



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA**

FAMÍLIA E DROGADIÇÃO

Carla Costa Maux

**BRASÍLIA
JUNHO/2004**

CARLA COSTA MAUX

FAMÍLIA E DROGADIÇÃO

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso de
Psicologia do UNICEUB – Centro
Universitário de Brasília.

Professor Orientador: Maurício
Neubern

Brasília/DF, Junho de 2004.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo legado que recebi.

Ao meu marido e filhos pelo apoio, tolerância e compreensão.

A minha querida irmã Rosângela pela sua luta.

Aos mestres que encontrei pela vida e me ensinaram a acreditar na essência divina do ser humano, em especial aos professores Maria Cristina Loyola dos Santos e Suzana Joffily pela amizade, estímulo e retidão de conduta.

Aos meus queridos amigos e parentes que de alguma forma me ajudaram a concluir esse trabalho. Obrigada pelo carinho que sempre me dedicaram.

A todos os meus professores, em especial ao meu orientador, Maurício Neubern, pela postura firme e dedicada com que se entrega à profissão.

SUMÁRIO

Introdução	6
Metodologia	10

CAPÍTULO I

DROGAS

1.1. Histórico das drogas.....	12
1.2. Visão epidemiológica das drogas.....	17
1.3. Diferentes maneiras de abordar o tema drogas.....	27
1.3.1. Drogadição entre doença e delinqüência.....	27
1.3.1.1 - Visão médica.....	33
1.3.1.2 - Visão psicodinâmica e psicológica.....	37
1.3.1.3 - Visão jurídica e moral.....	39
1.3.1.4 - Prevenção, escola e sociedade.....	41
1.3.2. A epistemologia complexa para abordar a droga.....	50
1.4 A adolescência e as drogas.....	55
1.4.1. O Bode expiatório.....	61
1.4.2. Existe uma forma de drogadição específica na adolescência?.....	63

CAPÍTULO II

SISTEMA FAMILIAR

2.1. O que é família.....	66
2.2. A formação da família.....	70
2.3. Os modelos familiares.....	72
2.3.1 – Família e drogas.....	77
2.3.1.1. Negação.....	79

CAPÍTULO III

TERAPIA FAMILIAR

3.1. Histórico da terapia familiar.....	84
3.2. O Modelo Sistêmico.....	87
3.3. Por que usar a terapia familiar sistêmica para tratar o drogadito e a sua família....	94
Conclusão.....	99
Referências Bibliográficas.....	102

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo fazer uma compreensão sistêmica acerca da família e da drogadição. Serão analisados os fatores históricos que contribuíram para a formulação de conceitos a respeito do que é drogadição, os conceitos básicos de família e as relações de dependência e interdependência que envolve esse sistema. A teoria sistêmica será utilizada para a formulação de uma proposta de conduta terapêutica frente ao problema da drogadição e da interação familiar. Sendo que o estudo de algumas abordagens serviu como peça fundamental para a compreensão da dinâmica de funcionamento da família toxicodependente e da interação entre seus membros. Onde utilizando a teoria sistêmica como o modelo para a terapia familiar sistêmica pode-se ter uma perspectiva enriquecedora e em algumas vezes polêmica com uma compreensão mais aberta para entender o quanto é complexo o tema da drogadição bem como a relação e a importância de todos os fatores que interagem com esse produto, as drogas, sendo eles fatores culturais, políticos, sociais, religiosos, morais e etc.

O presente estudo tem por objetivo fazer uma compreensão sistêmica a respeito de temas relevantes sobre drogadição, abordando os conceitos básicos sobre o tema em questão, sobre a família e ainda sobre as relações de dependência existentes dentro desse sistema familiar e suas implicações. Os conceitos utilizados com relevância para o presente trabalho serão a abordagem sistêmica considerada por alguns autores que serão citados ao longo do trabalho. Tal abordagem, segundo CALIL (1988) considera a família como um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros dentro e fora de uma interação uns com os outros e com sistemas extrafamiliares, meio ambiente e comunidade, num fluxo recíproco constante de informação, energia e material. A família tende também a funcionar como um sistema total, onde as ações de um dos membros influenciam e simultaneamente são influenciados pelos comportamentos de todos os outros.

Sabe-se, hoje, que a família, como grupo social primário, tem uma contribuição fundamental a dar na recuperação e na reintegração social de pessoas dependentes de drogas.

Para Elkaïm (1998, p. 72), *“as famílias humanas são unidade emocional. Seus membros acham-se ligados uns aos outros de tal maneira que o funcionamento de cada um deles automaticamente afeta o dos demais”*.

É fato que os membros das famílias com drogaditos muitas vezes desenvolvem comportamentos e atitudes disfuncionais perante este indivíduo, que por conseqüência acabam não contribuindo para seu processo de recuperação.

Freitas (2002) aborda muito bem essa interdependência familiar, em seu livro *Adolescência, Família e Drogas*:

(...) “ Em um grupo familiar no qual surge de forma mais proeminente um drogadependente, percebe-se que ele é apenas o representante eleito da problemática dessa família. Esse eleito surge comumente na adolescência, já que esse é um momento de vida crucial, em que as transformações corporais e psicológicas pelas quais passa o adolescente produzem também grandes modificações na família” (p.41).

Neste estudo serão elencados quais os papéis desempenhados por cada membro dessa intrincada cadeia. Para isso serão utilizadas abordagens que tratam de drogadição e grupo familiar, com foco maior na Teoria Sistêmica e Familiar.

Já no primeiro capítulo será mostrado o quanto é difícil estabelecer, etiologicamente, um padrão que defina as causas da drogadição, bem como as diferentes maneiras de encarar o problema. Considerando que elas existem desde sete séculos antes de Cristo, onde o ópio aparecia numa tabuleta sumeriana encontrada em Nipur sob a forma de dois ideogramas, um representado uma planta e outro a alegria. O ópio era símbolo da planta da felicidade! Ele faz parte da farmacopéia antiga; na mitologia grega, Morfeu agita papoulas para adormecer os mortais.

Será realizadas também uma revisão bibliográfica das abordagens teóricas em psicologia que enfatizam a estrutura familiar e a formação da personalidade do dependente e sua relação com o meio, com o objetivo de mapear quais são seus padrões comportamentais e a melhor maneira de lidar com ele.

Dessa forma para que não existam distorções relativas à conceituação do drogadito, considero adequado para fim de reflexão uma colocação feita por Bucher (1992):

(...) “ Eis o paradoxo da droga: o toxicômano, simultaneamente, é doente e não doente; não há toxicomania sem prazer – e esta dimensão de prazer não se deixa reduzir a uma fantasia a ser enxertada em uma estrutura doente. Hoje ainda persiste um mistério atrás do fato de que um produto inerte possa transformar a libido e o imaginário de um sujeito, ao ponto que pouco importa a estrutura de partida, pois o encontro do produto e da personalidade cria um fato específico”(p.Xi).

Esta colocação nos faz entrar em choque com o difícil problema de definir esta especificidade sem que não nos entreguemos a um reducionismo ideológico para sustentar seus trâmites.

Fechar os olhos diante da problemática dos jovens (que nós todos atravessamos, cada um à sua maneira e com características próprias em cada época e contexto) e incriminar os erros que cometem por acreditar na criação de um mundo melhor, ou ainda, por lutar simplesmente pela sobrevivência, significa rejeitá-los e empurrá-los para aqueles extremos onde os riscos se transformam em dramas e tragédias, seguindo determinações causais que muitas vezes se deixariam evitar. Transgredir a lei implica em reconhecê-la, o que ocorre quando ela foi apresentada com autenticidade pelos seus representantes, a começar pelos pais.

No que se refere a esses pais, estes serão considerados como sendo parte do sistema que é a família, que tem interação direta com o drogadito que, segundo todas as abordagens referidas neste trabalho, é considerado o sintoma toxicodependencia, por mais estrondoso e avassalador que possa parecer, não passa do efeito mais visível de uma dificuldade mais profunda do indivíduo e do seu enquadramento familiar.

E, por último, considerando essa dificuldade na interação familiar, a terapia familiar será destacada como sendo o tratamento mais eficaz no que se refere à recuperação dos drogaditos.

.

METODOLOGIA

Para a elaboração do presente trabalho teórico, tomei como norte os princípios básicos do modelo sistêmico fundamentado no conceito em que põem em relevo certas propriedades dos sistemas abertos fundamentais para a compreensão da organização e funcionamento da família. Alguns autores foram utilizados para a compreensão do funcionamento do modelo sistêmico, sendo alguns deles: Richard Bucher (1992), François Xavier Colle (2001), J. Bergeret (1991), Ana Maria Nunes de Souza (1999).

A idéia de globalidade onde toda e qualquer parte de um sistema está relacionada de tal modo com as demais partes que, mudança numa delas provocará mudança nas demais e, conseqüentemente, no sistema total. Neste sentido um sistema comporta-se não como um simples conjunto de elementos independentes, mas como um todo coeso inseparável e interdependente. E também o conceito de retro-alimentação que corresponde à idéia de que a união entre as partes de um sistema se dá por intermédio de uma relação circular. A retro-alimentação e a circularidade são o modelo causal para uma teoria de sistemas interacionais ao qual pertence o sistema familiar que, segundo o modelo sistêmico pode ser encarada como um circuito de retro-alimentação, dado que o comportamento de cada pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas da família.

Tal modelo serviu de base para uma compreensão do funcionamento do fenômeno da drogadição a partir das abordagens dos autores sistêmicos apresentados, em especial por François Xavier Colle (1996), onde ficou claro que a complexidade de que se reveste a questão das drogas, a profundidade da sua interpretação e a amplitude de seu olhar sistêmico, avançando consideravelmente, tanto no campo teórico como na prática clínica. É raro e singular, na literatura disponível sobre drogas, abordagens desta natureza, articulando as tantas dimensões implicadas no tema, numa visão integradora que nos conecta, ao mesmo tempo, com as dimensões macro e micro que estão presentes nesta problemática. Ao mesmo tempo em que analisa o tema das toxicomanias no seu prisma social e político, não

perdendo de vista o indivíduo na sua singularidade, a família, os grupos, as redes sociais e as instituições.

As idéias desse referido autor tornam-se pertinentes para tratar o tema abordado no sentido que, a partir de um referencial sistêmico as toxicomanias enquanto fenômeno complexo e desafiante que deve ser enfrentado com urgência, mas, sobretudo com competência, sobre o risco de sucumbirmos à ideologia do medo e das ameaças, reforçando as estratégias cultivadas pelo mundo do tráfico. As considerações sobre o medo como emoção fundamental ao lado do prazer e do sofrimento são muito úteis. Trata-se de um novo olhar que se expande do indivíduo para seu mundo relacional e afetivo, colocando-se um novo foco de atenção: as redes sociais que envolvem o problema da drogadição.

Baseando-me das diversas bibliografias utilizadas para a pesquisa teórica, destaco a existência de paradoxos vividos tanto pelos dependentes de drogas como por profissionais que se ocupam destes.

CAPÍTULO I

DROGAS

1. Histórico da Droga

Em seu livro: *Toxicomanias uma visão multidisciplinar*, J. Bergeret (1991) conta uma história que ilustra bem como e em que momento a droga se insere na vida do ser humano.

(...) “Um dia, um jovem índio da tribo dos Oglalas, recém saído da infância, refugiou-se numa montanha, sozinho, e lá ficou dois dias. Ele tinha presenciado a invasão de sua aldeia pelo exército dos brancos, que haviam matado o chefe da tribo e diversos membros de sua família. Tratava-se de uma retaliação após uma escaramuça de alguns índios que roubaram uma vaca de um pioneiro mórmon. Nosso jovem índio sofria, mas não conseguia definir seu mal-estar. Normalmente pouco loquaz, ele não tinha com quem dividir sua aflição. Ele sentia a necessidade de ser

esclarecido, mas também de ser dirigido. Ele procurava uma resposta” (p.13).

Baseando-se nesta história, Bergeret (1991), afirma que a droga sempre existiu, mas ela aparece como que para inserir-se na trajetória do ser humano, num lugar previamente preparado para ela, onde se aninha bem no fundo do que há de mais intimamente ligado às perturbações interiores, às emoções que emergem, ainda confusas e indiferenciadas, no seio da vida psíquica e no fundo da rede de laços ritualizados com os parentes, os chefes, os adultos da família. No máximo, poderíamos acreditar que a droga é redundante e que ela não traz nada de novo no vasto espaço do homem, que não faz mais do que estabelecer um curto-circuito no esforço para ter acesso ao transcendente.

A existência das toxicomanias lembra-nos que existe na nossa época um fenômeno de importância fundamental, próximo e distante ao mesmo tempo da utilização das drogas, fenômeno muito característico e cuja amplitude parece bem específica no nosso universo de produtividade, de eficácia e também de grande transformação. Distante e próximo da utilização das drogas pelo menos da maneira como foram inseridas, lá fora e numa outra época na cultura ou na mitologia. Quase sempre nossas drogas, como a heroína, morfina, LSD foram obtidas através de processos de destilação, concentração e síntese que fizeram delas produtos hiperpotentes em relação ao produto original, ou ainda produtos derivados, diferentes na estrutura, quando não nos seus efeitos. E muito mais tóxico. As conseqüências são consideráveis e o fenômeno é pernicioso e destruidor, ao que a opinião pública não deixa de reagir, embora tenha outros motivos para se emocionar. Não resta a menor dúvida de que a toxicomania existe como um problema social, que preocupa tanto as instituições de tratamento médico quanto as educativas, judiciárias, políticas e etc.

A partir da década de sessenta o consumo de drogas teve um aumento alarmante, o que causou preocupação em nível mundial, mais entre os países industrializados. E no Brasil não poderia ser diferente, embora o tema não seja

tratado com a devida seriedade, onde falar de drogas virou muito mais um modismo do que qualquer outra coisa.

Segundo Bucher (1992):

(...) “Este modismo é profundamente contraproducente para uma abordagem pertinente da questão, visto que os sensacionalismos e dramatizações exageradas, ou ainda os aspectos emocionais ou moralistas duvidosos, apresentam um panorama distorcido e até caricatural que não se coaduna com a realidade deste consumo na sociedade brasileira”(p.01).

Existe uma variedade enorme de drogas sendo utilizadas atualmente por toda a humanidade, mas algumas delas são mais usadas e de uma forma banal. Fato este que nos assombra e preocupa.¹ (Sobre elas, para maiores informações, indico ler bibliografia anexada abaixo).

Voltando mais um pouco, em 1968 Claude Olivenstein (1977), faz remontar as primeiras preocupações da sociedade francesa com relação às drogas, onde inúmeros jovens da época passam a consumir toda a espécie de drogas, resultando em casos de overdose que eram divulgados pela imprensa. Nesse momento a sociedade se desespera e insegura diante dos fatos, vacila perante o medo da calamidade, o que resulta em uma mistura de adolescentes drogados que argumentavam a política que era realizada com relação à questão das drogas naquela época.

Nos anos 70 e 80 foi implementado um programa de prevenção às drogas, fato este causador de muito receio perante aos mitos que passaram a circular a propósito da informação do público sobre as drogas. Onde falar de drogas é correr o risco de infundir nas pessoas mais ignorantes a idéia de consumo; era o mesmo que dizer que a drogadição não é uma fatalidade e que os drogaditos a podem vencer se fizer tratamento, o que era considerado como uma influência para que experimentassem drogas, e por último o mito de que prevenir a drogadição é não falar dos produtos.

¹ BERGERET & LEBLANC. J & j, Toxicomanias uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

Já a partir dos anos 80 estes mitos se invertem, embora ainda equivocados e falar de drogas passa a ser considerado dissuadir as pessoas ignorantes; a drogadição não é uma fatalidade; e prevenir é falar dos produtos e explicar como é que eles atuam.

Segundo Colle (1996), essas crenças eram erradamente aplicadas aos *slogans* que eram destinados a juventude da época, que começavam a aparecer a partir de 1986. Como os consumidores eram jovens, considerados dependentes física e psicologicamente, de várias drogas utilizadas sucessiva ou simultaneamente, experimentam todo tipo de drogas e consomem substâncias de maneira diferente da geração de drogaditos que os precedeu. Estes começavam a utilizar drogas mais velhas, quando já estavam integrados socialmente e controlavam sua dependência utilizando uma só droga, morfina, ópio fumado, cocaína, éter e haxixe, que era consumido por uma minoria. Muitos deles eram estudantes ou até mesmo médicos e membros das profissões paramédicas, artistas ou militares que passaram a tornar-se drogaditos pós-cirurgias ou a traumas de guerra. Com algumas exceções, todos se forneciam e consumiam longe da delinqüência e da exclusão.

Inserir estes jovens no sistema de saúde era um problema pelo fato de não se considerarem doentes ou delinqüentes. No que se refere a este fato Oughourlian (1979, apud Colle, 1996) nos informa que os critérios psicopatológicos e farmacológicos já não servem mais para explicar o fenômeno dos consumos hedônicos ou doentios das drogas e dos medicamentos. A idade, a educação, a personalidade e a origem social dos utilizadores não correspondem às noções clássicas e desorientam médicos, psiquiatras e educadores. Claude Olivenstein (1977, apud Colle, 1996, p.38) propõe a sua equação inspirada em Leary, T. “*A toxicomania resulta do encontro de um produto, de uma personalidade e de um momento sociocultural*”.

Esta definição fenomenológica e não psiquiátrica abre perspectivas de ajuda e de cuidados alternativos, comunitários e não médicos nos possibilitando também pensar acerca da complexidade que envolve as drogas.

As drogas alucinógenas e as derivadas da *cannabis*, como a maconha, tornam-se produtos de utilização corrente. O movimento de 68 criou novos relacionamentos entre jovens de todos os meios sociais. A cultura adolescente se internacionaliza, tem a capacidade de crítica e a curiosidade para inventar novas formas de relacionamento e considera as drogas um meio e não um fim. A modificação voluntária dos estados de consciência de si próprio e dos outros é então vista como a possibilidade das modificações sociais. Esses utilizadores passam a diferenciar drogas leves e drogas duras.

A atenção da opinião pública recai sobre a questão da drogadição como uma preocupante ameaça para a juventude sem distinguir as diferenças entre as conseqüências provocadas pelas drogas leves e duras, onde o pânico é periodicamente sustentado pela mídia. Isso obriga os responsáveis políticos a desenvolver estratégias terapêuticas em harmonia com as disposições judiciais e a dramatização promovida com fins de segurança: os técnicos de diferentes formações inovam, aparecem soluções alternativas, as instituições diversificam-se a fim de oferecer aos drogaditos outras saídas para além da prisão ou da psiquiatria.

De acordo com certos autores (Colle, 1996; Marlat, 1999), ainda na década de 80, em resposta à crescente crise da AIDS surge um movimento internacional, uma nova filosofia que nos permite sair de uma lógica louca e enlouquecedora de duplas mensagens num discurso paradoxal e confuso entre liberdade e proibição, cuidado e punição.

A redução de riscos ou redução de danos surgiu do reconhecimento da necessidade de estratégias mais práticas e adaptativas para reduzir o risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis. O sucesso de abordagens inovadoras de saúde pública introduzida na Europa e na Austrália, como programas de troca de seringas e prescrição médica de substâncias adictivas, estimulou ainda mais o modelo de redução de danos. Esta é uma proposta que depende de mudanças profundas e, no momento apenas constitui uma opção ainda minoritária. A abstinência obrigatória e a redução de danos são duas visões contraditórias que sustentam projetos de sociedade incompatíveis e

o mundo começa a balançar entre os dois. Este assunto será tratado detalhadamente mais à frente no primeiro capítulo onde irei citar os diferentes projetos de prevenção às drogas.

1.2. Visão epidemiológica das drogas

As pesquisas epidemiológicas das drogas são de extrema importância em diversos aspectos para que, a partir de seus resultados, pesquisadores e profissionais que trabalham com esse tema possam dar direção aos seus trabalhos e projetos.

A Organização Mundial de Saúde define o termo epidemiologia como sendo o ramo da ciência que se interessa pelo estudo do meio, dos fatores individuais e outros que, de alguma forma podem influenciar na saúde do homem.

O que no começo era voltado somente para o estudo de doenças infecciosas que provocavam um índice considerável de mortalidade.

Segundo Bergeret (1991), este estudo era centralizado na causalidade externa da doença ou concomitantemente com o objetivo de exterminá-la em sua origem.

Ainda para o autor, o termo epidemiologia expandiu-se e contemporaneamente para aspectos marginalizados da medicina, tais como o suicídio e as toxicomanias, este se orienta segundo duas coordenadas que não são absolutas, tendo em vista que se realizam pesquisas mistas. Tais estudos realizam trabalhos de orientação demográfica se concentrando no estado da coletividade ou nos estudos mais voltados para danos psicológicos procurando destacar os fatores de risco dos indivíduos.

Para Marcelli (1989), os estudos epidemiológicos das condutas toxicômanas e das tentativas de suicídio relativo a um grande número de casos fazem com que sobressaiam os fatores ambientais: fatores familiares, sócio-culturais e, em menor grau, fatores comportamentais individuais. Estes estudos permitem destacar “populações de risco”; associadas aos estudos clínicos, estes

têm por ambição um melhor uso das disposições preventivas, que se tornam cada vez mais prioritárias na abordagem do tema drogas. É indispensável que não se confunda epidemiologia com estatísticas, pois não existem estatísticas de fato confiáveis em matéria de drogadição; cada organismo ou instituição publica as suas, apenas medem a atividade dos diferentes serviços e não a amplitude da drogadição.

Do ponto de vista epistemológico, Marcelli (1989, apud F. Davidson e cols, 1974), retoma em grande parte os estudos da I.N.S.E.R.M., em particular os resultados da análise de 1.030 arquivos de sujeitos que haviam feito uso de drogas, sem distinção inicial entre “abuso” e “uso”. Foi contudo, possível isolar uma subpopulação de sujeitos considerados “dependentes” segundo a definição da O.M.S.

