha [sic] foi muito bem porque eu percebi que eu afundo a cara. Na droga também eu fui muito bem, eu era um dos cara [sic] que usava mais droga, sempre tinha droga, o status de quem tinha a droga! Então, eu sempre enfiei a cara naquilo que eu faço, muito. (...). Eu num [sic] sei se chega a ser competição ou porque eu sou bom naquilo que eu faço e acabo destacando, e acabo criando essa coisa. Então, tudo que eu faço, eu me sinto bem, e isso cria um atrito enorme nas pessoas, enorme! É, por causa disso, por causa desse afinco, né, que eu tenho pras [sic] coisas. E no Podcast foi a mesma coisa. Quando eu descobri que eu poderia, primeiro foi com áudio, que eu te falei que eu comecei a estudar, que eu descobri que com áudio eu consigo aprender mais com áudio. E aí eu descobri que existia o Podcast, o Podcast, que é um... uma mídia que ela é totalmente, exclusivamente com áudio! Aí, pô [sic], caiu certinho pra mim. Outra, que o negócio também é bonito gravado, né? Eu acho legal minha voz, não acho ruim não, eu tenho dicção, eu sei falar, eu sei recitar poesia! Isso é difícil, recitar poesia, não acho que seria uma coisa... piada, eu sei contar piada! Então, esse tipo de coisa facilita a você se expressar, eu tenho facilidade também

pra expressar. (...). Eu achava legal que tinha que ter alguém pra fazer comigo o Podcast. Os primeiros, eu comecei a gravar sozinhos e tal, e aí, eu sei de tecnologia, então, aí eu comecei a aprender, tive que aprender a editar áudio, hoje eu sei editar áudio. É, aprendi a criar página, aprendi a importar o áudio, né? Aprendi a fazer as propagandas, aprendi, é, como é que coloca no Google lá. Pro Google, cê [sic] digita Podcast pra sair mais rápido. E, aí, comecei. É, fui enfiando a cara, entendeu? E fui divulgando aqui, divulgando ali.

O objetivo era divulgar a recuperação através dos 12 passos, ou seja, *levar a mensagem*, como sugere o último passo da programação. Nico estudava muito os passos e as pessoas em recuperação que entrevistava. Considerava que isso fazia todos se sentirem importantes pela oportunidade de poderem se expressar e aprofundar em determinados aspectos da entrevista, com as perguntas que ele fazia. Atribuía ainda o sucesso de sua ideia ao seu empenho em aprender a editar o áudio, disponibilizando um material de boa qualidade na internet.

Essa atividade foi interrompida por uma ameaça de processo jurídico por parte das irmandades dos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos. Nico e os outros dependentes que participavam não tinham nenhum retorno financeiro com o *podcast*. Na época, Nico abriu uma livraria virtual que vendia material relacionado ao tema da dependência química, mas não emitia nota fiscal. O processo, então, questionaria o alvará de funcionamento e o direito autoral. Como recolhia depoimentos de outras pessoas em recuperação, o nome das irmandades era sempre mencionado, e isso era considerado ilegal. Por isso, ele retirou todo o conteúdo do áudio da internet e desistiu da ideia. No entanto, essa experiência foi fundamental para que se interessasse pela área da tecnologia, motivando-o a estudar tecnologia da informação.

Outro aspecto importante mencionado por Nico foi sua relação de enfrentamento de sua dependência química buscando *normas a serem seguidas*. Ao analisar sua vida, considera que, na infância, sua família era quem ditava as normas da casa. Na adolescência, ele quis acabar com essas normas e criar as suas próprias normas.

Eu fui me desprogramando dessas normas familiares e, quanto mais eu desprogramava, mais eu enfiava a cara nas drogas. Fui rebelde, punk, tinha cabelo moicano, usava coturno, bota de bater nos outros no meio da rua. Eu era monstro. E eu sempre tive uma perspectiva do “só por hoje”. Isso na época da ativa, porque eu achava que viver era só por hoje! Entendeu como é que é? Sempre foi só por hoje pra mim, nunca pensei no futuro, cara. Porque eu sempre achei que eu ia morrer muito cedo. Minha vida não ia dar muita coisa, sabe?