Tais estudos foram distribuídos conforme o sexo onde se nota uma predominância de homens entre os drogados, masculino 65,1%; feminino 34,9%. Esta constatação é assinalada em diversos trabalhos estrangeiros, havendo, contudo menor desproporção entre os estudantes. A distribuição por sexo dos sujeitos considerados “dependentes” é sensivelmente a da amostra. Distribuíram também conforme a idade e a amostra global confirma a juventude dos sujeitos em questão, aproximadamente 8% tem menos de 18 anos, 17% tem menos de 20, e 80% menos de 25 anos. Em contrapartida, a distribuição dos sujeitos “dependentes”, por idade, mostra uma menor proporção de sujeitos com menos de 25 anos, do que na amostra global. E nos estudos da duração da intoxicação as taxas para a totalidade dos drogados são respectivamente de 39,3% de intoxicação durante mais de três anos e de 61,4% por mais de dois anos. Para os sujeitos “dependentes”, é natural que a duração média de intoxicação seja mais importante: respectivamente 57,7% e 78,3%.

Para os estudos epidemiológicos, ainda segundo o autor, é relevante analisar além dos fatores acima citados fatores como as características familiares, fatores sócio-culturais, fatores individuais e fatores ligados ao produto. Nas características familiares cabe constatar a freqüência da dissociação familiar, onde o estudo da profissão dos pais revela uma elevada

percentagem de “inativos”, e a super-representação dos grupos sociais mais desfavorecidos. Em compensação, a taxa de mães que trabalham fora é plenamente comparável à população em geral. Estas características familiares para uma amostra global de consumidores de drogas merecem ser complementada por elementos oriundos de outras pesquisas, dizendo respeito mais especificamente aos sujeitos “dependentes” ou aos politoxicômanos: a família mostra-se mais falha (ausência, divórcio, desentendimento...). Nota-se aí também uma freqüente tendência a ingestão de medicamentos, ao tabagismo ou ao alcoolismo em um dos ou ambos os pais; do mesmo modo, cabe ressaltar uma significativa proporção de pais que sofrem ou sofreram de uma ou várias doenças suficientemente graves, a ponto de contribuir de forma importante na perturbação do clima familiar.

Finalmente, no que diz respeito a estes sujeitos “dependentes” ou politoxicômanos, não mais se assinala a super-representação dos grupos sócio-econômicos mais favorecidos. À imagem de numerosos outros distúrbios psicopatológicos, o encadeamento causal direto do sintoma deve ser posto em questão: com efeito, corremos o risco de atribuir exageradamente a origem da drogadição apenas ao ambiente familiar. Lembremos que a drogadição em um jovem pode ocorrer em uma família que não apresente nem mais nem menos problemas do que qualquer outra.

Sobre os fatores sócio-culturais a pesquisa do I.N.S.E.R.M., citada a cima, não considera fatores de não integração, tais como diferenças de origem étnica ou a transplantação. Pesquisas efetuadas em outros países e, sobretudo em sujeitos “dependentes” não concordam com tal constatação. Já entre os fatores individuais, especificamente no adolescente, três ordens de fatores parecem agravar o risco potencial: a utilização regular de uma importante quantidade de droga lícita, seja qual for. A tomada de drogas é aproximadamente seis vezes mais freqüentes nos usuários de psicotrópicos lícitos do que naqueles que destes se abstêm; 18% dos consumidores importantes de tabaco ou bebidas alcoólicas e dos usuários de medicamentos psicotrópicos tentaram a droga, ao passo que a percentagem é de 6% entre os

consumidores moderados, e de 1,4% entre os não consumidores. Entretanto nada permite concluir que o consumo, mesmo regular e importante, de tabaco, álcool ou medicamentos psicotrópicos, constitua em si uma incitação ao uso de drogas ilícitas; a existência de angústia e sofrimentos afetivos durante a infância e pré-adolescência (doenças psicossomáticas, dificuldades escolares e de caráter, tentativas de suicídio, etc.); a desinserção social é particularmente nítida no caso dos heroinômanos (48,2% dentre eles não têm atividade alguma). Esta desinserção se entrelaça estreitamente com a conduta toxicômana: comumente é difícil saber se a desinserção favoreceu o abuso da droga, ou se o que se produziu foi o inverso.

E finalmente os fatores ligados ao produto onde todas as drogas conhecidas são utilizadas. Nesta pesquisa na população estudada a politoxicomania (53% utilizam três drogas ou mais) supera em muito a monotoxicomania (24,4%, sobretudo usuários de *cannabis*, mas também de heroína). Entre as associações de drogas constatadas encontram-se realizadas todas as combinações possíveis. O tráfico e outras vias ilícitas são os mais habituais modos de obtenção. A freqüência de distúrbios mentais manifestos concerne a 35% dos sujeitos, aumentando paralelamente à antiguidade da intoxicação. Fica, portanto, clara a existência de uma correlação entre freqüência dos distúrbios mentais e a antiguidade da intoxicação. Finalmente, são consideráveis os distúrbios ligados ao uso de drogas, uma vez que 50% dos sujeitos foram levados a tomar contato com os serviços de cuidados devido a distúrbios de ordem somática (abscessos, sapticemias, hepatites virais, superdosagens).

Ainda visando contemporaneamente à epidemiologia das drogas Bucher (1992), comenta sobre a situação das drogas no Brasil referindo-se que em nosso país fala-se muito sobre o consumo alarmante de drogas, sobre o seu constante aumento, sobre as ameaças que faz pairar acima da sociedade organizada e sobre os perigos que representa para a parcela mais vulnerável da população, a saber, a juventude. O que se refere, em geral, ao consumo de drogas ilícitas, apresentando, às vezes, em tons apocalípticos, como o principal

fator responsável pela decadência do Ocidente ou pela depravação moral de amplas faixas da população. Para considerar tais alegações precisamos analisar a situação real desse consumo na sociedade, incluindo nos estudos epidemiológicos as substâncias psicoativas lícitas fazendo uma abstração de considerações repressivas. Antes de saber se o uso de drogas deve ser tratado como uma questão de polícia, cabe conhecer o seu alcance e os padrões de uso das substâncias mais consumidas, suas freqüências e suas repartições nos diversos segmentos da população. Mesmo não sendo possível obter dados abrangentes sobre a situação, por ser demasiadamente complexa e diversificada, sobretudo num país do tamanho do Brasil, os fragmentos de conhecimento já disponíveis permitem um dimensionamento mais correto deste consumo; eles permitem, em particular, tirar da “questão das drogas” a sua auréola sensacionalista, tão apreciada pela mídia em geral, e inseri-la nos patamares de ocorrências sociais averiguadas.

No conjunto das ciências sociais a epidemiologia representa um recurso indispensável para delinear indicadores de determinados fenômenos vinculados à saúde pública e, é nesse contexto que o consumo de drogas deve ser tratado, para que a prevenção tanto da oferta como da procura se aplique não a situações fantasmas, mas a sua realidade efetiva.

Por outro lado, os resultados obtidos por levantamentos epidemiológicos devem ser completados por investigações mais qualitativas, em particular sobre as motivações que levam parcelas cada vez mais numerosas – segundo todas as indicações – da população a procurar drogas, no anseio de alcançar determinadas finalidades que, sem aquelas, parecem fora de alcance. De que finalidades se tratam e quais as motivações secretas que as sustentam, a epidemiologia não nos informará, mas também não é este o seu propósito. Não é por ser um instrumento relativo que devemos querer abrir mão de seu auxílio; este é precioso por oferecer dados fidedignos sobre a dimensão da presença da droga em nosso meio.

Ainda segundo Bucher (1992, apud Carlini & al, 1990), neste sentido, devemos acreditar que programas de intervenção preventiva, só terão

possibilidade de êxito “caso haja conhecimento prévio das condições existentes em um determinado meio e das características sócio-demográficas da população-alvo, possibilitando uma abordagem racional da situação”.

Os levantamentos epidemiológicos prestam colaboração imprescindível no conhecimento destas condições. Desde que segundo Bucher (1992, apud Almeida & al., 1989) seja enviado uma apresentação fetichizada e simplista da epidemiologia, acentuando, pelo contrário, os seus aspectos mais críticos e os seus limites mais evidentes.

Conforme recomendações da ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas), podemos a partir dos dados epidemiológicos disponíveis, pautar uma série de princípios para nortear a implementação de políticas de prevenção nessa área, princípios que, por sua vez, determinarão novas investigações epidemiológicas visando aperfeiçoar nossos conhecimentos a respeito da realidade brasileira das drogas. Assim, nota-se hoje em dia um crescente interesse pela instrumentalização da epidemiologia para o subsídio do planejamento de programas de saúde. O que nos leva a crer que não é menos verdade que sem a enunciação de princípios eticamente e epistemologicamente claros sobre a política social, esta instrumentalização corre o risco de ser usada em benefício não da população, mas da manutenção do “*status quo*” e de todos aqueles que dele tiram proveito. Postulamos, por conseguinte: toda abordagem do assunto deverá basear-se em conhecimentos científicos, isto é, racionais e desmistificados, sobre o conjunto das substâncias psicoativas, contemplado o álcool, tabaco e outras drogas lícitas, como medicamentos e solventes, sem privilegiar, de modo algum, apenas as drogas ilícitas ou a repressão do narcotráfico; as intervenções planejadas deverão focar a questão das drogas fundamentalmente como um problema de educação e saúde, a ser tratado respeitando as conexões com a situação sócio-econômica do país; as políticas em relação às drogas deverão integrar-se com as políticas sociais e assistenciais mais gerais, respeitando sempre as particularidades históricas, sociais e culturais de cada população ou região; a viabilização dos programas dependerá da participação de todas as camadas da sociedade, a serem

mobilizadas através de mecanismos específicos de conscientização, treinamento e capacitação de recursos humanos, em particular em líderes e associações comunitárias.

Respeitando estes princípios, a abordagem da questão das drogas abandonará o enfoque policesco e moralista e se desenvolverá segundo um eixo de valorização da vida e da pessoa humana, como preconiza o programa da ABEAD (1990). A fins de mais esclarecimentos sobre resultados de pesquisas epidemiológicas acerca das drogas indico leitura do primeiro capítulo da bibliografia citada abaixo.¹

Utilizando dois artigos de estudos epidemiológicos recentes sobre o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares em duas diferentes cidades brasileiras, notou-se que, segundo conclusões dos pesquisadores do Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade do Estado de São Paulo (UNESP). Assis, SP, Brasil, e , Pesquisadores do departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo & al. , retiradas do site: WWW.Scielo.com.br.

- Os sujeitos do sexo masculino consumiram mais drogas que os feminino. Nota-se, porém, uma nítida preferência por parte do sexo feminino, pelas drogas lícitas (medicamentos, como ansiolíticos e anfetamínicos) e pelas drogas ilícitas, pelo sexo masculino, confirmando uma tendência observada em outros estudos (Bucher, 1992; Galduróz et al, ² 1997; Muza et al, ³ 1997; Zilberman, ⁴ 1998).

¹ BUCHER, Richard. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

² GALDURÓZ, JFC, Noto AR, CARLINI, EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas / Escola Paulista de Medicina; 1997.

³ MUZA, GM, BETTIOL, H, MUCCILLO, G, BARBIERI, MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP. I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. Ver Saúde Pública 1997; 31:21-9.

⁴ ZILBERMAN, ML. Características clínicas da dependência de drogas em mulheres (tese de doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.

- A comparação entre as redes pública e privada mostra maior prevalência de uso das drogas nas escolas particulares, o que pode estar ligado à condição social, cuja disponibilidade de recursos financeiros facilitaria a aquisição das drogas.
 - Demais conclusões a respeito ficam prejudicadas devido à escassez de estudos epidemiológicos nas escolas particulares, em virtude da dificuldade de acesso de pesquisadores para a obtenção de dados (Bucher, ¹ 1992).
 - Os índices de consumo de drogas nas escolas de Assis são semelhantes aos encontrados pelos pesquisadores do CEBRID, para a cidade de São Paulo (19% para uso na vida) e um pouco inferior aos de outras capitais do país (média de 24,7% para uso na vida), pesquisadas pelos mesmos autores (Galduróz et al, ² 1997) que por sua vez, são bem inferiores aos índices dos países desenvolvidos (Muza, ³ 1997).
 - O consumo de drogas psicoativas sempre existiu na história da humanidade, variando somente a quantidade, tipo e a forma de seu uso. Se existe mais ênfase num ou noutro tipo de consumo em determinada época, isso se deve a fatores específicos e característicos do momento histórico em que se vive. Nesse sentido, o consumo abusivo de drogas é mais um sintoma do que a causa de problemas em nossa sociedade e deve ser tratado tendo em vista a complexidade e magnitude do assunto. A forma mais eficaz de minimizar o problema é o desenvolvimento de ações preventivas específicas para cada segmento e faixa etária, tendo como objetivo a valorização da saúde e o respeito à vida.
 - A conceituação e a operacionalização das classes sociais, com suas respectivas frações de classes, esbarram em obstáculos importantes como a existência de diferentes conceituações de classe social e pelas dificuldades de operacionalização destes mesmos conceitos. O objeto de estudo, o consumo de substâncias psicoativas, e o sujeito, os adolescentes, impõem
-

dificuldades adicionais, proporcionadas pelas necessidades metodológicas de se utilizar um questionário auto-aplicável e a freqüente falta de informação desse grupo etário a respeito das atividades de trabalho de seus pais. Esses obstáculos não só não invalidam nossos esforços, como também abrem espaços para novas investigações abordando as questões que permeiam a conceituação e a operacionalização das classes sociais para uso em pesquisas epidemiológicas.

- A conceituação e a operacionalização das classes sociais, com vistas à sua utilização em estudos epidemiológicos na área de saúde, ainda é pouco estudada. Novos esforços devem ser enviados, sejam eles na comparação com outros métodos, seja no aprimoramento da presente proposta, seja na elaboração de um novo modelo capaz de representar com fidedignidade uma realidade a se estudar. A falta de homogeneidade quanto ao critério de classificação socioeconômica proporciona uma série de transtornos operacionais, dificultando, principalmente, a comparação transcultural dos dados.
- Entende-se o consumo de substâncias psicoativas, antes de tudo, como fenômeno histórico e cultural. Tem-se registro da existência do álcool como produto da fermentação de cereais, nos mais antigos documentos da civilização egípcia. Entre os gregos e romanos era consumido pelo seu valor alimentício e social, representado pelas festas e cerimônias religiosas. O ópio entre os gregos era investido de significado divino e seus efeitos eram considerados como uma dádiva dos deuses. A disseminação do uso dos narcóticos, no entanto, se processa nos EUA somente a partir do último terço do século XIX.
- Hábito de consumir a coca data de cerca de 4.000 anos, como atestam alguns achados arqueológicos. Nas regiões andinas as folhas de coca são mastigadas (ato de coquear) há séculos pela população indígena, onde esse ato assume um papel comunitário e ritual, e serve como expressão da identidade étnica dessa população. Da mesma forma a maconha, que é consumida há mais de 4.000 anos, se investe de significados distintos

quando consumida por diferentes segmentos de uma mesma sociedade. Nas últimas décadas, no entanto, ocorreu uma expansão sem precedentes, alcançando indivíduos de todas as classes sociais.

- Como visto, a história da produção e do consumo das substâncias psicoativas faz parte da própria história da humanidade e deve ser entendida, portanto, como um fenômeno cultural e histórico, não existindo sociedade que não tenha recorrido ao seu uso, em todos os tempos, com finalidades as mais diversas. Focar a atenção na distribuição do consumo por classes sociais se configura numa fração da tarefa, que é alcançar a realidade do consumo de drogas entre adolescentes,
- Outra tarefa que se apresenta como inadiável é entender que papel desempenha a família no contexto da adicção na adolescência. Se assume, e já foi feito, que a qualidade das relações interpessoais e intrafamiliares são importantes, não se pode mais preteri-la.
- A abordagem da questão do consumo de drogas hoje é mal dimensionada em muitos de seus aspectos. A dimensão político-institucional, por exemplo, dispensa enormes volumes de recursos para o combate ao tráfico de drogas e minimiza o papel dos programas de atenção primária ao abuso de substâncias; a dimensão educacional ainda convive com idéias sem um mínimo de sustentação e insiste na utilização de técnicas do tipo “amedrontamento”, com eficácia bastante duvidosa; a dimensão médico-psicológica muitas vezes supervaloriza o poder das drogas e relega o contexto sócio-familiar a um plano imenso importante; e a dimensão social, por sua vez, trata a dependência às drogas ilícitas como um fenômeno de primeira grandeza, quando de fato o são as dependências ao álcool e tabaco, duas drogas lícitas.
- Abordar as questões do uso/abuso de substâncias psicoativas não é uma tarefa simples e, certamente, uma única disciplina jamais dará conta do fenômeno se não for abordado a partir da perspectiva da interdisciplinaridade.

Tais conclusões foram citadas por considerá-las pertinentes ao tema em questão comprovando assim a importância das pesquisas epidemiológicas no que se refere ao estudo da drogadição, onde, segundo divulgações atuais na mídia, citadas por Liana Melo e Ricardo Miranda (revista Isto É), oito em cada dez compradores de drogas, segundo estatísticas oficiais, são usuários eventuais ou recreativos, cada vez mais jovens, meninos e meninas entre 11 e 12 anos que começam a experimentar. Os demais são dependentes químicos, inimputáveis e passíveis de tratamento. Portanto, mais uma vez comprova a importância das pesquisas epidemiológicas e seus resultados estatísticos que nos permite uma atualização sobre sexo, faixa etária e consumo de quais tipos de substâncias estão sendo mais utilizados para que se possa realizar um trabalho preventivo mais adequado à demanda e mais eficaz.

1.3. Diferentes maneiras de abordar o tema drogas

1.3.1. Drogadição entre doença e delinquência

Segundo Bergeret (1991), o ser humano sempre procurou fugir de sua condição natural cotidiana, empregando substâncias que aliviassem seus males ou que lhe propiciassem prazer. À semelhança de certos animais, usuários intermitentes de drogas, o homem primitivo aparentemente mostrou-se, pelo menos nesse setor, portador de uma certa sabedoria, como se uma fronteira separasse o possível do perigo. Com o passar dos séculos, este tipo de autorregulação, este senso inato de limites desapareceu. E com as mudanças sociais este homem passou a se tornar cada vez mais vulneráveis e dependentes daquilo que acredita ser fundamental para a sua sobrevivência e felicidade.

O recurso às drogas, diz o autor, era inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminando com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável, até mesmo banalizado.

Numa perspectiva histórica pode-se dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública, atingindo simultaneamente o médico e os

legisladores, a partir da metade do século XIX. O progresso da química industrial, da farmacologia e da medicina, deu-lhe a sua dimensão moderna. Aos locais de fumo do ópio sucederam os costumes de injeção de morfina e seus derivados, depois o recurso às numerosas drogas psicotrópicas. Paralelamente, o alcoolismo e o tabagismo, o que segundo opiniões configuram flagelos médico-sociais.

Ainda segundo o autor, inicialmente marginal, concentrado em certas regiões do planeta, o fenômeno disseminou-se no mundo inteiro, predominando nos vários países industrializados da América e da Europa. Ambas as guerras mundiais vieram sucedidas por uma onda de consumo de drogas pesadas pelos adultos sem, contudo, constituir um problema social. Após os anos 60, a droga atinge uma população cada vez mais jovem, num movimento de crítica a todo o sistema ocidental de valores. Hoje, acrescenta-se a inquietação em face de um futuro incerto, até mesmo ameaçador, que confere à droga a dimensão de um **sintoma**, que remete ao próprio sentido de nossa existência humana.

Existem vários questionamentos que nos perseguem quando refletimos sobre a drogadição e a tendência de algumas pessoas a se tornarem drogaditos, e acredito que algumas delas seriam, considerando os estudos de Olivenstein (1985), existe um sistema de fabricação de drogaditos; existe um determinismo causal e conseqüente irreduzível; existe uma identidade de drogadito?

Nesse sentido o autor tende a afirmar de uma forma causativa que existe um sistema de fabricação do drogadito e que, contraditoriamente, este destino não é inelutável, pelo menos não é irreversível. Considerando que todo fenômeno pode ou não se produzir, dependendo da velocidade do encontro intrapsíquico e do momento de sua aparição.

Os usuários de drogas dependem de uma interrogação social; os drogaditos são doentes que sofrem e, por esta razão, dependem de uma intervenção terapêutica. Para o autor (1985):

“(...) Já é tempo de pôr um termo a essas confusões que nos perturbam, e o papel de uma clínica dos

toxicômanos” é justamente colocar as coisas nos seus devidos lugares, longe de uma psiquiatria ou psicofarmacologia moralistas e facilitadoras de todo tipo de tirania” (p.80).

Podemos afirmar com certeza que o usuário de drogas leves ou pesadas, não teve nenhuma infância específica. E com a mesma certeza afirma-se que ocorrem eventos e “passes” específicos na infância do drogadito. A prova disto é evidente, flagrante e cotidiana. Todos nós alguma vez experimentamos, atualmente tomamos, ou então tomaremos um dia algum tipo de droga. Conhecemos milhares de pessoas que o fazem, e que não são e nem se tornarão drogaditos. E, no entanto, os usuários de drogas existem. O que nos leva a crer que há então uma diferença entre esses dois tipos de homens, e que pode ser constituída desde a mais tenra infância. O que não quer dizer que, mesmo tendo adquirido este patrimônio como parte de suas aquisições infantis, se tornarão usuários de drogas.