Nico atribui à programação de 12 passos um aprendizado que o fundamentou a construir uma nova forma de viver, de lidar com as situações cotidianas para as quais não se sentia preparado. Assim que saiu do trabalho na instituição de tratamento, ele estudou de maneira

aprofundada os 12 passos, frequentando reuniões e conversando com membros veteranos dos grupos.

(...) os Doze Passos não me tirou [sic] só a vontade de parar de usar, me tirou a vontade de parar de morrer também. Eu tinha uma vontade de morrer enorme (...), achava que eu ia morrer facinho [sic]! Que eu não ia dar conta da minha vida, a própria violência que eu me metia ia me tirar a vida, então, assim eu tinha certeza absoluta que eu não ia durar muito, sabe? Tanto é que num [sic] pensei muito em futuro, estudar, de ser alguém na vida, de fazer amizade. Aí acabou que, quando eu entrei em recuperação, eu não tinha aquela metodologia que eu aprendi, de aprender estudar [sic]. Eu precisava de [sic] me programar novamente, e eu não sabia como. Como é que ia fazer, começar uma vida nova, sem saber como? Eu precisava de uma orientação, sabe? “Olha, isso que é bom, isso é ruim, isso é bom”. Igual eu [sic] te falei, (...) eu vim em busca de uma programação. Que [sic] eu não sabia viver, né? Enquanto tava [sic] todo mundo namorando, eu tava [sic] usando droga, enquanto tava [sic] todo mundo aprendendo a se relacionar, eu tava [sic] usando droga. E aí, eu gostei muito dessa programação de Doze Passos porque ela, justamente ela, me ensinou a programar a minha vida, ter base, aprender a viver, sabe? Ter base pra eu poder, aí sim, construir uma. Eu não acho que eu construo nos Doze Passos, os Doze Passos é [sic] minha base pra construção da minha vida, né? (...). Eu tenho que ter norma, né? Eu tenho que ter um método, né? Olha, o seu método é o seguinte, (...) você assumir sua responsabilidade, admitir a sua impotência, sabe esse tipo de coisa? Procurar ao máximo ser honesto, boa vontade, aqueles conceitos todos. E esse é o método que eu venho vivendo, né? (Nico, 44 anos).

Essa nova maneira de viver lhe trouxe resultados emocionais favoráveis, que o fazem reavaliar os benefícios que o uso de substância um dia já lhe proporcionou.

Vou falar com você a verdade: não tinha medo de voltar ao que eu era, eu tinha medo de perder o que eu tava [sic] tendo, era esse o meu medo (...). Eu tinha medo de perder como estava, como estou até hoje. O bem-estar, a saúde emocional, hoje eu tenho uma saúde emocional. Eu não tomo assim uma atitude insana igual um dia já tive, vem me devolvendo a sanidade essa programação, e eu sinto isso hoje na pele, no meu relacionamento, no trabalho, na minha vontade de estudar, e isso tudo é fruto da devolução da minha sanidade, e não quero perder isso. Aí, por isso, eu me mantenho no programa. Aquela coisa de jogar na balança. Pô, tá bom pra caramba esse trem! (...). Ficar limpo é bom pra caramba! [Antes o que eu achava] bom pra caramba era uma coisa que é egoísta. Porque eu me entorpecia pra mim mesmo, eu não me entorpecia pra deixar o outro chapado [sic]. Todas as vezes que eu... foi no auge das minhas “nights”, eu deixei alguém em casa, minha namorada, deixei minha esposa em casa, deixei minha mãe preocupada, corri risco de vida, gastei dinheiro de jeito desnecessário, ou seja, é uma coisa totalmente voltada pro egoísmo. (...). Por mais que a pessoa queira, não dá pra iludir que é bom pra caramba, se é egoísta, pô! E a doença, ela mascara esse “bom pra caramba”, ela deixa as coisas boas pra caramba, de tão perigosa que é [a doença].

Ele avalia que o uso de drogas é uma manifestação do egoísmo humano e que a programação dos 12 passos oferece um outro foco, o Bem Comum. Percebe que em outros contextos, como nas empresas, o objetivo capitalista do lucro prevalece e que a competitividade entre as empresas e entre os funcionários denuncia um propósito também egoísta. Ao refletir sobre essa constatação, questiona-se se não deveria trabalhar em grupos de mútua-ajuda, onde considera que o Bem Comum é um dos propósitos.