Ainda segundo o autor, para que alguém dotado desses elementos adquiridos transforme-se em drogadito, duas condições são necessárias e suficientes: a primeira é que ele encontre a droga; e a segunda é sua relação com a transgressão da Lei.

O que me leva a crer que existe então uma diferença clara entre o usuário de drogas apenas dependente da droga, o que consideramos como um doente e aquele que tem a capacidade de transgredir leis para utilizar drogas, o que considero também doente, mas com uma personalidade violenta tornando-se um delinqüente e por isso também considerado pela lei e a moral como um infrator.

Então, para Olivenstein (1985), a infância do drogadito pode ser fator determinante para que se torne um usuário de drogas, e comparando com outro autor que trata da delinqüência juvenil esta infância também é fator determinante para que este se torne um delinqüente.

Segundo Papalia (2000 apud Yoshkawa, 1994), a delinqüência é muitas vezes atribuída à influência dos grupos de pares; os pais se preocupam que o filho “caia no grupo errado”. Os pares realmente exercem influência; os jovens que consomem drogas abandonam a escola e cometem atos delinqüentes geralmente fazem tudo isso na companhia de amigos. Entretanto, as crianças em geral não “caem” num grupo; elas procuram amigos ou, quando rejeitadas por um grupo de amigos, aceitam a abertura de outros. Nesse sentido, os pais desempenham um papel mais importante do que podem imaginar, porque ao se examinar as raízes da delinqüência percebe-se que alguns adolescentes mostram comportamento anti-social isolado ou ocasional. Depois há um grupo menor de infratores crônicos, os quais habitualmente cometem uma variedade de atos anti-sociais, como furtar, provocar incêndios, invadir casas e automóveis, destruir propriedades, crueldades físicas, brigas freqüentes e estupros. Os infratores crônicos são responsáveis pela maioria dos crimes juvenis e tem maior tendência a continuar suas atividades criminosas na idade adulta. Os adolescentes que eram agressivos ou envolveram-se em problemas quando mais jovens, mentindo, cabulando aulas, roubando ou tendo maus resultados na escola, têm maior probabilidade de se tornarem delinqüentes crônicos.

Ainda segundo o autor, baseando-se em pesquisas que apontam para padrões precoces de interação entre pais e filhos que levam a influência negativa dos pares, o que, constitui problemas de comportamentos, alguns citados no parágrafo acima, onde, na adolescência conseqüentemente podem transformar-se em delinqüentes crônicos. Os pais destes delinqüentes muitas vezes deixaram de reforçar o bom comportamento na segunda infância e eram severos ou inconscientes, ou ambos, na punição do mau comportamento. Ao longo dos anos esses pais não tiveram envolvimento íntimo e positivo com a vida das crianças. As crianças podem receber recompensas por comportamento anti-social: quando elas aprontam, elas podem obter atenção ou agirem como

quiserem. O comportamento anti-social interfere nos trabalhos escolares e na capacidade de se relacionar com colegas bem comportados. Crianças impopulares e com maus resultados tendem a procurar outras crianças parecidas com elas, e os amigos influenciam uns aos outros exacerbando a má conduta.

A criação inadequada tende a continuar na adolescência, o comportamento anti-social nessa época está intimamente relacionado com a incapacidade dos pais de acompanhar o que as crianças fazem e na companhia de quem. Os pais de crianças delinquentes tendem a punir a infração às regras apenas com sermões e ameaças que nunca são concretizadas.

Assim, considerando que é na infância, através da interação com a família e com o meio social, que o homem tende a se desenvolver fundamentado naquilo que foi aprendido e influenciado pela interação que estabelece com as pessoas e com o mundo, ou seja, tanto o drogadito quanto o delinquente se desenvolvem suscetíveis a tais comportamentos fundamentado em sua história de vida estabelecida pela relação com a família desde seus primeiros anos de vida.

Para Bergeret (1991), a questão que se coloca é saber em que medida o problema concerne à medicina ou à justiça. Na realidade, quem consome drogas pode ser um doente ou um delinquente; pode ser, também, ambas as coisas ou não pertencer a nenhuma das duas categorias. O próprio conceito de toxicomania, termo utilizado naquela época, data do início dos anos 20. Foi utilizado por médicos, juristas e sociólogos que tentaram cada um à sua maneira defini-lo com seu saber, suas técnicas e sua ideologia. Desde 1950, a Organização Mundial de Saúde havia sugerido uma definição para a toxicomania, nesses termos: desejo ou necessidade incontrolável de continuar consumindo a droga ou de buscá-la por todos os meios; tendência a aumentar as doses; dependência psíquica e, geralmente, física em relação aos efeitos da droga; efeitos nocivos ao indivíduo e à sociedade.

Esta definição pretendia distinguir-se da habituação, que envolve tudo aquilo que pode ser chamado atualmente de dependência psíquica. Com o decorrer dos anos, os peritos da OMS perceberam que essas diferentes definições não se aplicavam a todas as drogas e, em 1965, propuseram uma nova, a da dependência, a saber, Bergeret (1991, p.56), *“Um estado que resulta da absorção periódica ou continuamente repetida de uma determinada droga”*.

O que, para o autor, constatava bem o caráter vago de tal definição e traduzia a incapacidade dos peritos da OMS em determinar as razões, não necessariamente médicas, que levam as sociedades a colocar certos produtos sob controle.

Surge então o termo fármacodependência, definido pela OMS em 1969, tencionando ser mais preciso que o anterior. Neste estabelecia-se que, Bergeret (1991):

(...) “Estado psíquico e, algumas vezes, também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento, caracterizando-se por modificações do comportamento e outras reações, que incluem sempre um impulso para tomar o medicamento de maneira contínua e periódica, com o fim de reencontrar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, evitar o mal estar ocasionado pela abstinência. Este estado pode acompanhar-se, ou não, de tolerância. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários medicamentos”(p.57).

Para o autor, essas duas definições têm, pelo menos, o mérito de não subentender um julgamento de valor, e nem visar uma conduta anti-social; por outro lado, enfatizam a dependência psíquica, inerente, em graus variados, a qualquer consumo de droga.

Os trabalhos atuais acrescentam às considerações acima a dimensão sócio-cultural do problema, relegando ao segundo plano a dimensão puramente farmacológica e médica. Assim, a toxicomania é estudada e definida enquanto conduta especificamente humana, qualquer que seja a substância empregada.

Bergeret (1991 apud Szasz T.) com propriedade afirma: “A toxicomania é uma questão de convenção e compete realmente à antropologia e à sociologia, à religião e à lei, à ética e à criminologia, mas certamente à farmacologia”.

1.3.1.1 – Visão Médica

Desde o século passado o atendimento psiquiátrico é, sem dúvida, a resposta mais clássica que a sociedade encontrou, não para tratar os drogaditos, mas para se opor e, de fato, se defender contra a presença de sujeitos que recorrem a drogas para resolver os seus conflitos.

Para Bergeret (1991), não resta dúvida de que o médico possa enfrentar problemas físicos e psiquiátricos ligados ao consumo de drogas (superdosagem, estados confuso-oníricos, episódios psicóticos, estados distímicos, tentativas de suicídio), também é evidente que pessoas usuárias de produtos legais ou ilegais, dos quais são dependentes, devam ser tratadas e curadas como se colocasse um problema unicamente médico. Há uns trinta ou quarenta anos, os médicos tentavam deter os drogaditos através de métodos “clássicos”: isolamento e abstinência em hospital psiquiátrico, indo desde tratamentos de choque (insulina, etc) até curas neurolépticas e produtos de substituição. Se estes dois últimos, a rigor, puderem ser mantidos, os primeiros para conseguir uma abstinência física e os outros para estabilizar ou “legalizar” uma dependência aos opiáceos em via de cronificação e oferecer ao viciado uma alternativa na falta de algo melhor, todos os outros recursos médicos compartilham um fracasso, por negligenciarem o problema afetivo de base. As hipóteses

bioquímicas e a descoberta de receptores específicos certamente abrem perspectivas de pesquisa interessantes, mas só explicam uma parte da tríade: personalidade, produto e momento sócio-cultural.

Além disso, parece cada vez mais importante diferenciar os drogaditos dos usuários de drogas. O usuário de drogas consome produtos com um intuito recreativo, ou pratica, na sua existência, um compromisso entre seus hábitos e suas relações sociais como os adultos fazem com o álcool, o tabaco e os medicamentos. O drogadito, diferente do usuário, encontra-se em situação de sofrimento, podendo este sofrimento já existir antes do uso da droga, ou acontecer após a perturbação ocasionada pelo encontro com o produto; muitas vezes, é a partir desse momento que certas pessoas começam a viver e a pensar de outra forma, diferente da que era habitual. O que devemos considerar é que não é preciso (ou nem sempre) ter problemas ou sofrimento de ordem neurótica para tornar-se alcoólatra, drogadito ou usuário de drogas; devemos saber que uma personalidade não mais neurótica perversa ou depressiva do que qualquer outra pode, após circunstâncias particulares e o encontro com o produto, tornar-se dependente deste produto. Muitos indivíduos demonstram uma adaptação biológica a determinada droga, sem que se possa propriamente falar de sofrimento biológico. Neste caso o médico não encontrará jamais (a não ser devido a uma receita) essas pessoas, que organizam suas vidas de uma forma razoavelmente equilibrada, em função da gravidade da sua dependência. Trata-se aí de um problema de liberdade ou de perda da mesma, para escapar de um constrangimento mais ou menos profundo, seja ele individual ou social, antes que de um problema especificamente médico.

Ainda segundo o autor, quando um médico se ocupa de um drogadito, querendo ou não, ele se vê forçado a esquecer seu conhecimento e suas técnicas e abandonar seu esquema de pensamento causal e linear, oriundo do século XIX (sintoma, diagnóstico, tratamento, prognóstico, prevenção). Assim, uma nova abordagem terapêutica impõe-

se a ele e em numerosas situações a perspectiva do tratamento e da cura será substituída pela noção de um acompanhamento difícil, longo e frustrante, onde valores elementares como simpatia, amizade e calor são tão indispensáveis do que as qualidades profissionais específicas.

Segundo Bucher (1992), alguns autores adeptos ao movimento da antipsiquiatria fizeram análises consideradas contundentes e pertinentes baseadas em pesquisas arqueológicas realizadas por Foucault (1969) ou as denúncias de Szasz que são velhas conhecidas do meio científico. Tais análises apontam para a insuficiência tanto do discurso médico quanto do discurso jurídico a respeito da drogadição.

O que se percebe, entretanto, é que aquelas denúncias não mudaram grande coisa na organização da prática psiquiátrica. Esta continua a exercer sua ação repressiva com soberania, com a benção de um sistema social que absorveu, com a habilidade costumeira, as críticas e contestações que lhe foram endereçadas. Infelizmente, a integração anuladora destas críticas e as medidas repressivas pelas quais se tenta jugular tanto as “doenças mentais” quanto o abuso de drogas, não surtem efeito e não acabam com estes fenômenos. Pelo contrário, eles continuam a perturbar a ordem constituída ou mesmo se ampliam e exigem respostas mais adequadas, se quiser responder à altura dos problemas sociais e psicológicos que colocam.

Na prática psiquiátrica tal como realmente se exerce, nos hospitais, mas, também nos ambulatórios dos serviços estaduais de saúde, prevalecem às considerações de ordem biológica e somática, ou se já, a atenção às alterações orgânicas provocadas pelas substâncias. Tais alterações são inegáveis e se deixam detectar mediante avaliações diagnósticas às vezes sofisticadas; elas em muitos casos exigem cuidados médicos, mas representam apenas uma vertente do fenômeno toxicomania, aquela, precisamente, que se deixa resolver rapidamente, mas em geral provisoriamente, pela desintoxicação. É aquela também que mais suscita investigações farmacológicas experimentais, produzindo

amplos conhecimentos sobre as principais alterações bioquímicas e comportamentais do consumo de drogas, bem como sobre a produção de sintomas e sobre como se capacitar para reconhecê-los.

Ainda sobre esse assunto e em concordância com o que foi dito anteriormente por Bergeret (1991), Bucher (1992) relata que o saber farmacológico ou médico sobre a droga pode, por um lado, tranquilizar pela sua objetividade ou neutralidade asseguradora, mas cria, por outro, rapidamente barreiras às vezes intransponíveis, por distanciar-se do mundo vivido e da intimidade dos usuários que se apresentam com um pedido de ajuda, e que se trata de encontrar não somente objetiva, mas também subjetivamente. Para esta tarefa, a investigação farmacológica pouco auxilia, por não se ater à compreensão do sofrimento psíquico, social e familiar, em geral mais profundo e estranhado do que o sofrimento causado pela debilitação somática.

Das pesquisas levadas a cabo pela psiquiatria biológica e farmacológica decorre freqüentemente uma resposta que por si só demonstra toda a impotência da ciência (e do médico) diante da amplitude do fenômeno: a resposta repressiva. Esta sem dúvida não se encontra nos manuais psiquiátricos, nem nas publicações farmacológicas sobre o assunto. Ela não é formulada explicitamente, mas exerce-se na prática psiquiátrica cotidiana, com exceção das clínicas particulares “de luxo” especializado neste processo e que colocam à disposição do paciente um amplo leque de atividades terapêuticas, planejadas e efetivas por bem treinadas equipes profissionais, realizadas em grupo, em um prazo que varia entre oito e trinta dias. Os drogaditos que a conhecem, após terem passado pela desintoxicação em hospitais psiquiátricos, a consideram como tão aviltante e humilhante que chegam a preferir a experiência penitenciária...

Em suma, o sujeito drogadito não é um doente mental como o quer o enfoque psiquiátrico clássico, mas o produto, o “sintoma” de uma crise pessoal inserida na crise da civilização ocidental, reforçada, no Brasil, pela

permanente calamidade da situação sócio-econômica e que vem se repercutir na drama existencial de alguns indivíduos. Enquanto tal, a drogadição requer cuidados que ultrapassem a dimensão biomédica, portanto, aplicar medidas repressivas, seja psiquiatricamente, não somente não resolve o problema, não o “cura”, mas ainda contribui a ampliá-lo cada vez mais.

1.3.1.2. Visão psicodinâmica e psicológica

Olivenstein (1985), indica que o mais importante para um profissional que trata de um drogadito é considerar as diferenças existentes entre um drogadito e outro drogadito, saber de que se trata a estrutura psicológica, e se o toxicômano tem outra personalidade.

Conforme o autor em 1955 um clínico instruído, Charles Durand, descreveu uma neurose toxicomaníaca com dois componentes: um impulsivo e outro compulsivo. Observando mais atentamente, constatamos que efetivamente muitos de nossos pacientes, cujas identidades não podem ser questionadas por clínico algum, têm a ver com isto, sobretudo no que diz respeito às atuações e ao sentimento de culpa. Verificamos igualmente que suas neuroses têm certa semelhança, mas não são exatamente iguais, as complexidades do toxicômano não pode ser, por exemplo, reduzida a uma neurose obsessiva. Da mesma forma, o terapeuta destituído de idéias pré-concebidas vai constatar que o toxicômano sempre é um pouco parecido com alguma coisa que ele já viu: um pouco de psicótico, um pouco de maníaco-depressivo, um pouco de perverso, um pouco de homossexual etc. Um pouco, mas não exatamente, com variações para cada indivíduo, e para o mesmo indivíduo, a cada etapa do atendimento terapêutico.

Bergeret (1991), alerta que, desta forma, toda tentativa de definir com clareza uma estrutura particular, uma personalidade toxicofílica, se parecia possível há meio século atrás, atualmente revela-se pouco realista.

Uma das únicas hipóteses que possibilitam uma abordagem psicodinâmica original é certamente a de Claude Olivenstein, que descreve o estágio do espelho quebrado, que permite diferenciar, do ponto de vista estrutural, o usuário de drogas do verdadeiro toxicômano: encontraríamos neste último carências específicas constituídas na primeira infância, acarretando uma incompletude, uma “falta”, que mais tarde seria preenchida pelo encontro com o produto.

Bergeret (1991, apud Olivenstein 1978), relata que nos seus trabalhos anteriores, foi o único a pôr em evidência o aspecto fenomenológico preponderante, fruto do impacto droga-indivíduo. Fenômenos como o flash, o high, o planeta, a descida, a qualidade do prazer expresso pelo heroinômano, semelhante a uma lua-de-mel eternamente buscada, podem transtornar a economia libidinal de uma personalidade e fazê-la funcionar de outra maneira. O que acontece com a droga pode ser comparado ao estado de paixão: jamais esqueceremos completamente uma paixão que, durante longo tempo, polarizou todos os afetos. Registremos, a esse respeito, a citação de Piera Aulagnier: *“a droga ou o jogo tornaram-se não somente a fonte do único prazer que conta verdadeiramente, mas de um prazer que tornou-se uma necessidade.”*

No que se refere aos aspectos psicológicos das drogas, Bucher (1992), salienta que Freud em seu livro *O Mal-Estar na Civilização*, (1929) nos apresenta uma visão singela da presença das drogas na humanidade com a seguinte citação:

(...) “A droga, formula ele, é um “quebra-desgosto”, colocado pela natureza à disposição do homem para se consolar pelos seus sofrimentos e para se recuperar dos seus fracassos. Ela a apresenta como uma das “técnicas de defesa contra o sofrimento” (ou contra a infelicidade), ao lado de procedimentos mais nobres como a sublimação, o prazer fantasioso e estético, ou ainda o amor. No extremo, a

tentativa mais radical de transformar a realidade, profundamente inaceitável, consiste na elaboração de uma “formação de desejo” que a substitui, pagando-se um preço muito alto, aquele da alienação e da loucura, pois se trata de uma formação delirante” (p.203).

O que Bucher quer destacar com essa citação de Freud é a sua despreocupação com os aspectos médicos e jurídicos do problema das drogas, ele não se propõe a estabelecer a ficha clínica do toxicômano, não tenta reduzi-lo ao seu sintoma nem vinculá-lo com uma entidade mórbida ou estrutura caracterizada; ele não compara com as categorias psicopatológicas, mas com dimensões humanas fundamentais como o prazer, a beleza, a felicidade e o sofrimento.

1.3.1.3. Visão Jurídica e moral

Durante muitas décadas e ainda hoje o drogadito é considerado delinqüente e criminoso porque a sociedade julgou certas drogas como lícitas e outras como ilícitas, que são incluídas na lista de entorpecentes.

Bergeret (1991), descreve que a conduta toxicomaníaca de doença passa a ser um desvio, um vício. E que esses dois conceitos só podem acarretar medidas repressivas por parte de uma ideologia dominante que só diagnostica um único elemento, o escândalo. Neste caso, não é mais a própria substância que é condenada, mas o seu emprego a filosofia que subentende. As drogas são classificadas como legais e ilegais, assim como os usuários são vítimas da mesma dicotomia. Se a amálgama vício-doença é tão lembrada, é porque expressa bem a ambigüidade fundamental do nosso mundo e do nosso conhecimento. Daí decorrem as contendas de competência entre médicos e juristas, levando muitas vezes a soluções inadequadas, sejam elas de natureza médica ou jurídica.

No entanto o autor alerta que da mesma forma que um remédio antidroga é descoberto, influenciando o sistema de receptores intracerebrais, não resolveria o problema de uma interdição potencial em substituição àquilo que sempre existiu no interior de todo homem. Uma legalização eventual da maconha, de sua parte, apenas deslocaria o problema da transgressão, e esta existiria mesmo que todas as drogas fossem liberadas; esta alternativa extrema, à semelhança de uma prescrição paradoxal concebível numa perspectiva sistêmica, provavelmente acarretaria catástrofes bem piores que as atuais.

No que se refere a mudanças sociais e culturais de valores com o passar dos anos, Bergeret (1991, p. 60) enfatiza que: *"O mundo e os valores mudam rapidamente: em 1898, a heroína era vendida livremente nas farmácias: o que era pensável outrora se torna absurdo atualmente"*.

Trazendo a questão jurídica para o contexto atual, alguns dispositivos legais estipulam ações a respeito da presença de drogas na sociedade brasileira.

Segundo Bucher (1992), uma série de projetos de lei, em andamento no Congresso Nacional, visam uma mudança na legislação atualmente em vigor, mudança essa urgente e imprescindível para fazer frente ao agravamento da situação do consumo de drogas no Brasil. Assim, apesar da lei antitóxica 6368/76 prever a inclusão de matérias sobre drogas nos currículos escolares, o assunto continua tabu nas escolas, em função da resistência de amplos segmentos tanto das autoridades quanto do corpo docente e dos pais dos alunos.

Melo & Miranda (revista *Isto É*, p.31, n.1803), narrando um caso sobre uma prisão ocorrida com um usuário apreendido comprando cem gramas de maconha na porta de um hotel, o qual foi solto após seis horas, o juiz que o enquadrrou por porte de droga faz o seguinte comentário: *"o usuário não é inocente, ele financia a violência do tráfico"*.

O porte é definido levando-se em conta as circunstâncias da prisão, e não apenas a quantidade apreendida. A condenação varia de seis meses

a dois anos, sendo normalmente convertida em penas alternativas. Em breve, o porte deixará até de ser caso de polícia. Um projeto de lei aprovado na Câmara e tramitando no Senado, com o apoio do Governo federal, limita a condenação dos usuários a penas alternativas. “Na prática muda um pouco; hoje já não existem usuários presos no Brasil”, relata o juiz Flávio Dino, coordenador do Juizado Especial Federal de Brasília. Se a responsabilidade jurídica é pacífica, pondera Dino, a grande questão é aferir a responsabilidade social de quem consome drogas.

Ressalva-se então, como foi dito anteriormente por Bergeret que o usuário de drogas é considerado um desviante e por isso é tratado com repressão, sendo ainda responsabilizado única e exclusivamente por um problema social que abrange um sistema integrado e não somente uma das partes deste sistema.

1.3.1.4. Prevenção, escola e sociedade

Não é fácil resistir à atração que as drogas exercem. Engana-se quem acredita que só as pessoas especialmente frágeis ou problemáticas correm o risco de se deixar seduzir por essa experiência. Quem tiver a coragem de fazer uma reflexão sincera sobre si mesmo será levado a reconhecer mais de um comportamento sabidamente prejudicial do qual não consegue se libertar porque este, apesar de tudo, proporciona algum prazer. Entretanto, é por esse e outros tantos motivos, que a prevenção às drogas torna-se um grande desafio.

Bucher (1992), define que a prevenção do uso indevido de drogas, dentro do contexto mais amplo da valorização da vida e da pessoa humana, se deixa conceber de várias maneiras: o sanitarista pensa em termos epidemiológicos ou de saúde pública, o agente da ordem em termos de repressão, o jurista em medidas legais ou punitivas, o economista em medidas visando a redução da oferta ou da demanda; o intelectual pensa na liberalização dos costumes acompanhada pela

responsabilização de cada um, o religioso na renúncia em prol dos valores “superiores”, o moralista na pregação da abstinência em benefício do “bem” coletivo, o educador em informações integrando o currículo habitual de formação do aluno, o psicólogo em mensagens capazes de induzir mudanças de atitudes.

No entanto, o autor alerta que para que uma idéia de prevenção, qualquer que seja o seu conteúdo, seja bem sucedida, encontre receptividade na população alvo e surta efeitos tangíveis, é fundamental que as suas ações sejam norteadas por idéias construtivas, por valores humanos claramente pensados e enunciados, por objetivos baseados em uma concepção humana do humano do homem, em suma, por balizes bem definidas que levam em conta as características psicológicas e sociais do ser humano sobre o qual se quer “intervir”.

Colle (1996), diz que o problema da prevenção específica das toxicomanias está sempre presente nos debates que regularmente reúnem os profissionais e as pessoas que têm o poder de decisão. Historicamente, podemos distinguir duas épocas: os anos antes da Sida (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) e os anos depois da Sida. Este esboço de marcha histórica onde se misturam reflexões de ordem pessoal e teórica revela uma evolução das mentalidades e das políticas de prevenção. Também no campo dos cuidados, os programas de prevenção entram em conflito com contradições ligadas ao quadro jurídico.

Conforme o autor, o conceito de prevenção engloba aquilo a que chamamos consciência, conhecimento, aprendizagem, informação e objetivos.

Para Bucher (1992, apud Nowlis, 1975/82), historicamente o modelo sanitário Não foi o primeiro modelo de prevenção, ele desenvolveu-se apoiado no modelo jurídico-moral que veio a completar, mas não a substituir. Segundo esta autora, as concepções preventivas que se sucederam ou se combinaram, resultam da diversidade das hipóteses formuladas a respeito da interação entre a droga, homem e sociedade,

sendo que cada uma destas hipóteses acarreta determinadas conseqüências na ação social, na educação, no tratamento jurídico, terapêutico e político da questão das drogas. Assim, o modelo jurídico-moral corresponde à resposta mais tradicional que a sociedade reservou a esta questão, a saber, a resposta repressiva. Ao priorizar o produto, o critério da legalidade confunde-se com aquele da periculosidade: medidas legais devem proteger o público desprotegido e exposto ao perigo das drogas, deixando de lado uma série de drogas “legais” que, como o álcool, não são menos danosas que as drogas condenadas pela justiça, mas que são toleradas pela sociedade por razões diversas (uma das quais sendo a sua tributação).

O autor sugere também que estas medidas legais visam à oferta de produtos e pretendem controlar o cultivo, a produção, transformação, distribuição e vendas das drogas declaradas ilícitas.

Em oposição a este primeiro modelo, o modelo de saúde pública não invoca tanto o caráter danoso da droga quanto o engendramento de dependências, sem referência à distinção entre legalidade e ilegalidade das substâncias. Para prevenir a vulnerabilidade de certas pessoas, tentam-se várias ações de vacinação, incluindo medidas desde a absorção de antinarcóticos até a criação de programas educacionais orientados para a prevenção, baseados em informações sobre os riscos incorridos pelo indivíduo que começa a utilizar tal ou qual substâncias.

O modelo psicossocial desenvolvido a partir dos anos cinquenta, introduz uma mudança importante colocando no primeiro plano o indivíduo, enquanto agente vivo, e, portanto responsável do consumo de drogas, insiste sobre a significação do uso da droga e sua função para o indivíduo, pois considera que a utilização de drogas é um comportamento que como qualquer outro só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. O contexto é visto como contribuindo tanto ao uso da droga e aos problemas a ele associados, quanto às reações frente a esse uso,

passando a sua influência em particular pelas atitudes e condutas de outras pessoas.

O modelo sociocultural acentua a complexidade e a variação do fator contexto: são os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas, os que ressaltam particularmente a relatividade cultural de qualquer tipo de consumo. Esta abordagem vai além dos fatores sociais e psicológicos e colocam em evidência as razões das pressões culturais que intervêm no interior das condições sócio-econômicas e ambientais que cercam o indivíduo. Assim, vários fatores que envolvem as classes sociais mais baixas como, por exemplo, urbanização, educação e desemprego, são analisados em sua incidência propiciadora de consumo de drogas, mais do que as motivações internas da pessoa ou a influência da família. Por isso, as intervenções se propõem como objetivo, mudar as constelações deste contexto para que as pressões exercidas sejam reduzidas ou transformadas em algo menos prejudicial para o indivíduo.

Para o autor (1992):

(...) “Percebe-se que há vários enfoques possíveis e que a dificuldade é de chegar-se a uma abordagem que integre o máximo dos fatores intervenientes no uso indevido de drogas. Sem dúvida, a mais pertinente das abordagens – mas também a mais difícil – será aquela que promover melhor essa integração em prol das qualidades humanas do usuário de drogas” (p.149).

Para Bergeret (1991), é de suma importância, quando o assunto é prevenção, um estudo aprofundado com relação à prevenção secundária a ser realizada no meio escolar, pois este é na maioria das vezes o meio onde o indivíduo pode se descobrir com o menor risco afetivo. Ajudar os educadores e os funcionários a efetuarem um trabalho de acompanhamento naquele que mergulha na toxicomania inicial torna-se, a

partir de então, prioritário, bem antes de fornecer informações para as crianças.

Os educadores e os funcionários da escola são, juntamente com os pais dos companheiros do usuário de tóxicos, muitas vezes os primeiros adultos a testemunhar a escravidão nascente ao tóxico.

De acordo com Bucher (1992), o papel da informação na prevenção recorria inicialmente apenas à fiscalização e repressão, com a finalidade de reduzir a disponibilidade de drogas (ilícitas) no mercado. Assim, fazia-se prevenção usando como meios, a repressão ao tráfico e a ação judiciária. Para muitos policiais e juristas, a condenação penal até hoje deve ser considerada como a medida preventiva, senão reeducativa real. Neste sentido, o fantasma do amedrontamento e a idéia de educar mediante mensagens aterrorizantes e repressivas continua a rondar.

Sobre o mesmo assunto o autor informa que de início, em diversos países, a educação preventiva utilizava amplas campanhas de esclarecimento à população, através de informações veiculadas pela mídia, por publicações, cartazes, palestras, filmes comícios e passeatas antidroga. Ademais, tentou-se inserir, em programas curriculares da educação formal, conteúdos relativos a drogas e seus efeitos.

Mediante essas medidas, o que se pretendia era a redução do uso indevido de drogas. Como são baseadas no medo, elas não permitem, nas escolas, estabelecer diálogo com os alunos, que as associam freqüentemente com a linha repressiva. Sendo assim, percebeu-se que tais informações são passíveis de despertar curiosidade e vontade de experimentar os “famigerados” produtos, ao invés de afastar deles. A extorção “não se aproximem das drogas”, para ter credibilidade, precisa de fundamentação e argumentação pertinentes, principalmente nas sociedades que não impõem nenhuma ou pouca restrição legal ao consumo das diversas drogas lícitas. Os programas de educação preventiva não são eficazes, quando baseados em informações tendenciosas e alarmistas ou quando difundidas indiscriminadamente.

O que para Colle (1996), as confusões dos papéis induzidos pelo contexto atingem todas as profissões: as polícias dão volta às escolas com sacos de estupefacientes e diapositivos; os psicólogos e os educadores transformaram-se em polícias, a lembrar o que é proibido, o professor sentem-se incomodados: não sabendo se podem ou não falar do fumo da *Cannabis* que paira em volta dos estabelecimentos escolares.

Para o autor (1996 p.65): *“é por isso que ninguém fala ou age de uma forma coerente com a função reservada às instituições”*.

De acordo com Bucher (1992), os novos programas de educação preventiva, já em andamento, constata-se resultados mais favoráveis ao concentrarem-se menos nos perigos e insistir mais no uso racional e responsável de drogas, ou ainda ao enfatizar as vantagens de um estilo de vida isento de drogas. A referência a práticas esportivas saudáveis, a alternativas de lazer e a engajamentos comunitários, entre outras, se destaca com frequência.

O enfoque meramente informativo está cedendo lugar, hoje, a uma outra estratégia, a saber, a de utilizar a informação não como núcleo central dos programas de educação preventiva, e sim como um dos seus componentes. É importante, pois, não se confundir educação com informação, visto que esta só se torna um valioso instrumento quando devidamente utilizada e integrada na primeira. Não se trata, pois, de descartar a transmissão de conhecimentos. Contudo, a experiência mostra que informar as pessoas sobre os riscos de certas práticas não as leva automaticamente a evitá-las, e isto menos ainda quando tais práticas se vinculam com certos valores ou com a questão do prazer. No caso dos jovens, vale lembrar as suas características psicossociais, como o gosto pela contestação, pelos desafios e riscos encontrados na vida cotidiana: Ter consciência deles não significa subtrair-se a eles, tanto menos que eles contêm atrativos poderosos. Neste caso mais importante que a informação é a atenção a ser dispensada às necessidades de ordem pessoal, social e

afetiva. Para estas o uso de drogas apresenta-se como uma oportunidade dentre outras embora mais valorizada pelas fantasias que a ele se associam. Difundir conhecimentos objetivos sobre os malefícios reais do uso indevido de drogas devem então representar apenas um passo dentro de um processo bem mais amplo de preparação adequada para a vida como um todo, física, mental e social.

Embora, de acordo com Aquino (1998), contemporaneamente ainda se realize uma política de prevenção, voltada para ações repressivas, há grupos de pesquisadores e agentes comunitários que defendem a pertinência de a possibilidade de se desenvolver ações preventivas comprometidas com a saúde da coletividade e desenvolvidas a partir da visão dos grupos mais vulneráveis ao uso de drogas. E assim se colocar como alternativa à guerra às drogas de inspiração repressiva e controladora. É o que vem sendo chamado de enfoque da prevenção a partir da redução de danos.

A principal marca que caracteriza os defensores da prevenção voltada para a redução de danos é a oposição à guerra às drogas que defende a erradicação das substâncias ilegais e a intolerância em relação aos seus usuários. Os dois argumentos que sustentam essa oposição e a ênfase em um ou outro vai variar de autor para autor.

De acordo com Aquino (1998), o primeiro argumento é o de que a postura de guerra às drogas é irreal. Centrar forças no sentido de construir uma sociedade sem drogas é negar as evidências históricas de que todas as sociedades humanas sempre conviveram com o uso de algum tipo de substância psicoativa. E o Segundo é o de que a guerra às drogas fere princípios éticos e direitos civis, onde trabalhar no sentido de erradicar todas as formas de uso de drogas é ditar normas de comportamento e controlar os indivíduos e grupos sociais muito além do que é direito do Estado e das instituições.

Aquino (1998), cita trechos de alguns trabalhos que ilustram bem essa posição. Aquino (1998, apud Aldrich, 1990):

(...) “A fundamentação filosófica da “guerra às drogas” constitui o mais elementar proselitismo do tipo missionário, ou seja, os opositores ao uso de drogas acham que sabem aquilo que os usuários deveriam pensar, sentir e fazer: eles pretendem impor se próprio conjunto de regras para todas as outras pessoas” (p.25).

Ou ainda, Aquino (1998, apud Henmam, 1988):

(...) “Há ainda os que completam essa crítica afirmando que a política de combate a todo e qualquer padrão de uso de drogas fere o direito de as pessoas disporem livremente do seu corpo e da sua mente, e de poderem alterar se estado de consciência pelo uso de drogas, se assim o quiserem” (p.26).

De acordo com Aquino (1998), a partir dessas considerações, os teóricos desta perspectiva alternativa defendem que é mais realista eficiente e ético trabalhar no campo da prevenção com o objetivo de reduzir os danos que as drogas e o seu abuso trazem freqüentemente aos indivíduos e a sociedade. Como é epidemiologicamente evidente que as drogas lícitas são as responsáveis pelo maior número de problemas, o álcool e o fumo são, quase sempre, os motivos de maior preocupação para aqueles que trabalham com o objetivo de redução de danos.

Marlatt (1999), explica que os defensores da redução de danos desviam a atenção do uso de drogas em si para as conseqüências ou para os efeitos do comportamento adictivo. Tais efeitos são avaliados em termos de serem prejudiciais ou favoráveis ao usuário de drogas e à sociedade como um todo, e não pelo comportamento ser considerado moralmente certo ou errado. A redução de danos oferece uma ampla variedade de políticas e de procedimentos que visam reduzir as conseqüências prejudiciais do comportamento adictivo. Esta aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto

risco e que uma visão idealista de uma sociedade livre de drogas não tem quase nenhuma chance de tornar-se realidade.

Aquino (1998), sugere que os caminhos para se chegar ao objetivo de diminuir os riscos associados ao uso de drogas são bem distintos dos recomendados pelos defensores de um mundo livre das drogas. Enquanto este último declara que seus principais instrumentos são o temor às punições impostas pela lei e normas institucionais e o constrangimento moral a prevenção voltada à diminuição de danos aposta na capacidade de discernimento do cidadão bem formado e informado e na possibilidade de que os próprios usuários recreativos e casuais que queiram continuar usando drogas, possam aprender a consumi-las da maneira mais segura possível (pequena frequência, pequenas doses, situação segura e etc).

Em termos de ações concretas o enfoque de diminuição de riscos viabiliza-se na prática escolar por cinco modelos básicos: por conhecimento científico, educação afetiva, oferecimento de alternativas, educação para a saúde e modificação das condições de ensino. Nesta última propõe-se também a modificação das práticas instrucionais, melhoria do ambiente escolar, incentivo ao desenvolvimento social, oferecimento dos serviços de saúde e o envolvimento dos pais em atividades curriculares.

Ainda para o autor as ações preventivas baseadas na postura de redução de danos não visam resultar, obrigatoriamente, numa rejeição a qualquer contato com drogas. Acredita-se somente que quanto mais realizado e consciente estiver, menores são as chances de o jovem se envolver patologicamente com drogas.

Sendo assim Colle (1996), complementa:

(...) “A nossa experiência dos diferentes contextos de consumo de droga prova que não são as substâncias que põe mais problemas, mas sim os contextos relacionais e culturais nos quais estes consumos se inscrevem”
(p.243).

1.3.2 A epistemologia complexa para abordar a droga

Para Morin (1996), a complexidade surge como dificuldade, como incerteza e não como uma clareza e como uma resposta. O problema é saber se há uma possibilidade de responder ao desafio da incerteza e da dificuldade. Durante muito tempo, muitos acreditaram, e talvez ainda acreditem, que o erro das ciências humanas e sociais era o de não poder se livrar da complexidade aparente dos fenômenos humanos para se elevar à dignidade das ciências naturais que faziam leis simples, princípios simples e conseguiam que, nas suas concepções, reinasse a ordem do determinismo. Atualmente, vemos que existe uma crise da explicação simples nas ciências biológicas e físicas: desde então, o que parecia ser resíduo não científico das ciências humanas, a incerteza, a desordem, a contradição, a pluralidade, a complicação etc., faz parte de uma problemática geral do conhecimento científico.

O autor cita que existem algumas avenidas que conduzem ao desafio da complexidade, e uma delas, a organização, é aquilo que constitui um sistema a partir de elementos diferentes; portanto, ela constitui, ao mesmo tempo, uma unidade e uma multiplicidade. A complexidade lógica de *unitas multiplex* nos pede para não transformarmos o múltiplo em um, nem o um em múltiplo.

Ainda segundo o autor as diversas avenidas complexas como: a complicação, a desordem, a contradição, a dificuldade lógica, os problemas da organização etc., formam o tecido da complexidade: *complexus* é o que está junto; é o tecido formado por diferentes fios que se transformaram numa só coisa. Isto é, tudo isso se entrecruza, tudo se entrelaça para formar a unidade da complexidade; porém, a unidade do *complexus* não destrói a variedade e a diversidade das complexidades que o teceram.

Nesse sentido, segundo Neubern (2003), a complexidade presente no problema da drogadição aponta para um ensinamento de grande importância: nenhuma abordagem totalitária é capaz de resolvê-la ou responder às suas complexas, para iniciar uma discussão sobre a complexidade deve se manter o cuidado para não a tornar totalitária, embora a complexidade forneça um método comum para o diálogo com o mundo e com as disciplinas.

Neubern (2003 apud Morin, 1998, 1999), esse próprio método prevê adversidade e singularidade presente nos processos de construção de uma abordagem, como nos cenários.

A idéia de que a drogadição é um tema de múltiplas faces não consiste em um tema novo.

Neubern (2003, apud Bucher, 1992), por exemplo, ressalta tanto numerosas dimensões presentes (psicológica, farmacológica, médicas, psiquiátricas, judiciais, sociais, antropológicas) como a relação sistêmica que se estabelece entre o indivíduo, o produto e a cena da droga, isto é, o momento social e interativo presente na relação com ela inclui a família e os demais grupos integrados pelo usuário.

O problema da drogadição pode ser compreendido como um todo tecido por inúmeras faces (individuais, sociais, familiares, econômicas, políticas, culturais, biológicas, dentre outras) que não é esgotado por nenhuma delas, ao mesmo tempo em que não é capaz de explicar todas as nuances presentes nas mesmas. Dentro de uma perspectiva dupla, que se complexifica gradativamente, a relação da drogadição com os contextos pode ser compreendida basicamente de duas formas.

Por um lado, trata-se de uma construção do contexto (que pode ser social, econômico, familiar etc.) que desempenha nele uma função. Em um grupo de baixa renda como, por exemplo, uma favela, pode permitir uma importante movimentação econômica, muito mais ampla do que a permitida pelos meios legais. Além disso, ela pode servir como uma forma de vinculação afetiva entre os jovens do lugar e os traficantes, um espaço

onde possuem um reconhecimento e uma competência. No entanto para não se prender a um funcionalismo estreito e determinista, deve-se compreender que suas relações com o contexto possuem fluidez e estão sujeitas a irregularidades que rompem com a noção de um sistema totalmente ordenado. Contudo, é também uma criadora de contextos, isto é, trata-se de um problema que cria verdadeiros sistemas de interação subjetiva entre as inúmeras dimensões.

A drogadição não consiste em um simples produto de uma sociedade, pois uma vez que surge ela passa a interferir ativamente nessa mesma sociedade, em sua economia, em sua cosmovisão sobre drogas (como as lícitas e as ilícitas), na vida de muitos sujeitos, sejam seus usuários ou seus produtores, chegando mesmo a atingir as relações entre distintas sociedades.

Sendo assim, o autor complementa que o problema da drogadição implica uma abordagem em que sejam compreendidas as inúmeras contradições e interações existentes entre tal problema, os valores e as formas de organização dos setores sociais. A drogadição não consiste em um estudo em si de processos marginais envolvendo banditismo, conforme anunciam freqüentemente as programações e campanhas de *cruzadas contra as drogas*. Ela inclui sim um estudo sobre a marginalização, mas a partir de uma reflexão que a relacione, por exemplo, com os sistemas de valores culturais, com o legalizado, com a exclusão social, com sua construção e repercussão nas classes sociais, com a escalada desenvolvida junto à repressão e o posicionamento dos setores da sociedade e do Estado. É nesse sentido que se aponta que, devido à sua fluidez e às suas múltiplas possibilidades de articulação, as abordagens totalitárias e simplificadoras, por desconsiderarem tais universos de relação, estão destinadas ao fracasso.

O problema da drogadição remete à discussão acerca da multiplicidade de fatores e as óticas utilizadas para compreendê-la. A princípio deve-se considerar que o reconhecimento da complexidade da

drogadição não é suficiente para o desenvolvimento de uma abordagem complexa. Comumente esse tem sido o pretexto para as visões reducionistas, uma vez que a complexidade é vista como algo utópico e impossível. Parte-se então para ações reducionistas.

Isso toca necessariamente num segundo ponto, o da necessidade de uma construção complexa que consista não só na compreensão das particularidades dos saberes e das instituições, como também nos pontos de união entre os mesmos.

Considerando-se as demandas e singularidades de seus diferentes momentos e dimensões, a proposta do método consiste em uma proposta de diálogo. Por um lado, há a necessidade de diálogo entre os distintos saberes e sistemas de conhecimento, buscando compreendê-los em sua própria perspectiva, para em seguida promover novas formas de articulação entre tais idéias. O saber emergente desse processo se torna um saber complexo e volta-se recursivamente para refletir o próprio método que o promoveu. Por outro lado, deve-se considerar que o processo de diálogo remonta necessariamente a um contexto humano, subjetivo, relacional e político em que se desenham possibilidades de vinculação. É fundamental a consideração do vínculo, não apenas para considerar o plano das equipes profissionais e interdisciplinares, mas também do próprio campo de atuação, pois a qualidade das vinculações pode promover a criação de alternativas e soluções a partir dos conflitos e dificuldades.