Quanto às posturas estereotipadas frequentemente observadas em membros de grupos de mútua-ajuda, ele argumenta que essa é uma *fase de proteção*, que algumas pessoas assumem essa postura por ainda se sentirem vulneráveis, fragilizadas em sua recuperação. Se não evoluírem no entendimento da programação, não conseguirão se sustentar emocionalmente e poderão recair no abuso de drogas.

Ainda sobre a função dos grupos de mútua-ajuda na sua recuperação, Nico se incomoda ao ser percebido como *sistemático* por alguns membros dos grupos que frequenta. Acredita que é socialmente esperada uma certa “convivência” das pessoas e ele não concorda com essa postura. Considera que os vínculos, portanto, não são de amizade. Uma das maiores dificuldades que enfrenta hoje está na falta de sustentabilidade financeira e na dificuldade de convivência em locais de trabalho. Nico ainda depende financeiramente da esposa e do irmão. Atribui sua dificuldade de se manter em um trabalho por não conseguir ser omisso diante de situações de desvio ético e moral. Constantemente se envolve em atritos por causa disso, por acreditar *que isso é pactuar com o errado, e isso não é da recuperação*. Nos grupos de mútua-ajuda, os membros mais veteranos costumam assumir funções de serviço. Nico assumiu a de tesoureiro e tem sido sugerido, por outros membros, que ele retome uma posição hierárquica maior, porque consideram que ele *tem moral*, referindo-se à sua postura de questionar e cobrar quaisquer desvios de conduta dentro dos grupos. Para esses membros, então, *ser sistemático* é considerado uma qualidade.

Não, mas eu acho diferente! Eu queria ser burro, eu não sofria [sic] tanto. [Ser sistemático] me incomoda nesse ponto (...). Tem um negócio que a gente trabalha [na programação de 12 passos] que se chama autoaceitação. O [monitor do local de tratamento] falou uma vez comigo sobre isso. Eu falei assim: “Eu fico querendo agradar as pessoas.” Ele: “Desonestidade.” Falei assim: “Que isso! Nunca roubei de ninguém, não!” Ele me fez perceber que eu, era a maior característica minha na época, era desonesto, meu maior defeito de caráter era desonestidade, sem ter enfiado a mão no bolso de ninguém! Achei isso um absurdo! Como assim? Por quê? Querendo agradar as pessoas e passava a não ser o que eu era. E eu percebi que muitas das minhas atitudes, na época da ativa, era [sic] pra isso! Eu queria me conciliar com a pessoa, eu era conivente! Hoje a maior atitude pras [sic] pessoas se relacionarem é a convivência, eu acho um absurdo isso! O que mais une as pessoas não é amizade, não é interesse comum da unidade.

A unidade primeira do grupo de mútua-ajuda está na aceitação de que há um uso problemático de drogas. Nico considera fundamental para sua recuperação não consumir substâncias psicoativas. Argumenta que esse é o princípio que sustenta as mudanças, o novo jeito de viver e que isso não o vincula de maneira estereotipada à abstinência.

Primeiro, eu não acho que “o que nos uniu foi a adicção!” Não! O que nos uniu foi droga. Eu fui no [sic] grupo por causa de droga, eu não fui no [sic] grupo porque eu tinha problema de relacionamento, eu não fui no [sic] grupo porque eu tinha problema financeiro, problema com Deus. “Eu tô [sic] no afastamento de Deus”. Quem é que vai no [sic] grupo por causa de afastamento de Deus? Não tem. A gente se uniu por causa de droga, tanto é que a gente conta tempo limpo é de droga, não conta tempo limpo: “Nossa! Hoje tem três meses que eu não xingo a minha mãe, hoje tem três meses que eu...”. Não! É droga, o tempo limpo que a gente conta é de droga. Droga é o começo e final de tudo, e tirar a importância da droga é manipulação da doença! O meu problema não sou eu, é o Nico com a droga! Eu tô [sic] caracterizando a substância como a que vai mudar inclusive o meu comportamento. Porque, se eu uso droga, não adianta querer mudar o Nico usando droga. [Se for assim] continuo usando droga e fico indo no psicólogo! Ou fica indo no próprio grupo, não importa! Porque, se eu vou tratar do Nico, o meu problema é o Nico, o problema não é a droga, então vou continuar usando droga! Sabe essas manipulação [sic]? E aí eu vejo que muitas das “voltas ao uso”, de recaída, saca? (...). Porque com ela [droga], você não faz nada, você não consegue modificar sua vida. E hoje há uma banalização muito grande. O “não usar” é o pilar de sustentação de qualquer outra coisa positiva. De qualquer outra coisa positiva, de qualquer outra coisa. Sem isto nada resolve. Isso eu elegi, e acredito que não só eu como várias pessoas, que tiveram sucesso na sua recuperação, elegeram o “não usar” como a coisa principal. Como a droga saiu do meu contexto, eu não tenho mais vontade de usar. Para mim, abstinente é quem tem vontade de usar e não usa, esse está abstinente.