Ainda sobre o assunto o autor complementa que o resgate de um tema complexo como a subjetividade, abordado por ele e por González Rey (2003) ¹ com magnetude, acaba tocando também em um tema que durante muito tempo foi compreendido como disciplina de filosofia e não de ciência como é a ética. Esta não indaga apenas sobre sua discussão diante

¹ Sobre o tema: Subjetividade indico leitura das bibliografias: *Drogas e pós-modernidade/* organizadores, Marcos Baptista, Marcelo Santos Cruz, Regina Matias. – Rio de Janeiro: Ed.UERJ,2003. E, González Rey, Fernando Luis. *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

das pessoas envolvidas com problemas da drogadição. Necessariamente, qualquer tipo de procedimento terapêutico ou social, como qualquer tipo de reorganização subjetiva, implicará considerações e medidas imprescindíveis sobre a ética.

O Estado possuem suas éticas que comumente lhes servem e lhes fazem sentido, as que entram em conflito entre si. Logo, um dos primeiros passos nesse sentido seria o questionamento sobre quais as condições de interação e diálogo entre as diferentes éticas, que tipo de modificações deveriam ser buscadas e quais delas deveriam deixar de existir.

A discussão ética traz à tona as participações de sujeitos, grupos e instituições na construção de um todo que, uma vez existindo, passa a influir sobre essas mesmas interações que o geram.

Esse tema não evoca apenas as medidas políticas e sociais necessárias, mas também todo o montante de insanidade, loucura, paixão, tragédia e sofrimento que ganham tanto sentido para as pessoas envolvidas no tema da drogadição, sejam os profissionais, as famílias, os usuários, as instituições e o Estado.

Torna-se necessária uma discussão que não banalize ou desconsidere momentos tão importantes da subjetividade humana. Mais que isso, torna-se necessário um envolvimento efetivo com tais dimensões que permita novas qualidades relacionais que não neguem a realidade contundente do conflito, da divergência e dos dramas a eles ligados, mas os qualifique de modo a promover uma tônica de oportunidades de aprendizado e crescimento. Mais que uma ética de sobrevivência, deve-se buscar a utopia de uma ética da convivência.

Ainda, cita Neubern (2003, p. 263): *“não é possível realizar qualquer grande obra sem uma utopia”*.

A complexidade por sua vez não fala apenas dos grandes avanços tecnológicos, mas, sobretudo que tais avanços devem ser compreendidos como façanhas do espírito humano e que possivelmente os maiores

avanços ocorram desse espírito consigo mesmo. A drogadição é sem dúvida um dos temas atuais que mais é capaz de demonstrar como as utopias são poderosas no sentido de construir e destruir mundos, vidas, idéias, relações de também outras utopias. Não se pode conceber que a pura razão política ou profissional, tantas vezes marcada pela desarticulação, possa fazer frente aos dramas e interesses alimentados pelos sujeitos envolvidos com a drogadição. Seria uma covardia a comparação entre tais níveis de compromisso e paixão envolvidos. Portanto, conclui o autor, a complexidade além de um diálogo com a realidade utópica, capaz de alimentar compromissos com a sociedade, com o gênero humano, com as instituições, com as relações, como também consigo mesmo.

1.4 A adolescência e as drogas

A adolescência é caracterizada por um emaranhado de fatores de ordem individual, histórica e social; individual por estar associado à maturidade sexual e histórica e social porque são específicas da cultura em que no adolescente está inserido.

Para Aquino (1998), a adolescência é entendida como um estágio intermediário entre a infância e a idade adulta, uma fase de preparação para ser adulto na qual as responsabilidades são menores. O que a define é a transitoriedade, a ambigüidade entre ser criança e ser adulto, e o fato de se configurar como um período de experimentação de valores, papéis sociais e identidades

Trata-se da época em que o jovem se liberta da família, da socialização primária que ocorre no grupo familiar, para atingir a independência pessoal. A passagem do mundo da criança para o do adulto faz com que busque estabelecer relações com outros da mesma idade, para construir novas identificações e estabelecer novos vínculos. O grupo de amigos facilita a separação da família, ajudando a transição entre o

mundo infantil e o adulto, e contribuindo para o questionamento dos valores dos pais.

Gammer & Cabié (1992), complementa que em todas as áreas da sua vida, o adolescente vê-se confrontado com uma confusão de modificações que visam uma autonomização progressiva e uma busca da sua própria individualidade.

Para Kalina (1999), a adolescência é o segundo grande nascimento da vida do ser humano, ou seja, é um renascimento e com este novo impulso um mundo se descortina. A busca se traduz em um salto em direção de si mesmo, como um ser único, privilegiando o indivíduo em toda a sua individualidade. É um novo desprendimento, não mais do seio materno, mas do núcleo familiar.

É um processo longo, vulnerável e árduo onde sua meta é a formação da identidade de uma pessoa.

Segundo Kalina (1999, p. 18): *"o adolescente questiona a conhecida vida familiar, os conceitos tradicionalmente aceitos, as regras e os padrões preestabelecidos, em busca de algo que seja realmente seu"*.

Para o autor, o que ele agora quer, e precisa, é encontrar sua posição no espaço e no tempo – situar-se como pessoa, com uma ideologia de vida própria.

Para o autor, o adolescente começa a descobrir o que lhe foi indevidamente imposto, a série de pressões vindas não sabe bem de onde, e que muito do que acreditava lhe pertencer – sentimentos, perspectivas, opiniões, objetivos, desejos – realmente não lhe diz respeito algum. Ele não os criou. Recebeu-os prontos, como se fossem os mandamentos de uma lei.

Agora sai em campo na grande luta por si mesmo. Precisa descobrir quem é. E saber quem é significa começar a contestar o que não é. E assim enfrenta um longo período de hesitações, divisões, questionamentos e insegurança. Duvida de tudo que o cerca: de si, do seu corpo, do que sente, do que pensa e do que lhe dizem.

Segundo Gammer et ali (1992, apud Winnicott, p. 107):

(...) “o adolescente, por mais capacidades que tenha, é ainda imaturo, e deve por isso ser protegido. A reação toxicodependente, que provoca a desorganização de toda a adolescência, é apenas uma das respostas possíveis nessa fase”.

Para Outeiral (1994), vários são os fatores que poderão levar o adolescente a usar drogas: genericamente poderemos considerar os aspectos individuais e sociais, incluindo, neste item, a sociedade como um todo, a família e o “grupo” de iguais.

Algumas crianças, desde muito cedo, envolvem-se nos problemas dos pais na tentativa de serem os pacificadores de seus conflitos. Dependendo do contexto familiar ela pode transformar-se em alvo da violência ou descaso dos pais, tornando-se “presas fáceis” das drogas.

Gammer (1992, apud, Olivenstein, 1984), explica o desenvolvimento de uma toxicoddependência como o encontro entre um produto e um indivíduo, o que significa que são precisos pelo menos dois fatores de causalidade; uma causalidade intrapsíquica relacionada com a história consciente e inconsciente do sujeito, e uma causalidade biológica, a ligação fulminante de uma substância química com receptores orgânicos. Certo é que, por mais importantes e decisivos que sejam estes fatores, Olivenstein também não exclui a importância dos fatores socioculturais. As famílias são microssistemas que fazem parte de macrossistemas sociais e institucionais mais vastos – entre eles a instituição escolar, em primeiro lugar, e as instituições de saúde, policiais, judiciárias, etc.

Segundo Kalina (1999), as drogas e os tóxicos, que até há pouco faziam parte apenas do baixo-mundo, sorvidas nas noites escuras ou

comercializadas em esquinas sombrias, se deslocam para a luz do dia e ganham um novo sentido nas mãos dos adolescentes.

O jovem que toma drogas hoje em dia não é mais um caso de exceção. Seu gesto tem um sentido. Seu desespero, um apelo. O problema pode ser enfrentado e compreendido em sua dupla dimensão: a das relações familiares e a sua exploração social.

Muitos pais perguntam o porque de seus filhos tomarem drogas, mas poucos, porém, com suficiente honestidade. A reação mais freqüente é ainda a acusação, a segregação e os castigos, ou até mesmo pior: o falso desconhecimento.

O autor complementa que na origem do toxicômano duas grandes vertentes se cruzam: sua história individual e a crise no mundo com o qual se defronta. A incidência crescente do consumo de tóxicos na adolescência não é um acaso. Resulta, principalmente, da gravidade da crise adolescente no mundo em que vivemos.

Podemos constatar que a raiz dos seus conflitos se instalou muito precocemente, ainda na primeira infância, resultado de relações precárias e insatisfatórias com os pais e os que compõem, de uma forma ou de outra, seu meio familiar. Na maioria das vezes é alguém que sofreu intensas frustrações que, muito precocemente, se associaram a uma estrutura subjetiva frágil, desprovida de recursos internos adequados que lhe permitissem lidar melhor com os fatos que marcaram sua vida.

E, paradoxalmente, é justamente através das drogas, pelos mitos de "abertura e encontro" que as cercam, que o adolescente pretende travar um encontro mais "verdadeiro" consigo mesmo e com as coisas. Incapaz de suportar as frustrações e restrições por muito tempo se tornou uma pessoa extremamente impulsiva, tentada a tomar decisões que abandona precipitadamente, em busca de tantas outras opções que igualmente deixa de lado,, no esforço infrutífero de saciar uma fonte de segurança. E, no fundo, é isto precisamente que a droga representa para ele: segurança e comida. O alimento na sua forma mais primitiva e que o reconduz aos

estágios mais primitivos de relacionamento. Com a ingestão da droga o adolescente reassume a postura inerte e disforme de um bebê, que reclama atendimento e proteção. Que precisa de amor para sobreviver. E na sua fantasia, como na de uma criança, a demanda de amor é sinônimo de comida, já que um ou outro lhe traz a mesma sensação, tão procurada, de apaziguamento. É um acordo simulado de paz.

Com a ilusão de estar alimentado, suprido, vem à ilusão de força. Tentando a solução pelas drogas o adolescente acredita estar dando provas de sua autonomia e auto-suficiência.

Ainda segundo o autor, para este jovem precocemente enfraquecido, o mundo se tornou excessivamente estranha e conflitante. É entre os doze e os vinte anos que as pressões se exacerbam: os pais e a sociedade exigem uma definição e a escolha de um rumo para sua vida. Precisa optar.

Hoje, o jovem se vê bombardeado por todos os lados. Televisão, cinema e propaganda em geral o incitam na busca de padrões e expectativas que nem sempre correspondem as necessidades mais profundas: a busca da glória e do dinheiro fácil, como evidência de alguém bem sucedido, realizado.

Para Outeiral (1994), o adolescente, em busca de “valores” para construir sua identidade e meios para atingir o “sucesso”, é presa fácil da manipulação desta mídia e desta sociedade que, aliás, todos nós como cidadãos somos responsáveis. Segue-se a isto a participação fundamental da família. Quando nos defrontamos com um problema de drogadição na adolescência, temos necessariamente de nos reportar ao grupo familiar e suas dificuldades, manifestas ou não.

No entanto, segundo Kalina (1999), quando o adolescente reage e confronta o mundo, não está propriamente procurando atingir a família como instituição em si. Não está sequer verdadeiramente interessado nos seus aspectos jurídicos e formais. O alvo de suas investidas é aquela família que ele traz dentro de si.

A toxicomania não é uma rebeldia, mas uma submissão. Não é um projeto de vida, mas a morte. É um entregar de pontos, resultado do fracasso de toda sociedade, família e adolescente, que nos convoca a uma difícil reflexão e ao dever de impedi-los de assumir o papel de bode expiatório de uma sociedade em si mesma tão enferma e contraditória.

Freitas (2002), referindo-se ao funcionamento familiar, afirma que os pais, geralmente, negam ou ignoram sua participação na composição do modelo sintomático do filho. Acham que os modelos de convivência familiar não têm relação com a dependência do adolescente.

Vale ressaltar que nem sempre os pais são os responsáveis pela iniciação do jovem às drogas. É preciso perceber que cada família constitui um universo diferente, onde diferentes fatores contribuirão para desencadear ou não o uso de drogas.

Quando os pais não conseguem exercer seus papéis e não estabelecem limites para os filhos esses deixam de representar figuras de autoridade para o adolescente. Em geral, o usuário de droga não respeita leis e/ou ordens. Freitas (2002) refere-se a esse fato da seguinte maneira:

(...) “poderíamos dizer que o problema dos limites é um problema central na questão do uso de drogas, já que tem uma correlação direta com o lidar com a frustração. É a possibilidade de se equilibrar entre o que se pode e o que não se pode fazer. É esta instância reguladora da Lei que vem faltar nestas famílias, é a impossibilidade do exercício do dizer não, dos limites reguladores da inserção na cultura – o eu absolutamente narcísico não pode sobreviver frente ao outro, já

que a negação do outro será a própria negação deste eu” (p.46).

O exercício dos limites na família do dependente de drogas fica prejudicado pela incoerência de atitudes e comportamentos. O humor dos pais é geralmente imprevisível, as promessas são freqüentemente esquecidas e celebrações canceladas. Devido a essa constante incoerência e mudança de humor o adolescente fica sem referencial emocional que lhe permita sentir e expressar suas emoções de maneira autêntica.

Assim, é importante para o adolescente ter a família como um referencial seguro para expressar com liberdade, seus medos, suas vergonhas, desapontamentos, bem como um lugar onde possa exercitar seus limites para entrar na vida adulta de maneira saudável.

1.4.1 O bode expiatório

Conforme o dicionário Aurélio, bode expiatório é a “pessoa sobre quem se fazem recair as culpas alheias ou a quem são imputados todos os reveses”.

Para Glitow e Peyser (1991):

(...) “existe um axioma sobre a família que a descreve como uma autocracia governada pelo seu membro mais tarde”. Ainda segundo os autores, por vezes a família escolhe um membro para ser o bode expiatório e outras vezes o próprio indivíduo nomeia-se o doente de modo a salvar a família. Geralmente a situação é menos dramática com os problemas sendo trazidos por um ou ambos os cônjuges num

casamento ou com problemas resultando da interação conjugal. Quando os filhos chegam a matriz familiar pode ser tal que se torna causadora ou de saúde ou de doença” (p.248).

Rose Campos (revista Viver, ano VII, n. 92), explica que o que alguns especialistas chamam de paciente identificado pode ser apenas o porta-voz de um sofrimento da família, ou seja, o bode expiatório.

Sobre o mesmo assunto, a autora informa que no caso de uma criança, problemas escolares são quase sempre o sinal mais visível de que algo não vai bem. Mas outros sinais são possíveis, como não dormir ou não comer bem, indisciplina excessiva, problemas de relacionamento com os amigos, entre outros.

De acordo com Richer (1970), muitas vezes a pessoa psicologicamente doente não pode se curar enquanto sua família estiver seriamente perturbada. Uma família, por exemplo, pode usar um de seus membros como bode expiatório para descarregar a tensão coletiva que, sem isso, seria insuportável.

O autor complementa a afirmação ao alegar que o distúrbio psíquico dessa pessoa tem raízes no papel especial que lhe foi imposto pela família, e o tratamento psicoterapêutico pode falhar porque a família se recusa a abrir mão de seu bode expiatório. E, no caso da terapia conseguir libertar a vítima do papel que lhe foi imposto, é possível que a família encontre um outro meio de canalizar a sua tensão coletiva.

Para o autor (1970):

(...) “a ruptura da família não é indicada pela presença de conflitos sérios, ou até explosivos, e sim pela incapacidade dos seus membros de resolvê-las sem punição ou rejeição mútua, e sem levar nenhum

dos seus componentes a um estado de formação de sintomas” (p.28).

A presença de um parceiro que sucumbe ao peso de problemas que o indivíduo nega em si mesmo pode libertá-lo temporariamente da pressão dos próprios conflitos. Quando a externalização dos problemas não resolvidos não é mais possível porque o parceiro compensatório foi curado, então o equilíbrio da pessoa aparentemente sadia se rompe.

No âmbito familiar o bode expiatório pode tanto ser expulso do grupo quanto levado a se colocar de fora. No primeiro caso, a pessoa que desenvolve os sintomas, ou é socialmente condenada ou desprezada e isolada pelos outros. Já no segundo caso, a vítima é empurrada para uma posição ociosa entre pessoas operosas, de pobre coitada entre os bem sucedidos, de doente entre os sãos, etc. Porém é necessário que tal indivíduo continue na família para preencher a função de depósito da culpa não reconhecida, sentimentos de impotência e insuficiência dos demais. A importância do bode expiatório é tanta que o resto da família empenha-se em conservá-lo nesse papel.

1.4.2. Existe uma forma de drogadição específica na adolescência?

De acordo com Gammer e Cabié (1999), o problema da drogadição na adolescência é diferente da que se verifica na idade adulta, quer quanto à forma de consumir, quer quanto aos produtos utilizados e ao prognóstico¹. Estes jovens pertencem a grupos organizados em subculturas de grupos unidos pela droga (em especial a *cannabis*). Encontramos nesses grupos a busca de uma identidade e de uma pertença

o adolescente, ainda muito ambivalente relativamente à sua família. Ao princípio, o adolescente está mais dependente do grupo do que do produto. Estes adolescentes estão menos envolvidos em atividades delinquentes do que os mais velhos, as relações sociais são mais centradas no grupo familiar. O aparecimento mais recente da dependência de drogas torna-a, em princípio, mais fácil de tratar. De uma forma geral, existe uma possibilidade de mudança mais rápida e mais fácil nos adolescentes dependentes de drogas do que nos adultos jovens.

Segundo o autor, seria ilusório pensar que existe uma tipologia familiar unívoca de adolescentes dependentes de drogas. Do mesmo modo que os especialistas franceses renunciaram a descrever uma “personalidade toxicodependente tipo”, por causa da imensa variedade das estruturas psicológicas, não descrevem “famílias típica de jovens toxicodependente”. O que existe apenas são certas constelações de interações que são encontradas com maior frequência. Contudo, importa recordar que cada família é um caso particular a sua constituição, a sua estória e seus mitos são únicos na forma como se organizaram e se desenvolveram.

Ainda para o autor o sintoma toxicodependência por mais estrondoso e avassalador que possa parecer, não passa do efeito mais visível de uma dificuldade mais profunda do indivíduo e do seu enquadramento familiar.

Complementando Bergeret (1991) relata que algumas pesquisas clínicas contemporâneas mostram, de fato, que a estrutura profunda de uma personalidade, uma vez passada a crise de identidade da adolescência, não varia mais, não importando as vicissitudes ulteriores encontradas, trata-se de boa saúde, de simples crises ou até de doenças sérias e prolongadas. O mesmo acontece com a estrutura da personalidade a partir do momento em que a crise da adolescência cria

¹ Alguns autores (H. C. FISHMAN, M. D. STANTON, B. L. ROSMAN in: Family Therapy of Drug Abuse and Addiction, por M. C. STANTON, T. C. TODD (OLIVENSTEIN, 1984)

uma identidade estrutural original, esta, com mais freqüência, passa a ser mais difícil de determina, senão mediante investigações psicológicas muito avançadas, mas esse arranjo estrutural profundo torna-se fixado para toda a vida não importando se o individuo fique doente ou não, se consiga curar-se ou não de uma eventual doença.

Parece também totalmente descartada a possibilidade de falar dos toxicômanos de uma maneira muito generalizada, ou então de maneira demasiado global. Na realidade não poderia existir uma categoria única de toxicômanos. A cada categoria estrutural clássica definida pela caracterologia contemporânea corresponde uma possibilidade de funcionamento toxicomaniaco. Não podemos prender o toxicômano dentro de forma de personalidade particular.

sublimam estas diferenças.

CAPÍTULO II

SISTEMA FAMILIAR

2.1. O que é Família

Segundo Carter e Mcgoldrick (1989), a definição americana dominante, referindo-se aos americanos de onde as famílias eram originalmente do norte da Europa, especialmente consideradas como membros da classe que detém influência ou poder na sociedade, centrou-se na família nuclear inata, incluindo outras gerações muitas vezes apenas para traçar a genealogia familiar até ancestrais ilustres que estavam neste país antes de 1776, ou, nas famílias sulistas, identificando os membros da família que tomaram parte na guerra civil. Para os italianos, em contraste, não existe isso de família nuclear. Para esse grupo, família costuma referir-se a toda rede ampliada de tias, tios primos e avós, que estão todos envolvidos nas tomadas de decisões familiares, que passam juntos os feriados e os pontos de transição do ciclo de vida, e que tendem a viver em estreita proximidade, se não na mesma casa. As famílias negras tendem a centrar-se numa larga rede informal de parentesco e comunidade em

sua definição ainda mais ampla de família, que vai além de laços de sangue até amigos de longa data, que são considerados membros da família. Os chineses vão ainda mais longe, incluindo todos os seus ancestrais e todos os seus descendentes em sua definição de família. Tudo o que fazem é feito no contexto deste grupo familiar global e nele se reflete, trazendo vergonha ou orgulho ao conjunto inteiro de gerações. Entretanto, é importante acrescentar que as mulheres, nas famílias asiáticas, tradicionalmente mudavam-se para a casa da família do marido no momento do casamento, e seus nomes desapareciam da árvore familiar na geração seguinte, deixando apenas os homens como membros permanentes de uma família. Assim, num certo sentido, as famílias asiáticas são constituídas por todos os ancestrais e descendentes do sexo masculino de uma pessoa. Percebe-se então, que os grupos se diferem na importância atribuída às diferentes transições de ciclo de vida.

Para as autoras, a etnicidade relaciona o processo familiar ao contexto mais amplo no qual ela se desenvolve. Assim como a individuação nesta fase requer que cheguemos a um acordo com nossas famílias de origem, ela também requer que cheguemos a um acordo com nossa etnicidade. Dessa forma, considerando as diferentes culturas e etnicidades, o conceito de família sofre variações demonstrando assim a complexidade do assunto.