A recuperação tem como resultado, segundo Nico, uma vida mais saudável. E, por isso, só está nesse processo de recuperação quem deixou de tê-la em função do abuso de substâncias. Para recuperar a saúde, é preciso aprender com toda essa experiência de vida, de adoecimento e de busca pela saúde.

Pra ter recuperação tem que ter sido destituído de alguma coisa. Se recupero de alguma coisa, tá [sic] recuperando o que, sabe? Hoje, eu, Nico, tô [sic] em recuperação de uma vida saudável. Como eu posso ter uma vida saudável tendo o uso de uma substância que altera o meu humor? Se altera o meu humor, a droga não é saudável. Então, minha recuperação existe hoje, porque antes eu não tinha uma vida saudável, e agora eu tenho uma vida saudável. Eu estou fazendo uma vida nova. (...). Outro dia, o cara falou comigo assim: “Quería ser o mesmo cara de quando eu tinha 14 anos, eu não usava droga.” Falei assim: “Meu amigo, você usou droga com quantos anos?” [Ele]: “Com 16.” [Eu disse]: “Pois é, se você volta a ser o cara que tinha 14 anos, daí dois anos você vai usar droga de novo!” Não dá pra voltar ao que eu era, se eu voltar ao que eu era, eu vou ser o que eu sou hoje, sabe? Para mim não acho que seria viável o uso controlado de substância que altere o humor.

Nico associa o processo de recuperação ao que ele denomina de *evolução espiritual da humanidade*. Para ele, recuperar-se é mais do que interromper o uso de substâncias. Trata-se de uma retomada da construção de uma saúde ampliada, biopsicossocial e espiritual, que pode se dar em vários contextos, e não exclusivamente em locais que oferecem cuidados específicos para dependentes químicos.