A família funciona como um sistema que se move através do tempo, e com isso o estresse familiar é geralmente maior nos pontos de transição de um estágio para outro no processo desenvolvimental familiar.

Carter e McGoldrick (1989, apud Solomon, 1973), explicam que um dos primeiros terapeutas, Michael Solomon (1973), a discutir a perspectiva do ciclo de vida familiar, delineou tarefas para um ciclo de vida de cinco estágios, e sugeriu a utilização desta estrutura como uma base diagnóstica sobre a qual planejar o tratamento. Outros autores dividiram o ciclo de vida familiar em diferentes números de estágios, e a análise mais aceita foi a de Durvall (1977), onde separaram o ciclo de vida familiar em oito estágios, todos referentes aos eventos nodais relacionados às idas e vindas dos membros da família: casamento, o nascimento e a educação dos filhos, a saída dos

filhos do lar, aposentadoria e morte. E dentro do modelo familiar, ele focaliza como sendo a educação dos filhos o elemento organizador da vida familiar.

Para as autoras, é extremamente difícil pensar na família como um todo, em virtude da complexidade envolvida. Como um sistema movendo-se através do tempo, a família possui propriedades basicamente diferentes de todos os outros sistemas. Seu principal valor são os relacionamentos que são insubstituíveis. E compreende todo um sistema emocional de pelo menos três ou quatro gerações. Assim, pode-se considerar então, que as famílias nucleares são subsistemas emocionais, reagindo aos relacionamentos passados, presentes e antecipando futuros, dentro do sistema familiar maior de três gerações. Neste sentido é importante colocar que não se deve confundir a perspectiva dessas três gerações com a clássica nostalgia da família ocidental¹. Entretanto, relatam Carter e Mcgoldrick (1989, p. 10), *“nós pagamos um preço pelo fato de a família moderna ser caracterizada pela escolha nos relacionamentos interpessoais: com quem casar, onde viver, quantos filhos ter e como dividir as tarefas familiares”*.

Ainda para as autoras, as famílias não possuem uma perspectiva temporal quando estão tendo problemas, elas tendem a magnificar os momentos presentes, esmagados e imobilizados por seus sentimentos imediatos, ou elas passam a fixar-se num momento futuro que temem ou pelo qual anseiam.

Para Castilho (1994), família é um sistema, um organismo cujas características não são redutíveis a um elemento isoladamente. Têm regras específicas, válidas só para aquele sistema. Vive interação cuja causalidade circular define relações que se realimentam num intercâmbio constante com outros sistemas.

A família, segundo o modelo tradicional, ainda é o núcleo básico da sociedade e que dá bases de sustentação e estruturação ao ser humano. É nela que os valores básicos éticos e morais deveriam ser assimilados para que o indivíduo viesse conviver dentro das normas da sociedade em que está inserido.

¹ A clássica nostalgia da família ocidental é referida por Goode (1963), como uma época mitológica em que a família ampliada reinava suprema, com mútuos respeito e satisfação entre as gerações.

Kalina (1999), ostenta que a família tradicional, como grupo social, significa o encontro afetivo e produtivo de pessoas, que convivem sobre o mesmo teto desempenhando uma série de atividades e onde cada sujeito assume o seu papel. Ainda segundo o autor, os papéis vão expressar a extensão de sua responsabilidade, suas funções e deveres para com o grupo. Para Kalina (1999, p.30), *“a família é, antes de tudo, um conjunto de imagens entrelaçadas que cada um tem do outro dentro de si”*.

Segundo Souza (1999), a família é um sistema vivo e por isso existem dois aspectos importantes a serem ressaltados: o todo constituído de partes que se relacionam entre si, de forma que uma não pode existir sem a outra e, a integridade das partes, como condição essencial ao bom funcionamento do sistema.

Para a autora o universo em que vivemos é constituído de sistemas que dependem uns dos outros e variam em seu tamanho. Também a família é formada por subsistemas, os indivíduos que a compõem, da mesma maneira que os diversos segmentos familiares também se constituem em subsistemas: conjugal, filial e fraternal.

Ao tomar o exemplo do homem como sistema vivo, percebe-se que ele não existe isolado; ele pertence, está inserida em outros sistemas maiores, sua própria família, a qual depende também do ambiente, pois o isolamento total acarretaria sua destruição. A esse sistema maior denomina-se supra-sistema, ou seja, o homem é um subsistema, a família é o sistema e a comunidade é o supra-sistema. Nesse sentido existe uma percepção cada vez maior da inter-relação e interdependência de tudo o que se passa neste universo.

Segundo Capra (1982, p.260), *“a concepção sistêmica vê o mundo em termos de relação e de integração..ênfatiza as relações de natureza intrinsecamente dinâmica e não as entidades isoladas”*.

A visão de família como sistema vivo facilita a compreensão de seus mecanismos de funcionamento, nem sempre claros ao observador, assim como permite um planejamento das mudanças. O comportamento e a expressão de cada uma destas partes influencia e é influenciada por todas as demais, não é possível se

restringir ao conhecimento isolado de cada um e, a partir daí, inferir o funcionamento provável do todo. Sendo o todo diferente do somatório das partes.

2.2. A formação da família

A formação básica da família brasileira se dá alicerça-se na diversidade de influências portuguesas, indígenas e africanas. Entretanto, como se não bastasse esta multiplicidade cultural, as dimensões continentais de nosso país permitiram que se formassem núcleos de outras culturas que deixaram traços marcantes até no tipo físico.

Segundo Souza (1999), a aculturação assume proporções interessantes, pois a língua escrita e falada do país de origem é preservada e ensinada aos descendentes que são educados dentro dos hábitos, costumes e tradições da “pátria-mãe”.

Embora o povo brasileiro não tenha características nômades, determinadas condições locais - pobreza do Norte e Nordeste – determinam um fluxo intenso de migrações internas. As famílias se dividem entre os que saem em busca de melhores condições e os que ficam esperando a realização nem sempre alcançada do sonho de “melhores dias”.

Todas estas circunstâncias geram medos, tensões e angústias que tem uma influência decisiva sobre o funcionamento familiar. Tal situação de insegurança leva a família, numa tentativa de preservar sua identidade, a se fechar sobre si mesma. Torna-se difícil estabelecer as características genéricas da família que apresenta sempre um colorido próprio não apenas em termos regionais, como dentro de uma mesma cidade.

Este é o primeiro aspecto a ser ressaltado em relação à família brasileira – suas especificidades socioculturais.

Ainda para Souza (1999), a família desperta em todos nós lembranças, emoções, saudades, expectativa quase sempre contraditórias, intensas e,

principalmente, inegáveis. Família é algo universal e, por enquanto, eterno; não foi descoberta outra formação humana capaz de substituí-la.

Todos temos e teremos sempre várias famílias – a dos ancestrais, a da infância, a da adolescência, a do início do casamento... e a própria família da velhice. Embora com características específicas a cada momento de seu ciclo vital, a família permanece com uma mesma função básica, qual seja, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo.

O espaço ocupado pela família na vida individual é um espaço que se alarga e se estreita, aumenta e diminui. É o tempo todo mutável e permanente.

Carter e Mcgoldrick (1995), ostentam que se tornar um casal é uma das tarefas mais complexas e difíceis do ciclo de vida familiar. E é o casamento o começo de tudo, o começo de uma nova família. Entretanto, juntamente com a transição para a condição de pais, que há muito tempo isso simboliza, é considerada como a mais fácil e feliz.

O significado do casamento na nossa época é profundamente diferente do seu significado em toda a história anterior, quando ele estava firmemente inserido na estrutura econômica e social da sociedade.

O casamento requer que duas pessoas renegociem juntas uma quantidade indeterminada, porém grandíssima de questões que definiram para si em termos individuais, ou que foram definidas por suas famílias de origem, tais como quando e como comer, dormir, conversar, fazer sexo, brigar, trabalhar e relaxar. Também existem as decisões a respeito das tradições e rituais familiares que serão mantidos e daqueles que os parceiros desenvolverão sozinhos.

Para as autoras, o lugar do casamento no ciclo de vida tem mudado dramaticamente. Os homens e as mulheres, como nunca antes, estão fazendo sexo mais cedo e casando mais tarde. Uma proporção cada vez maior está vivendo junta antes do casamento, ou inclusive vivendo com vários parceiros antes de resolver casar. O casamento costumava ser o principal marco de transição para o mundo adulto, porque simbolizava a transição para a paternidade; atualmente, ele muitas vezes reflete uma continuidade maior da fase da idade adulta jovem ou mesmo da

adolescência, uma vez que o nascimento dos filhos é cada vez mais adiado para vários anos depois do casamento.

De fato, as mudanças de status do casamento talvez não possam ser devidamente avaliadas pela família até a próxima fase do ciclo de vida. É essa transição para a paternidade que confronta os casais mais agudamente com os problemas dos tradicionais papéis sexuais e dos padrões multigeracionais. As mulheres estão querendo as suas próprias carreiras, e estão cada vez mais resistentes a ficarem com as responsabilidades primárias pela casa e pelos filhos e a terem maridos que ficam ausentes da vida familiar. Mas as mudanças chegam muito lentamente.

Para Carter e Mcgoldrick (1989):

(...) "Casar era simplesmente parte da progressão "natural" através da vida, a menos que acontecesse uma catástrofe. Só recentemente a nossa sociedade modificou suas normas a respeito disso, na medida em que uma parte maior da população não se ajustava aos padrões tradicionais, e inclusive questionava a sua viabilidade" (p.185)

No final dos anos 1980 e início dos 1990 começou-se a falar de uma nova composição ou reengenharia familiar dada aos novos tipos de casamentos ou associações conjugais. O crescimento dos divórcios veio estabelecer uma estrutura na qual os filhos passaram a conviver não só com os pais, mas namorados dos mesmos e seus filhos, outros irmãos nascidos destas relações, enfim foram criados novos parentescos que substituíram a família ocidental tradicional.

2.3. Os modelos familiares

Para Souza (1999), a família hierarquizada caracteriza-se por obedecer a uma ordem preestabelecida em que homem e mulher eram considerados como sendo intrinsecamente diferentes. O poder masculino era extremamente forte, com direito ao

controle rigoroso da vida de todos os membros da família extensa. Sua autoridade incontestável fundava-se no poder econômico. Por outro lado, a mulher ocupava um segundo plano disfarçado por seu “reinado doméstico”.

Souza (1999, apud Araújo, 1990), se referindo a esse reinado doméstico enfatiza que o “lar era o trono da mulher” do início do século. A fidelidade feminina dentro do casamento era considerada uma questão de honra do marido, a quem a liberdade sexual era não só concedida, como estimulada – prova de sua masculinidade.

A mulher era, sem dúvida, um objeto de propriedade do homem, e seu desempenho nos cuidados da casa e dos filhos deviam estar sempre a serviço do status social do marido.

Ainda nessa época o casamento não se baseava numa escolha afetiva dos parceiros e muito mais numa forma de obediência às expectativas familiares e sociais. Os valores familiares eram de grande importância nessa sociedade em que os indivíduos eram julgados em função dos êxitos e fracassos de sua família.

A autora sugere também que a relação entre pais e filhos também era marcada pelas mesmas diferenças que as relações de gênero. Os pais deviam se manter numa posição ativa, distante, considerada a única forma capaz de manter o respeito dos filhos. Os assuntos familiares considerados importantes também não eram tratados em presença dos filhos e, quando ocorria de se tornar inevitável, os pais adotavam outro idioma.

O cotidiano das crianças de famílias mais abastadas era dividido entre babás e governantas e, em presença dos pais, deviam se mostrar respeitadas. Nas classes pobres, as famílias dependiam do trabalho dos filhos considerados como “a riqueza do pobre”, o que talvez explique a prole numerosa nas classes mais baixas.

De acordo com Souza (1999), é aproximadamente a partir da década de 50 que começam a surgir às modificações mais marcantes no modelo familiar brasileiro, a verticalidade das relações começa a ceder lugar à busca de uma horizontalidade que caracteriza a “família igualitária”. As diferenças intrínsecas são mantidas, mas homem e mulher tendem a se tornar iguais.

E, com o advento da pílula anticoncepcional e a conseqüente liberalização da sexualidade impulsionam a mulher na busca de uma igualdade com o homem. Tal busca

faz sentir em todos os momentos da vida: decisões conjuntas e não mais unilaterais cuidados compartilhados com os filhos e, sobretudo na área das relações sexuais, sendo o prazer um direito de ambos.

Surgem mudanças também nas relações com os filhos, em que se observa a mesma tendência a horizontalização. Há um estímulo à livre expressão de idéias e sentimentos, as diferenças são valorizadas e consideradas fator de enriquecimento.

Em suma, todo o funcionamento familiar se concentra na busca de um ideal igualitário. É evidente que esta família não existe e que na prática do dia-a-dia tudo se passa de forma às vezes bastante diferente. A observação da família atual leva à percepção de um grupo confuso, muitas vezes contraditório, oscilando entre estes dois modelos – hierarquizado e igualitário. A coexistência de opostos termina por gerar conflitos nem sempre fáceis de serem negociados.

Kalina (1999), saliente que na sociedade ocidental, por exemplo, cabe ao homem o papel de mantenedor da família, trazendo com seu trabalho dinheiro e subsídios para sua subsistência básica econômica. A mulher, por seu lado, além de além de continuar tendo o encargo da educação dos filhos, assume, hoje em dia responsabilidades profissionais fora do lar. Isso pressupõe uma escala hierárquica de posições e responsabilidades em transformações. De todo modo, os pais continuam sendo líderes, que dão as diretrizes para o desenvolvimento harmonioso do grupo.

Souza (1999) complementa salientando que do ponto de vista do casal, a escolha amorosa do parceiro e a relação sexual satisfatória parecem, em grande número de distúncões, se esgotar diante de resquícios da família hierarquizada. E aí, a mulher esgotada, ao Ter que enfrentar uma tripla jornada de trabalho, mulher, mãe e profissional, sente-se lograda em suas expectativas igualitárias. As insatisfações recíprocas crescem e a separação se torna o caminho mais atraente.

Sob o ângulo dos pais, as contradições parecem se tornar ainda mais intensas: o forte desejo de fugir ao modelo da família de origem, hierarquizado, levou a uma radicalização na liberdade, por vezes, concedida aos filhos. Conseqüentemente a figura de autoridade se enfraqueceu, os papéis se inverteram e os filhos, incapazes de lidar com a frustração, chantageiam os pais. A inversão da ordem gera conflitos grupais. É

esta família que, ao se sentir incapaz de lidar e negociar com suas contradições e conflitos termina por recorrer à terapia familiar.

Com tantas mudanças nesse contexto a família sofre variações e uma delas é em seu tamanho, a família colonial extensa transformou-se na nuclear, que diminuiu para a monoparental reduzida à unipessoal. Esta, sem dúvida, a menor célula social possível de existir.

A redução do número de membros da família é devida a uma multiplicidade de fatores tanto de ordem social quanto emocional, cultural e econômica. Entretanto, é fato que as mudanças na posição da mulher foram decisivas. O fortalecimento dos ideais feministas com a chamada revolução sexual levou a que a mulher deixasse de ter uma função basicamente reprodutora, considerada alicerce da estabilidade familiar. O sexo desvinculou-se da maternidade, que se transformou em projeto do casal. O número de filhos diminuiu sensivelmente, sobretudo nas famílias urbanas.

Giddens (1992), indica que à medida que as famílias diminuíram em tamanho e os filhos passaram a ser mais valorizado pelos pais, se consolidou a idéia de que as crianças deveriam obedecer a seus superiores. A disciplina do pai ligava o filho à tradição, a uma interpretação particular do passado. A autoridade continuava sendo principalmente uma asserção dogmática, endossada em muitos momentos pelo castigo físico.

Giddens (1992), sugere que a autonomia da criança veio com a ascensão da maternidade e que o palco atual está pronto para mais uma transição: a transformação dos laços do filho com seus pais e outros membros da família, em um relacionamento no sentido contemporâneo desse termo.

O que Giddens defende é que no caso de relacionamentos entre pais e filhos, supõe-se que a qualidade do relacionamento tem pouco a ver com o cuidado proporcionado, pois há obrigações sociais predeterminadas de um tipo de ligação de ambos os lados de adultos e crianças. A tendência de desenvolvimento é que o apoio material e social venha depender da qualidade dos relacionamentos estabelecidos.

Souza (1999), complementa que o grande número de separações originou a família monoparental predominante constituída pela mãe e filhos, embora haja um aumento progressivo do número de pais que assumem a guarda dos filhos, pois as

mulheres se separam em nome de recuperar a liberdade perdida. Trata-se de um grupo incompleto do ponto de vista das tarefas básicas necessárias ao desenvolvimento individual.

Na família monoparental o triângulo deixou de existir na realidade completa, o que implica negociações que podem se tornar difíceis. Enquanto a mãe popularmente simboliza o afeto, o pai significa a lei, ambos essenciais ao funcionamento grupal.

Neste sentido Giddens (1992), alerta para o fato de que há pais que constantemente tratam seus filhos de um modo prejudicial ao seu senso de valor pessoal, e poderiam fazer com que eles enfrentassem batalhas eternas com as memórias e os personagens da sua infância. Esses pais defendem-se reforçando a dependência e o desamparo de seus filhos.

Para Souza (1999) ainda falando-se da família monoparental não é possível deixar de mencionar a chamada produção independente que vem se difundindo e talvez não possa, ainda, ser avaliada. Entretanto é possível sinalizar algumas questões: a mulher deseja um filho, mas não se vê numa relação estável como um homem. Chama à atenção o fato de que um número cada vez maior de mulheres faz questão de manter o homem à parte, ele nem chega, a saber, que tem um filho. A criança torna-se propriedade exclusiva da mãe.

A família monoparental é, muitas vezes, um momento de passagem para a família do recasamento. A separação, anteriormente vista como solução mágica de todos os problemas, tem seu lado frustrante: a solidão. E aí há uma tendência a buscar um novo vínculo, que, por estar baseado na experiência anterior, não poderá fracassar. Os maus momentos e aflições ao serem esquecidos tendem a se repetir.

A história é bastante conhecida: passados os primeiros tempos em que tudo parecia diferente, descobre-se que mudaram os parceiros, mas as regras do jogo permanecem as mesmas. A família do recasamento apresenta uma característica bem peculiar: “meus filhos, teus filhos, nossos filhos”. Surgem impasses em que os direitos de uns e outros se mostram contraditório e irreconciliáveis. As disputas entre os irmãos de pai e mãe diferentes ou os meio-irmãos se estendem ao casal.

Para a autora, esta é talvez a família mais característica dos tempos atuais em todos os segmentos da sociedade dada à transitoriedade da relação homem-mulher.

Não significa que será sempre conflitada, e que terminará por se dissolver. Entretanto, ela tem uma tarefa de elaborar as situações passadas.

E por último as famílias unipessoais, sendo o grande número de pessoas que vivem sozinhas, o que não pode ser considerado como disfuncional; entretanto é inegável que a questão do individualismo está sempre presente. A vida em grupo impõe frustrações, divisão de espaços físicos e emocionais, adiamento de expectativas e todas as decorrências da presença do outro como igual e diferente. Algumas vezes o imediatismo na busca do prazer individual termina por transformar o parceiro em empecilho quando não em inimigo a ser derrotado. A família unipessoal é, sem dúvida, uma criação e consequência do final do século XX.

2.3.1. Família e drogas

Atualmente, com a crescente inter-relação entre a delinqüência e a drogadição, as drogas atribuídas às mais altas classes sociais se difundiram por todos os níveis sociais e fatalmente, a família é um desses níveis que mais é atingido, embora em muitos casos, ela seja um dos fatores desencadeantes na produção desse problema.

A Família nuclear, ou núcleos familiares é um tipo de família, pilar da civilização judaico-cristã, é a mediadora da cultura e instituição que, surpreendentemente, durante muitos anos, se viu deixada de lado como fonte de estudo. E de acordo com as demandas surge, então, uma necessidade de ser estudado como fonte geradora de alguns problemas sociais e de certas patologias.

Bergeret (1991), saliente que a abordagem psicoterápica individual dos toxicômanos faz os profissionais a se depararem com a extraordinária densidade de suas ligações parentais, que se opõe à imagem mítica do toxicômano em ruptura com a sua família. Os inquéritos epidemiológicos, tanto franceses como anglo-saxões, evidenciam o fraco índice de autonomia desses jovens que independente da idade, coabitam com seus pais. As separações são geralmente temporárias, a violência das rupturas são alternadas com reconciliações melodramáticas. A autonomia do jovem é apenas ilusão e as ligações afetivas e financeiras são minimizadas, banalizadas, racionalizadas, até mesmo guardadas em segredo pelos companheiros da epopéia familiar.

Para Kalina (1991), Os familiares tendem a procurar ajuda com o discurso de que estão a procura da cura para o membro da família dito “o eleito”. Tornando este, um trabalho complexo considerando que curar não significa o mesmo para todos. É conceito tão amplo quanto ambíguo. Pode significar, por exemplo, “para que seja bom” ou “para que se comporte como deve”, ou “para que seja como são os outros componentes da família”, a oscilarem os critérios até que se chegue no outro extremo: “exterminá-lo diretamente porque é a maçã podre que arruína a vida de todos nós, os bons e os são”.

Cada família como instituição, com suas leis próprias e com suas próprias tradições, estabelece códigos vernáculos de conduta e exige que não ultrapassem os limites de sua privacidade; e não admitem que ninguém seja quem for, lhes mostrem que há erros nessa família a exigirem mudanças.

A estrutura tradicional ideológica da família enferma é altamente conservadora e autoritária e é ela quem estabelece que aquele a quem denominamos de “o eleito”, ou o “idiota da família”, como diz Olivenstein, deve continuar ocupando esse mesmo lugar.