[A recuperação] Ela... não é fruto desse gesto de largar a droga, não é largar a droga que você fica recuperado, vamos dizer assim, sabe? A saúde, ela é eterna, a evolução do ser humano, eu trato a recuperação como uma evolução da espécie sabe? (...). Quando no uso de droga, a gente sai fora do mundo, ejeta, “zumbi”, sabe? Aí, quando cê [sic] recupera, ao longo do tempo em recuperação, cê [sic] cai na linha, na estrada, da evolução, essa recuperação é justamente da evolução espiritual, de saúde, acho que é de saúde. Por isso que eu acho, acredito, que não teria “recuperado” [que o processo de recuperação não tem um fim], porque a evolução ela é muito maior. A recuperação pra mim é o encontro com a vida. Num [sic] tem nada a ver com o uso de droga, mas é você entrar no barco do amor e na estrada da evolução espiritual. E você eliminou uma substância que alterasse [sic] o seu humor, porque possivelmente poderia estar atrapalhando sua evolução espiritual. Acredito que a pessoa que vai pra igreja e ela tem umas mudanças comportamentais dela lá, pra mim é recuperação. (...). Eu, como adicto problemático, cheio de droga na cabeça, que um dia dei muitos problemas, agora eu caí, entrei também. Eu acho que é o nível de recuperação em que eu me encontro, é que eu caí num fluxo onde tem uma galera aí, na evolução espiritual, sabe? É isso, a recuperação não é mais a ver com droga, já caí hoje pro Bem. De andar pra frente com um monte de gente que não tem problema com droga, mas que a gente tem os mesmos pensamentos da evolução espiritual, e o que eu devo fazer pra não esquecer da “coisa”? “A coisa mais importante no meu dia foi não usar droga!” É, me mantém seguro do meu problema com droga, eu não posso esquecer do meu problema com droga, lá em baixo. Aí eu vou seguindo lá na evolução espiritual, com aquelas coisas lá de honestidade, boa vontade, mente aberta, que eu acho que todo mundo tem que ter. (...). Tudo que se aprende em lugar de recuperação num [sic] devia ser pra problema com droga não, gente! É pro mundo! [Quando eu falo de renovação espiritual] Eu não tenho... eu quero falar é sobre Deus ainda, se existe ou como ele é, eu não tenho... Eu tô construindo ele ainda, tenho minhas, tenho algumas dúvidas. Então, o que que eu uso? Eu uso essas palavras: “espiritual”, “saúde” em uma forma dessa evolução. Quando eu falo espiritual é alguma coisa onde que minha ética fica guardada lá, um local que minha moral e minha ética fica [sic] guardada, num espaço de reservado dentro do meu ser. Acho que espiritual é isso, é um local lá que é armazenado. Aí tem gente que acha que é cérebro, lá no cérebro, nos neurônios, mas eu não sei determinar isso, não. É porque num [sic] existe certo e errado também não, sabe? Num [sic] vou muito nessa de certo e errado também não. É você fazer de boa vontade, sabe? De... amar por amar, sabe? É um local espiritual, mas é um local. Saúde é o que eu faço disso tudo, se eu uso isso como saúde ou não. Muitas vezes, a gente tem até uma “educação vem de berço”, que eu tive muito isso. A saúde também. Gente, o bebê é uma coisa tão linda, tão maravilhosa, sabe? E aí eu acho que o meio modifica a pessoa, sabe? E aí ela perde essa saúde, vamos dizer assim. Essa saúde que eu digo é fazer o Bem, sabe? Bem ativo, muito a ver com saúde, fazer coisas novas para obter resultados diferentes. Não só coisas novas, mas coisas boas novas, sabe? Pensar positivo, agir sem segundas intenções, amar, saúde pra mim é amar, é sair do egoísmo, entendeu? Então, todo mundo tem valor, nem só eu, nem só o outro, é difícil chegar nessa [sic] conclusão. Foi saudável pra mim chegar nessa [sic] conclusão, dolorido às vezes. Não tô [sic] querendo dizer que saúde é fácil, às vezes é dolorido pra quem quer saúde, porque você tá [sic] muito carnal, muito cheio das impurezas da vida. Muito do que eu falo, se eu não faço, tá [sic] na meta de fazer, sabe?

Nico argumenta que é possível ressignificar a experiência de abuso de substâncias psicoativas usando o que aprendeu em outras situações.

Porque, quando eu usei droga, eu usei pra valer, pra caramba! Agora que tô [sic] em recuperação. [Um dia me falaram]: “Nico, se você usar todas as coisas que cê [sic] aprendeu pra usar droga, cê [sic] usar pra sua recuperação, cê [sic] vai longe!” Eu acredito nisso até hoje, eu procuro usar todas, inclusive compulsividade. Nó [sic], tô [sic] compulsivo, sou uma pessoa compulsiva. Pô, vou estudar, vou passar num concurso, eu sou compulsivo! Ou seja, eu usar das coisas que eu sei. “Nico, você sai de casa de manhã cedo e só volta com droga, pô! Faz isso num cliente, cara, num emprego, uma coisa que você quer!” Essa motivação. Outra

coisa também, só tem problema com droga quem foi p. louca [sic] na vida, adicção [sic]. Só se dá bem em recuperação quem foi muito p. louca [sic], na doidera [sic], porque essas pessoas não tinha [sic] medo, sabe? Então, quem usava controlado fica controlado na recuperação. Passa a vida inteira controlando. Agora, quem é desenfreado lá na adicção ativa, lá, desenfria na recuperação também, porque ele aprendeu isso, enfiar de cabeça na coisa. É o que ele é, as características dela lá, e quando ele sai de lá e entra em recuperação, ele num [sic] perde as características de doidão dele, ele entra de cabeça também na recuperação, sabe?

Nico considera que, para se manter em recuperação, é preciso muita coragem e determinação. Um dos desafios é fazer o que precisa ser feito e não somente o que se quer fazer. Ele usa essa mesma lógica para si e para educar sua filha.