Olivenstein (1985), aborda a questão dos papéis familiares da seguinte forma:

(...) “Como o idiota da família constitui na verdade o narcótico do grupo familiar, e como ele mesmo ingere narcótico com a única finalidade de executar seu papel, no lugar que lhe foi designado para e pelos outros – nunca para si mesmo, quando poderia talvez até obter algum benefício com isto –, se ele não existisse em diferentes graus, “o vazio seria irrespirável” (p. 103).

Assim, torna-se necessário que todos os envolvidos no processo de recuperação do doente aceitem que a drogadição é um processo interacional que envolve vários contextos, inclusive o familiar.

Bergeret (1991), se refere também a cegueira familiar colocando que um tempo de latência relativamente longo separa o início do consumo das drogas e a descoberta desta toxicomania pela família.

Existe freqüentemente jovem que continuam vivendo com seus pais, mesmo estando dependentes de drogas há muitos anos, sem que o ambiente se aperceba disto.

A revelação da toxicomania é normalmente feita por uma pessoa exterior à família (juiz, policial, amigo, vizinho). Esta descoberta pode estar ligada a uma descompensação somática. Às vezes é um ato falho do jovem, que confessará à família o que ela recusava-se a admitir: no caso de usuários de opiáceos, colheres entortadas e queimadas, seringas mal escondidas, camisas sujas de sangue, acabam traindo os rituais cotidianos da família, e que eram tão habitualmente escondidos até então.

Esta divulgação incomoda porque, enquanto nenhum incidente ou acidente vier perturbar a lua-de-mel do toxicômano com sua droga, esta pode ser um benefício para todos. Para o jovem, que atinge o clímax do gozo, o apogeu do prazer narcísico e que continua dependente de seus pais, mesmo tendo a aparência da rebelião. Para os pais que encontram, desta forma, após uma fase as vezes conflituosa, uma criança doce, gentil, afetuosa, devido aos efeitos da droga. Esta cegueira reflete mecanismos de denegação, até mesmo de negação.

2.3.1.1. Negação

**(...) ele faz o noivo correto
E ela faz que quase desmaia
Vão viver sob o mesmo teto
Até que a casa caia
...
Ele fala de cianureto
E ela sonha com formicida
Vão viver sob o mesmo teto
Até que alguém decida
(Chico Buarque, 1989)**

Colle (2001), refere-se a dependência e como ela é encarada pela família da seguinte maneira:

(...) *“a toxicomania remete para um comportamento individual e para um estado. Esta designação contribui para alimentar, por um lado, o mito da perturbação psíquica ligada aos tóxicos, e por outro, o mito do toxicômano como indivíduo isolado, em ruptura com a sua família e refratário a certas mudanças”* (p. 100).

É fato que conviver com uma pessoa que se droga com frequência é muito desagradável. Mas, por que tantas famílias escondem ou toleram um “usuário compulsivo?”.

Sem dúvida, essa polêmica traspassa a questão bio-psico-social e remete a discussão dos benefícios secundários que a família recebe ao negar o problema.

Em muitos momentos, para livrar-se da culpa, do medo, do desamparo ou mesmo da pressão social os familiares acabam atuando de maneira a proteger o drogadito e negar o problema. É importante a família quebrar o sistema de proteção do doente, atribuindo a responsabilidade pelo drogar-se ao próprio drogadito e tomar para si a responsabilidade de cuidar de si mesmo.

Beattie (1992) aborda a questão do cuidar de si como sendo *“uma atitude de respeito mútuo. Significa aprender a viver de maneira responsável e permitir que os outros vivam como julgarem mais adequado, desde que não interfiram em nossa decisão de viver como escolhermos”* (p.133).

Existem grupos de apoio aos familiares, como por exemplo, o Al-Anon, que é uma entidade formada por amigos e familiares de alcoolistas, que funciona nos mesmos moldes do AA, onde a família vai aprender a não se responsabilizar pela doença do outro e nem por sua recuperação.

Segundo Bergeret (1991), em diversas comunidades terapêuticas, particularmente a de Synanon, e atualmente no Centro Portage, é favorecido o fato que os toxicômanos em processo de reintegração social aderem ao movimento dos Alcoólicos Anônimos (A.A.).

Infelizmente os toxicômanos com muita frequência, por outros produtos que não seja o álcool, são mal aceitos nas reuniões dos A.A.

A vantagem dos movimentos A.A. é a sua difusão nas diferentes comunidades através do mundo e também a pressão que eles fazem para facilitar aos

toxicômanos continuarem abstinentes em relação ao álcool e às drogas em geral, não importam quais forem.

Vale ressaltar que apesar do Al-Anon e AA serem grupos de apoio importantes é indispensável o acompanhamento psicológico para toda a família, pois é na terapia que cada um irá discutir e externar suas dores e compreender qual a dinâmica de interdependência existente entre seus membros.

Quando se pensa em negação e vergonha surge uma outra questão importante a ser abordado que é o fato da família esconder a drogadição mesmo depois da morte do dependente. As verdadeiras causas de acidentes, suicídio, ataques cardíacos, overdose entre outras enfermidades, passam a ser considerado um segredo de família, intocável e que não pode ser discutido fora do contexto familiar.

Finalmente, é preciso entender que a negação pode ser tratada como um dos sintomas da drogadição, que pode ampliar-se para uma negação tanto do drogarse quanto do impacto dessa drogadição em outros membros da família, pois pode acabar destruindo a auto-estima de todos os membros desse grupo.

Bergeret (1991) se refere ainda à questão dos mitos familiares onde os descreve como um discurso unitário destinando a cada um dos membros da família, papéis rígidos cuja definição é mutuamente aceita.

Na relação fraterna os irmãos apresentam problemas de toxicomania, delinqüência, tentativa de suicídio ou uma patologia das condutas alimentares. Os deslocamentos de sintomas por um dos membros que apresenta dificuldades, impondo um estreitamento dos elos intrafamiliares. É normalmente no momento de uma melhora de seu irmão que o futuro dependente químico envereda para uma escalada toxicomaniaca.

Qualquer questionamento do mito é vivenciado como ameaçador para o equilíbrio familiar. Os mitos familiares podem ser compreendidos como os equivalentes dos mecanismos de defesa individuais. No caso dos mitos da boa convivência familiar as famílias tenderão a descrever o seu funcionamento como sendo ideal, antes da revelação da falha representada pela conduta toxicomaniaca. Numa tentativa de compreender a origem da patologia a família tenderá a privilegiar a responsabilidade

dos grandes traficantes, a frequência de colegas poucos recomendáveis. Existem também os mitos do perdão, expiação e da salvação em que elaborados por numerosas famílias o jovem toxicômano além da sua própria culpa, endossa também, a de todos os membros da família na perspectiva interacional de recuperar uma certa quantidade de benefícios ao ocupar esta posição: ele representa, assim, a pedra angular do edifício familiar. Caso ele renuncie a este papel o sistema se rompe. O mito da conduta sacrificial encontra-se a nível familiar quando o adolescente toxicômano assume a quase totalidade da violência e do sofrimento familiar: os desentendimentos conjugais, os fracassos e escolares de um filho mais velhos, os delitos de um filho mais novo a doença de um avô, diluem-se diante da designação de uma única vítima: o bode expiatório, ou seja, o toxicômano.

Quando esses mecanismos predominam, eles acabam na rejeição, até mesmo na morte do toxicômano, muitas vezes esses processos patogênicos podem voltar a desenvolver-se de maneira rígida e compulsiva com outras crianças da família e levá-las as mesmas disfunções.

Os jovens toxicômanos com idade média por volta dos vinte anos se deparam com uma problemática da separação do meio familiar, esta separação mostra-se difícil pela importância dada à lealdade em relação à família de origem, apesar deles aparentemente recusarem os valores. A iminência de uma saída de casa, dentro de uma dimensão transgeracional uma dupla separação que ameaça os pais: uma refere-se aos jovens e outra aos avós. Uma das funções do sintoma-droga: ao limitar as capacidades de autonomização do jovem, se oculta à necessidade de luto para os pais.

Se esses jovens transgridem constantemente às leis, sejam essas formais ou morais, é porque eles não interiorizaram uma lei paterna e porque as leis, no duplo registro familiar e social delas, são constantemente desvalorizadas pelo ambiente que as cerca, essas transgressões, freqüentemente guardadas em segredo, representam a forma privilegiada de funcionamento de certas famílias.

Ainda para o autor a família mostra um quadro muito negativo do toxicômano, descrito como preguiçoso, incompetente, manipulador, mentiroso e ladrão. Entretanto, a família ao mesmo tempo toma partido no desafio que o jovem lança contra a droga, ela costuma aderir às convicções do adolescente que assegura com certeza

que ele pode parar quando quiser, que não é escravo da droga e que controla melhor do que eu ninguém o seu uso. A família fica estupefata impotente e seduzida por esse jogo cotidiano. A negação da morte remete a onipotência do toxicômano: ele será mais forte do que a droga e a família o acompanham nesta fantasia.

Kalina (1988), referindo-se a relação entre o dependente e sua família, afirma que ela é co-geradora do fenômeno da dependência. Onde existem dependentes, encontram-se famílias nas quais, qualquer que seja sua configuração, estão presentes à droga ou os modelos viciados de conduta, como técnica de sobrevivência por um ou mais membros deste grupo.

CAPITULO III

TERAPIA FAMILIAR

*“Você não tem do que se queixar, dizia Úrsula ao marido: os filhos herdaram as loucuras dos pais”
(Gabriel Garcia Marquez, 1967).*

3.1. Um breve histórico da Terapia familiar

Considerando a definição de família adotada por Kalina no capítulo anterior e que se torna adequada para os propósitos deste trabalho, serão agora elencados os fatores históricos que motivaram a criação da terapia familiar.

Elkaïm (1998), fez um histórico sobre terapia familiar. Segundo ele, após a Segunda Guerra Mundial, psicanalistas judeus-europeus radicados nos Estados Unidos e psiquiatras que retornavam da guerra com um futuro profissional incerto iniciaram um grande movimento psicanalítico que culminou com um movimento que dominou o cenário psiquiátrico norte-americano até a década de quarenta. A maioria das cadeiras dos departamentos de psiquiatria das universidades eram ocupadas por psicanalistas, o que proporcionou uma mudança considerável nas disciplinas relacionadas à saúde mental.

Segundo Colle (1996), a abordagem sistêmica logo conquista o Canadá, onde os assistentes sociais privilegiavam o trabalho em rede em detrimento da abordagem familiar. O entusiasmo pelas abordagens sistêmicas começou na Europa entre 1965 e 1975 e expandiu-se depois de 1985.

As aplicações dos seus modelos ultrapassam o quadro das psicoses e passam a compreender e a agir sobre outras manifestações disfuncionais descobertas nos sistemas familiares. Várias equipes associam consumidores de drogas e jovens delinquentes. As abordagens familiares desenvolvem-se globalmente; mais tarde são aplicadas as adicções.

A princípio os toxicômanos não concordavam com a terapia familiar, eles faziam parte de um universo que era só deles, o da rua. Durante anos o tratamento consistiu em reunir os toxicômanos e não as famílias. A toxicomania era claramente um problema individual, e o toxicômano pertencia de tal forma a um mundo à parte que a família não entrava de forma alguma em linha de conta...Mais tarde, a terapia orientada para a família foi considerada como podendo ser a mais eficaz.

Para o autor, a aplicação da epistemologia sistêmica as adicções favorece um outro aspecto, mais precisamente, as terapias familiares permitiram abandonar esse maniqueísmo e se tornaram preciosas para alterar a perspectiva e para ajudar os sistemas familiares.

Castilho (1994), também tratando do histórico dessa abordagem, afirma que na década de cinquenta a discussão sobre o tratamento de esquizofrênicos e suas relações familiares levaram a formulação de hipóteses sobre a função que o sintoma teria na família, desenvolvendo assim, técnicas e estratégias que ajudariam o sintoma a desaparecer. Os padrões de comunicação se modificavam na medida em que a família não precisasse do sintoma para expressar suas dificuldades.

Para Elkaïm (1998) o sintoma era visto como denúncia de algo que não ia bem e, ainda, como a manutenção do conjunto das relações disfuncionais que, embora patológico, garantia a não desintegração da família.

Fundamentados pela teoria de sistemas os terapeutas passaram a tratar o doente não mais como objeto patológico e a atenção era mais dirigida às contribuições do contexto relacional de onde surgia o problema.

O movimento difundiu-se na Europa e em pouco menos de uma década nasciam centros de terapia familiar de grande importância, como a Escola de Milão e o Instituto de Terapia Familiar de Roma. A terapia familiar foi se modificando e as escolas se diferenciando.

Segundo Elkaïm (1998), todos, em geral, tinham como enfoque as técnicas clínicas de ajuda e eliminação de sintomas. As idéias de Freud, reconhecidamente ou não, eram o fundamento da maioria dessas abordagens. Sem alterar seu pensamento básico, os clínicos acolheram várias das técnicas deste último em seu arsenal clínico.

Apenas uma, segundo ele, dentre as várias terapias familiares, valeu-se de uma nova teoria da família humana; seu criador considerava que esta teoria era, de fato, mais importante do que a terapia que dela derivava. As terapias podiam passar por mudanças, ao passo que a teoria era objeto de desenvolvimento e de aperfeiçoamento. Essa teoria tinha o potencial de modificar a forma pela qual os seres humanos percebem a si mesmos, deixando-se ao encargo das abordagens radicalmente novas a solução de problemas cronicamente difíceis. Murray Bowen desenvolveu a teoria dos sistemas familiares por intermédio de um processo extensivo de observação de famílias humanas, em várias circunstâncias. É designada para descrever o que as pessoas fazem, não o que dizem fazer. Abre-lhes um caminho para pensar sobre e referendar-se em relação aos dilemas que encaram – e define, em amplos parâmetros, um processo clínico fundamentado em um campo teórico.

Elkaïm (1998, apud Bowen, 1978):

(...) “A família é um sistema em que a mudança que afeta uma de suas partes se faz seguir por mudanças compensatórias em outras de suas partes componentes. Prefiro

pensá-la como uma variedade de sistemas e subsistemas. Os sistemas funcionam em todos os níveis de eficiência: do funcionamento ótimo à total disfunção e falência. Faz-se necessário também pensar em termos de super funcionamento, o qual pode ser compensado e descompensado.

O funcionamento de qualquer um dos sistemas depende do funcionamento tanto de sistemas mais amplos de que faz parte como também do de seus subsistemas” (p.73).

Assim, considerando que família é um sistema de seres humanos em interação mútua, pode-se afirmar, portanto, que a terapia familiar é a correlação entre indivíduos e sistema, entre o sistema que cuida e sistema que é cuidado.

3.2. O modelo sistêmico

A teoria geral dos sistemas desenvolvida inicialmente por Von Bertalanffy nos anos 40 , enfatiza o distúrbio mental com a expressão de padrões inadequados da interação no interior da família.

Calil (1988), salienta que com base na teoria de Von Bertalanffy em (1972), a família pode ser considerada como um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros dentro e fora de uma interação uns com os outros e com sistema extrafamiliares (meio ambiente – comunidade) num fluxo recíproco constante de informação, energia e material. A família tende também a funcionar como um sistema total. As ações e comportamentos de um dos membros influenciam e simultaneamente são influenciados pelos comportamentos de todos os outros.

Este conceito põe em relevo certas propriedades dos sistemas abertos, fundamentais para a compreensão da organização e funcionamento da família.

Para Grandesso (2000), o pensamento sistêmico representou dois grandes saltos conceituais na história da prática clínica, um deles foi a mudança do foco das teorias clínicas, do indivíduo para os sistemas humanos, portanto do intrapsíquico para o inter-relacional, o que sem dúvida representou uma mudança paradigmática à medida que passou a configurar um outro sistema de pressupostos para informar a concepção dos problemas humanos e da prática da terapia. E o outro foi a grande virada quando enfatizou os problemas como sistêmicos, foi a ênfase nos contextos e na postulação de uma causalidade circular para os fenômenos, favorecendo a abertura do campo da psicoterapia para uma espécie de interdisciplinaridade, ampliando as fronteiras para a compreensão da pessoa humana para além do psicológico.

Na coexistência de diferentes modelos, desde o primeiro momento de sua evolução, até a década de 70, com suas distintas maneiras de definir o que vem a ser o problema, a conseqüente teoria da mudança e a prática psicoterapêutica, podemos considerar que as terapias sistêmicas se definem como um conjunto de práticas não uniformes, em contínua evolução e um conjunto de noções (fundamentalmente cibernéticas que retroalimentam e são retroalimentadas por essas práticas. Neste sentido essa prática foi tão profundamente configurada, tanto pela teoria geral dos sistemas como pela cibernética, que pode ser conveniente chamada de sistêmico-cibernética. Segundo a autora, estudiosos do campo da terapia familiar preocupados com a precisão conceitual, consideram que as práticas da terapia familiar são sistêmicas e a epistemologia, cibernética. Elucidando tal consideração, a autora (2000) se coloca:

(...) “Esta também representa a minha posição, principalmente por considerar as evoluções dentro do campo da cibernética, a partir do momento em que tomou a si mesma como objeto de estudo. No meu entender, a cibernética oferece as bases epistemológicas pelas quais se podem pensar as diferentes práticas sistêmicas” (p.119).

Enquanto a teoria geral dos sistemas propunha-se a estudar as correspondências ou isomorfismos entre os sistemas de todo o tipo, a cibernética,

originalmente, ocupava-se dos processos de comunicação e controle tanto nos sistemas naturais como nos artificiais. O casamento desses dois ramos de conhecimento e de seus respectivos conceitos, na prática de uma terapia familiar, deve sua existência, conforme já mencionado, à interdisciplinaridade dos trabalhos que marcaram seu início. Se, a princípio, as terapias sistêmicas, informadas pela cibernética de primeira ordem, situavam-se dentro do modelo de pensamento da modernidade, quando do desenvolvimento da cibernética de segunda ordem, observou-se um afinamento com os pressupostos pós-modernos, representados na terapia sistêmica pelas epistemologias construtivistas e construcionistas sociais.

Considerando que um aprofundamento tanto nos conceitos sistêmicos como nos cibernéticos¹ estão fora dos objetivos deste trabalho tornando-o muito extenso, a terapia sistêmica da família organizou-se em torno de alguns conceitos básicos importantes serem citados, pois estes conceitos põem em relevo certas propriedades dos sistemas abertos, fundamentais para a compreensão da organização e funcionamento da família. Destaca primeiramente a idéia de *globalidade*, que significa ser todo e qualquer sistema comportam-se como um todo coeso. Assim, uma mudança em uma parte do sistema provoca mudança em todas outras partes do sistema como um todo.

Complementando, Calil (1988), salienta que no sentido da globalidade, um sistema comporta-se não como simples conjunto de elementos independentes, mas como um todo coeso, inseparável e interdependente. Dessa maneira quando aparece um distúrbio mental, se torna parte integral das interações recíprocas entre os membros da família que operam como um sistema total.

A Segunda propriedade dos sistemas é o conceito de *retroalimentação* ou *feedback*.

¹ Para maior elucidação sobre estes conceitos indico a leitura dos livros: GRANDESSO, m. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo. Casa do psicólogo, 2000. & VASCONCELOS, Maria José Esteves. *Terapia Familiar Sistêmica*. Campinas. Editorial Psy II, 1995.

Para Grandesso (2000), esta é a característica dos sistemas que garante o seu funcionamento circular. Os mecanismos de *feedback* garantem a circulação da informação entre os componentes do sistema. Enquanto os *feedbacks negativos* funcionam para manter a homeostase sistêmica, os *feedbacks positivos* respondem pela mudança sistêmica ou morfogênese.

Calil (2000) complementa que as partes de um sistema unem-se através de uma relação circular e que a retroalimentação e a circularidade são o modelo causal para uma teoria de sistemas interacionais, ao qual pertence o sistema familiar. A família, segundo o modelo sistêmico, pode ser encarada como um circuito de retroalimentação, dado que o comportamento de cada pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas.

Segundo ele, o conceito central dessa nova epistemologia é a idéia de circularidade em oposição à idéia de causalidade linear. A doença mental, que tradicionalmente é pensada em termos lineares, históricos ou causais, seja dentro do modelo médico, seja do psicodinâmico, passa a ser considerada, com bases no modelo sistêmico, dentro da concepção de circularidade. Nesta concepção todos os elementos de um dado processo (no caso da família, os membros em interação) movem-se juntos. A descrição do processo é feita em termos de relações, informações e organização entre esses membros.

Calil destaca ainda que no modelo clássico da ciência pura, a causalidade é considerada linear. Causa e efeitos são compreendidos quando as variáveis são alteradas gradualmente até que se isole o que produz um evento específico. Contrariamente a essa noção de causa e efeito, a Teoria Geral dos sistemas formula que nós não encontramos essa ordem clara e nítida de causa e efeito, sem que a imponhamos artificialmente. Por exemplo, uma família pode considerar a agressividade de seu filho como a causa dos problemas dela, mas a agressividade desse filho pode ser uma resposta à fuga da mãe, que por sua vez pode ser uma resposta à postura autoritária do pai em relação ao filho e assim por diante. O conceito de causalidade circular afirma que um todo não possui começo nem fim e qualquer tentativa por parte do terapeuta de transferir responsabilidade para onde o problema começou é tão

inapropriado como a atitude da família de atirar sobre o membro sintomático a culpa de ser a fonte dos problemas.