Às vezes eu fico: pô [sic] era muito mais fácil eu ser conivente! Pra mim é muito mais fácil a pessoa ser conivente, sabe? Muito mais fácil, muito mais fácil usar droga, muito mais fácil. Pô [sic], eu já tive problema de dez reais por dia, era meu único problema. É uma coragem que o adicto em recuperação tem que ter, de não querer fazer o fácil. Eu não faço tudo que eu gosto, eu faço tudo que eu preciso, inclusive esse é o lema que eu tenho com a minha filha: “Ah, eu não gosto de ir no [sic] dentista, pai!” Eu falo: “Nem eu filha, mas eu não faço tudo que eu gosto, eu faço o que eu preciso. A sorte minha, e vai ser a sua sorte também, filha, é de você gostar daquilo que você precisa.” Essa vai ser a palavra legal. Por exemplo, eu adoro entrar em recuperação. Adoro ir no [sic] grupo, adoro o método dos Doze Passos, adoro isso, pronto! Pra mim, fica um céu isso, gostar daquilo que eu preciso.

Sobre a preocupação da sociedade com o uso de crack, Nico faz uma crítica por considerar que a mobilização social se dá pelo temor à violência, frequentemente associado aos usuários de crack.

O índice de violência aumentou do que na década de 70, quando estava todo mundo fumando maconha, bebendo, ficava rastejando. Aí a população não tava [sic] nem aí não, entendeu? Mas aí, quando nós levantamos do chão e começamos a usar crack e metemos “parada” [sic] aí pra arrumar dinheiro mais fácil, aí agora tá [sic] todo mundo preocupado. Aí, agora comunidade terapêutica tá pipocando [sic], grupo de mútua-ajuda cresce, tudo quanto é bairro hoje tem grupo de mútua-ajuda, campanhas não sei de que, agora tá todo mundo preocupado. Porque nós levantamos do chão, entendeu? E botamos pra quebrar, nós mudamos de droga, e essa droga agora altera nosso humor. Mas, e quando a gente tava [sic] na década de 60, 70, aí sentado, “paz e amor”, aquela coisa toda, aí não era preocupação, sabe? Qual é? Aí, e é isso, se há essa necessidade dessa alteração do humor, e hoje ela tá causando estrago na sociedade. E nada mais é, volto a falar, fruto de um egoísmo! “Vamo tomá [sic] uma?”. Pô [sic], ninguém bebe pro outro ficar tonto, cara, fico puto [sic] com isso! Imagina se você bebesse pra todo mundo ao redor. Se você bebesse e deixasse as outras pessoas relaxadas, ótimo! Mas, meu amigo, quando cê [sic] bebe, cê [sic] apronta cada uma, cê [sic] não deixa as pessoas relaxadas, cê [sic] apronta.

Acredita que é preciso compreender com mais cuidado a necessidade humana de alteração do humor, motivadora, segundo ele, de um uso controlado de substâncias. Argumenta tratar-se da manifestação de uma outra necessidade: a de se ter uma outra postura diante de si e da vida.

Se as pessoas podem usar controladamente? Tudo pode! Só que eu acredito que tudo tem suas características, suas consequências em torno disso, sabe? Se existe o uso controlado? Lógico que existe! Existe até o “não uso”! Entendeu? Eu acho que existe uma propaganda muito grande, das cervejarias, dos grandes traficantes, do questionamento do uso controlado, sabe? Mas pouco se fala do porquê da necessidade do uso controlado. Pô [sic], se você tá [sic] usando, meu amigo, tem alguma coisa errada. Se você tá querendo alterar o seu humor, “não, vem cá, vamos tomá [sic] uma pra relaxar!” “Meu amigo, você tá [sic] precisando de algum externo pra relaxar? O que que tá [sic] pegando? Será que não existe alguma coisa dentro de você, que pode ser melhorada, pra ter esse relaxamento, sem ter a necessidade de um uso externo?”. Acho que a construção, a evolução do ser humano, que ela é barrada pelo uso de outras substâncias, de álcool e tal. O uso controlado é um conta-gotas egoísta. (...). Tem pessoas que elas fazem o uso e não têm, vamos dizer assim, problema com álcool ou outras substâncias, sabe? Mas a questão não é só um problema físico, um problema.... Existe um ideal, hoje, de vida, do porquê da utilização de uma substância que altere o humor. Se há uma necessidade de uma substância que altere o humor, existe também uma necessidade de uma mudança interna que altere as suas atitudes, a sua postura pela vida

ANEXO A

Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos

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