É a cibernética que oferece subsídios para melhor entender as propriedades de retroalimentação e circularidade do sistema familiar. Deve-se, sobretudo a Gregory Bateson (1972), antropólogo e um dos pioneiros na compreensão do funcionamento da família, a introdução de alguns conceitos da cibernética no entendimento da comunicação patológica e de sua manutenção no interior da família. Para Bateson, a família poderia ser análoga a um sistema homeostático ou cibernético. Cada família desenvolve formas básicas, específicas de transações, ou seja, uma seqüência padronizada de comportamentos, de caráter repetitivo, que garantem a organização familiar que permitem um mínimo de previsibilidade sobre a forma de agir de seus membros. Considera-se que estas formas são governadas por regras. Regras que não são na sua maioria verbalizadas, mas que podem ser inferidas a partir da observação das qualidades das transações na família. Regras essas, que em parte são vinculadas aos valores de nossa cultura, mas que em grande parte se originam das vivências psicológicas do casal. Às vezes elas representam simplesmente repetição de vivências que o casal teve em suas respectivas famílias de origem.

A família pode, então, ser vista como um sistema que se autogoverna através de regras, as quais definem o que é e o que não é permitido. Estabiliza-se, equilibra-se em torno de certas transações que são a concretização dessas regras. O sistema familiar oferece resistência a mudanças além de um certo limite, mantendo, tanto quanto possível, os seus padrões de interação, a sua homeostasia. A homeostase define-se como um processo de auto-regulação que mantém a estabilidade do sistema, protegendo-o das mudanças que pudessem destruir sua organização, de modo que preserve o seu funcionamento. Existem padrões alternativos disponíveis dentro do sistema, mas qualquer desvio que vá além do seu limite de tolerância aciona mecanismos que restabelecem o padrão usual. O mecanismo utilizado na família para restabelecimento da homeostase é o *feedback negativo*.

Sobre *feedback negativo* Calil (1988) exemplifica de forma esclarecedora:

(...) “a adolescência de um ou mais membros da família desequilibra o sistema. Nesta fase de desenvolvimento, a família terá que modificar o que é e o que não é permitido em relação ao adolescente. Se, no entanto, a tolerância do sistema familiar às mudanças é muito limitada, pode-se impor ao adolescente mais lealdade para com a família, acarretando-lhe inclusive sentimentos de culpa, graças à tentativa de manter inalterados os usuais padrões de interação. O feedback negativo terá, então, a função de manter o equilíbrio – a homeostasia do sistema familiar” (p.19).

Ainda para o autor, a essa concepção de a família ser um sistema homeostático opôs-se a noção de coerência, elaborada por Paul Dell (1982).

Calil (1988, apud Dell, 1982, p. 19), o autor afirma que: “a família, como qualquer outro ser vivo, pode ser conceitualizada como uma entidade evolutiva capaz de transformações súbitas”.

Esses dois paradigmas de explicação do funcionamento da família, aparentemente contraditórios – um estático, mantendo o *status quo* familiar (homeostase) e outro evolutivo, que conduz a família a transformações em seus padrões de interação, sofreram no decorrer do tempo certa integração, e hoje parecem aceitos como momentos alternantes do funcionamento do ciclo de vida familiar.

Para Grandesso (2000), considerando tais paradigmas, o conceito sistêmico de morfogênese que consiste na característica dos sistemas abertos, de absorver *inputs* do meio e mudar sua organização. E que, portanto, opõe-se ao conceito de homeostasia, seria aquele que possibilita as transformações nos padrões de interação do sistema familiar.

Ao lado da necessidade de se manter estável, a estrutura familiar precisa também se adaptar às mudanças. O mecanismo que leva o sistema familiar a primeira transformação de seus padrões de transação é denominado *feedback positivo*.

Há uma série de eventos, tais como a introdução de um novo membro na família, nascimento ou casamento, a perda por morte ou separação, a entrada de um

filho na adolescência etc., que exigem reorganização nas formas de transação, a fim de se estabelecer novo equilíbrio que garanta a sobrevivência da família.

Embora seja fundamental ressaltar neste momento que estabilidade ou equilíbrio do sistema familiar não significam necessariamente sanidade, significam apenas um modo de interação que permite a sobrevivência da família. A família pode também se equilibrar em torno de padrões disfuncionais. Quando existe dificuldade de se reorganizar um novo equilíbrio na família, vê-se freqüentemente que as transações existentes eram disfuncionais e é em geral na ocasião dos eventos marcantes do ciclo de vida familiar que a disfunção vem à tona.

A Homeostasia e transformação são, portanto, os processos básicos de manutenção da família. E, para Grandesso (2000), estruturada em torno destes conceitos, a terapia familiar sistêmica considerava a família como um sistema aberto, mantendo uma interdependência entre seus membros (globalidade) e com o meio, no que dizia respeito às trocas de informação, usando recursos de retroalimentação para manutenção da sua estabilidade (organização). Do ponto de vista sistêmico, pode-se falar, portanto, em uma homeostase familiar, obtida por meio de regras que governam as transações da família.

Assim concebido, nessa nova terapia, o sintoma de um indivíduo – o paciente identificado – era considerado um porta-voz da disfunção da família, funcionando como um mecanismo homeostático para restabelecer o equilíbrio do sistema perturbado. Jackson (1980, orig. 1954) propôs esse conceito de *homeostase familiar* a partir de suas observações clínicas, pois de acordo com estas, quando um de seus pacientes psiquiátricos melhorava de seus sintomas, outro membro da família piorava (apresentando depressão ou distúrbios psicossomáticos). De acordo com esse modelo, portanto, uma família era definida pelos seus padrões de interação e não pelas características individuais de seus membros.

Em outras palavras, quando uma pessoa apresenta mudança em relação a outra, esta outra atuará sobre a primeira de forma a diminuir e modificar a mudança que foi apresentada. Entretanto, a não aplicação desse conceito a fenômenos de

crescimento, mudança e criatividade na família, leva à elaboração do conceito de transformação, igualmente subsidiado pelo campo da cibernética.

Kalina (1991) conclui que o enfoque sistêmico passou então a ser o centro de nossa atenção e converteu-se em instrumento de trabalho de crescente importância, por nos permitir investigar a complexidade dos vínculos familiares e suas possibilidades terapêuticas, com um grau de êxito muito maior do que o que havíamos conseguido mediante a teoria e a técnica psicanalítica.

Conseqüentemente, agora pensamos num sistema em que: todos tenham a ver com todos, onde não seja possível não haver comunicação, onde observamos o efeito das condutas e não os porquês, onde podemos focar a interação dos membros do sistema com um modelo situacional-prospectivo, noutras palavras, onde privilegiamos a finalidade, o para que, onde deixamos de lado a causalidade linear e utilizamos o moderno conceito da causalidade circular, em suma, o que equivale dizer é que neste modelo não há vítimas sem algoz e nem algoz sem vítima e que, como em todo jogo interativo, está na habilidade do psiquiatra ou do psicólogo saber como e por onde começar a trabalhar. Procura-se assim uma redistribuição tanto no jogo de papéis como nos depositários da patologia grupal para que se chegue à co-responsabilidade, significando um crescimento social de todos como grupo, por aprenderem que desta forma “todos se salvam” e por isso deixa de ser necessário o sacrifício do “eleito”.

3.3. Por que usar a Terapia Familiar para tratar o Drogadito e a sua Família

Considerando todos os conceitos elencados ao longo deste trabalho, baseando-me neles considero que vale a pena ressaltar a terapia familiar que tem base no fato de que é por meio das relações familiares e já a partir dos primeiros anos de vida que se formam a identidade e a forma de interagir com o mundo do indivíduo.

Minuchin (1980, p. 12), reforça esta afirmativa dizendo: *“A teoria da terapia familiar está fundamentada no fato o homem não é um ser isolado, e sim um membro ativo e reativo de grupos sociais”*.

Fishman (1996) salienta que estudos realizados demonstram que, comparada a outras formas de tratamento, a terapia familiar é igual ou superior em efetividade. Existem várias razões específicas para a terapia ser tão efetiva. Em primeiro lugar, ela conduz à rápida melhora dos problemas. Uma outra razão pela qual a terapia familiar se mostrou tão efetiva é que ela envolve todas as pessoas significativas na vida do adolescente drogadito. Essa inclusividade significa que as mudanças tendem a ser mantida, porque é o próprio sistema familiar, não apenas os indivíduos, que está sendo transformado. Em outras palavras, uma vez que todos os membros da família sofrem mudanças, suas mudanças mútuas tendem a se reforçar e a se manter. Na terapia familiar, entretanto, todos os membros são uma parte da transformação, de modo que as chances de se manterem os comportamentos novos e mais produtivos são muito maiores.

A terapia familiar também é mais efetiva, porque respeita ativamente os membros da família ao incluí-los no processo de tratamento. Ela vê a família como um recurso para facilitar a cura. A simples idéia de uma terapia familiar implica confiança na família como um lugar para curar. Essa é a noção radicalmente diferente daquela informada pela maioria das outras terapias – a de que uma criança vai a um especialista para ser “consertada”, porque a família fracassou e, depois de consertada, voltará para casa um tanto distanciada do antigo e desfavorável contexto familiar.

Um último ponto sobre a efetividade da terapia familiar: ela custa menos. Já que o curso do tratamento é mais curto, porque todos os membros da família recebem tratamento, mas não são cobrados individualmente, e porque o índice de recidiva é muito mais baixo, a abordagem de terapia familiar é mais barata e constitui uma utilização de recursos mais produtiva.

A terapia familiar é muito eficaz no tratamento da drogadição e muitos pacientes que exibem este comportamento disfuncional procuram a cura na terapia familiar.

Castilho (1994, apud Olivenstein, 1990):

(...) *“a polissemia do sintoma droga nos leva a encarar a toxicomania não somente como a prova do sofrimento psíquico individual e com uma história específica, mas também no quadro das interações rígidas, o sinal de alarme de um sistema familiar disfuncional, sem ignorar o peso dos fatores sociais, econômicos e políticos”* (p.125).

Segundo a autora a questão da dependência e das dificuldades de individualização de algumas famílias com poder muito centralizado é um dos aspectos mais importantes e intrigantes na minha observação clínica, cuja reflexão se concentra principalmente sobre o tema da função paterna.

Nas famílias com pacientes adolescente é mais fácil observar grande idealização da figura paterna, estabelecendo-se uma relação amor-ódio, que muitas vezes encobre uma ausência da figura paterna na sua ação diferenciadora, do vínculo envolvente que é a relação mãe-filho. Ao mesmo tempo observo nestas famílias pais imaturos, dependentes da estrutura de poder de suas famílias de origem. Muitas vezes desqualificados ou superprotegidos por suas famílias, os pais passam a exercer o poder de forma autoritária, embora muitas vezes de modos não explícito, ou delegam o poder a outrem mantendo sua posição de filhos. As mães mantêm com o marido a dependências de seus pais, projetando na figura do marido, ou do pai de seus filhos, a figura de poder que precisam para se sentirem protegidas ou manterem seus estados melancólicos, enfim, que as mantêm casadas com suas famílias de origem. Os pais assumem uma postura quase que paternalista em relação às mães de seus filhos, e também com eles, através de uma postura mais autoritária e muitas vezes permissiva. As mães se mostram submissas, mantendo-se meninas de boa família debaixo das asas de um pai provedor.

O comportamento de um paciente identificado é uma tentativa de fusionar os que o rodeiam com os aspectos contraditórios da realidade familiar, na sua expressão do conflito entre as tendências a conservação e a ruptura. O sintoma pode ser interpretado como uma metáfora da instabilidade, da fragilidade do sistema.

Os filhos, ou o paciente se oferecem generosamente para o sacrifício em prol da estabilidade familiar, e uma das maneiras de cumprir esta tarefa é começar a drogar-se. Usar drogas é também uma forma de se aproximar dos pais e se separar das mães, embora para isto se utilizem estratégias de enfrentamento, principalmente diante da figura paterna.

Drogar-se é também uma maneira de proteger as mães do suposto mal que seus maridos lhes fazem no entender de uma criança pequena que ao se tornar adolescente angustia-se com sua própria necessidade de crescimento, como se crescer significasse abandonar suas mães, causar-lhes muito sofrimento.

Ao redefinir a história da família, dinâmica interpessoal, os comportamentos de cada um em relação ao problema drogar-se, o terapeuta recusa a delegação e a responsabilização que em geral a família lhe outorga, envolvendo cada um num processo de desintoxicação dos padrões relacionais habituais dos quais se drogaram por tanto tempo, ajudando-os ao mesmo tempo a saírem da passividade que o próprio uso da droga propõe.

Com relação à dinâmica da terapia familiar, Minuchin (1980) se refere que o terapeuta deve unir-se ao sistema familiar e usar a si mesmo para transformá-lo. A meta é que ao mudar a posição dos membros do sistema, o terapeuta modifique suas experiências subjetivas.

Para ele um terapeuta deve ter um esquema conceitual do funcionamento familiar para ajudá-lo a analisar uma família. Saliencia-se que a estrutura da família é de um sistema aberto em transformação. Além disso, a família se adapta a circunstâncias modificadas, de maneira a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro. Entender como as famílias funcionam já é uma parte considerável do tratamento. Cada grupo cria sua dinâmica e é importante perceber porque as coisas funcionam de tal maneira.

A terapia de família costuma estar focada numa mudança, numa situação de crise. O que chega ao consultório, são os problemas que não conseguem se resolver pela forma como o sistema familiar se consolidou.

De acordo com Richter (1970), o terapeuta familiar não pode oferecer normas terapêuticas obrigatórias. Cada família reflete a influência do meio sócio cultural em que vive. E seu problema específico depende de fatores psicodinâmicos que precisam ser diagnosticados individualmente, em cada caso, com o objetivo de estabelecer uma comunicação terapêutica proveitosa.

Mascarenhas (1990), chama a atenção para o fato de que numa família ou num casal, acaba havendo uma distribuição de papéis e quando um dos personagens muda, há um desequilíbrio geral. Hábitos, costumes, hierarquias e rotinas são abalados, e isso gera resistência, crise, confusão. Por isso, quando o dependente começa a recuperar-se, os outros membros da família podem reagir – sem saber – de forma negativa.

Glitow e Peyser (1991), consolidam a afirmação ao mencionarem que em cada estágio da recuperação do drogadito, as interações com o cônjuge e com os filhos mudam, tornando-se tão complexas e intensas que os membros da família não somente esperam, como chegam a desejar que a dinâmica volte a ser como antes.

De acordo com os autores, durante o tratamento, cada membro familiar deve ser examinado. Deve-se fazer uma avaliação profunda da posição que cada um ocupa e do caráter dos relacionamentos na família.

Ainda para Glitow e Peyser, a tarefa da terapia é criar um ambiente para mudança, onde cada membro da família possa tomar a decisão de desempenhar o papel de uma pessoa autônoma.

Deste modo, uma vez que a enfermidade do paciente com frequência é sintomática de psicopatologia familiar, alguns dos problemas são mais facilmente resolvidos com a unidade total da família em vez de numa base individual ou de casal.

CONCLUSÃO

***“Uns tomam éter, outros cocaína.
Eu já tomei tristeza, hoje tomo alegria.”***

(Manuel Bandeira, 1981)

Neste trabalho onde tive como objetivo fazer uma compreensão sistêmica acerca da drogadição e da família realizando uma revisão bibliográfica utilizando tanto a drogadição para abordar questões referentes a interação familiar quanto a família para entender as dinâmicas relacionadas a droga.

Objetivou-se neste estudo repensar a prática clínica, utilizando-se do modelo sistêmico como elemento norteador de todo o trabalho.

O estudo de algumas abordagens foi peça fundamental para a compreensão da dinâmica de funcionamento da família toxicodependente e da interação entre seus membros. A utilização do modelo sistêmico e da terapia familiar sistêmica puderam proporcionar uma perspectiva, ao mesmo tempo, enriquecedora e polêmica e ainda uma compreensão mais aberta desse tema.

Nas discussões levantadas observou-se que o equilíbrio da família é conseguido através da “redefinição de papéis” consciente e inconsciente entre o indivíduo e o grupo. A terapia deve ser usada para promover esse equilíbrio, sem criar com isso mais rigidez ou novas patologias.

É importante que o psicólogo esteja aberto a “pluralidade”, em nível conceitual do que seja drogadição, para não criar conflitos com outros profissionais que, eventualmente, precisem interagir no processo de cura do grupo familiar por ele assistido, onde a equivalência entre os diversos profissionais, devidamente sensibilizada às particularidades da personalidade drogadita e ao seu atendimento,

deve permitir, idealmente, que o paciente ao ultrapassar a porta do centro onde escolheu pedir ajuda, tenha a possibilidade de escolher também o seu terapeuta segundo classificações não hierárquicas, considerando que as equipes multidisciplinares contam com a colaboração de médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, acolhedores, que podem incluir até ex-toxicômanos devidamente treinados, mas intuitivas, aquele que procura ajuda tem o direito nos limites do possível, de escolher e estabelecer uma relação afetiva com aquele terapeuta com o qual se sintonizar melhor. A formação aprofundada dos terapeutas sejam eles, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais e corporais, enfermeiros, educadores, assistentes sociais...é de extrema importância para o trabalho com drogadito e deve ser ampla o suficiente para permitir variações de técnicas e atitudes com um mesmo paciente, conforme a sua demanda e suas particularidades.

Para compreender profundamente estes indivíduos o psicólogo deve ter a capacidade de compreender e considerar todas as dores emocionais presentes na dinâmica do indivíduo e do grupo a que pertence. Considerando a sua história familiar, sua relação com os membros que fazem parte do seu sistema familiar, principalmente no que diz respeito à comunicação e às relações afetivas, sua relação com o meio cultural e social em que está inserido e de que forma vivenciou e vivencia as mudanças no ciclo de vida familiar.

Vale ressaltar o quanto foi gratificante perceber que, apesar das dificuldades em unir teorias oriundas do mesmo campo teórico, é possível reunir pressupostos teóricos diferentes na busca de um mesmo objetivo, isto é, a conquista da estabilidade familiar. Neste sentido destaco o quanto é importante e fundamental para o estudo da drogadição a participação de abordagens distintas como a psicanálise, a abordagem sistêmica e a abordagem comportamental, que se distinguem tanto em suas teorias, mas que de alguma forma acabam considerando a drogadição como um tema complexo que sofre influências de vários meios e que em suas análises consideram a família, as relações familiares, o ponto estratégico a ser estudado para interpretar a dinâmica dessa toxicod dependência.

Como a epígrafe retirada do poema *Não Sei Dançar* de Bandeira (1981), que encerra este tópico, conclui-se que é a tomada de consciência das dores causadas que conduzirá a decisão de viver de forma saudável.

Assim, há sempre algo que remete o ser humano a sua origem, seja como indivíduo ou como parte de um grupo, ligados geneticamente ou por afinidades. Cabe a cada um escolher, de maneira livre e saudável, a melhor forma de conduzir a própria vida.

E, no que se refere à questão das drogas, quero elucidar o quanto ficou claro que os programas de prevenção bem sucedidos requerem o compromisso de todos nós trabalharmos juntos, inclusive o governo, nossas comunidades, vizinhanças, escolas e universidades, todos devemos trabalhar juntos para parar a devastação e ajudar nossas crianças pelas próximas gerações. É fundamental que haja mudanças nesta mentalidade e que a problemática das drogas seja abordada em toda a sua complexidade e com veracidade: apontar e analisar os conflitos e motivações individuais e sociais que intervêm no consumo de drogas, mencionar os conflitos do adolescente, as pressões do grupo ou as dinâmicas intrafamiliares, têm maior impacto preventivo do que a informação desprovida de seriedade científica, de credibilidade social e de fundamentação ética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDEIRA, Manuel. *Manuel Bandeira: Poeta Até o Fim*. Editora Abril Educação, São Paulo, 1981.
- BERGERET, J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 1991.
- BUCHER, Richard. *Drogas e Drogadição no Brasil*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
- CALIL, V. L. L. *Terapia Familiar e de Casal*. Summus, São Paulo, 1988.
- CAMPOS, Rose. Divã tamanho Família. **Revista Viver**, São Paulo, ano VII, n. 92, pp.24-29, setembro, 2000.
- CAPRA, F. – 1982 – *O Ponto de mutação*. Trad. Álvaro Cabral. Editora Cultrix, São Paulo, 1987.
- CARTER, Betty. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar – Uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª Edição. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- CASTILHO, Tai. *Temas em Terapia Familiar*. Editora Plexos, São Paulo, 1994.
- COLLE, François Xavier. *Toxicomanias, Sistemas e Famílias*. Editora Climepsi, São Paulo, 2001.
- COTRIM, B. C.(1998). Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. Em J. G. AQUINO (org). *Drogas na escola. Alternativas teóricas e práticas*. (p. 26-26). São Paulo. Summus.
- ELKAÏM, Mony. *Panorama das Terapias Familiares*. Editora Summus, São Paulo, 1998.
- FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1986.
- FISHMAN, Charles H. *Tratando Adolescentes com Problemas: Uma abordagem da Terapia Familiar*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996.

- FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro. *Adolescência, Família e Drogas – A Função Paterna e Questão dos Limites*. Editora Mauad, Rio de Janeiro, 2002.
- GAMMER e CABIÉ, Carole, Marie Christine. *Adolescência e crise familiar*. Lisboa, Climepsi Editores, 1992.
- GRANDESSO, M. *Sobre a Reconstrução do Significado: Uma análise Epistemológica e Hermenêutica da Prática Clínica*, Casa do Psicólogo, São Paulo, 2000.
- GIDDENS, Anthony. *A Transformação da intimidade*. São Paulo: UNESP, 1992.
- GLITOW e PEYSER. *Alcoolismo, um guia prático de tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1991.
- GUIMARÃES, J.L. e Col. *Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP*. Revista de Saúde Pública. Capturado em 13 mai 2004. Disponível online via: www.Scielo.Com.br
- KALINA, Eduardo. *Drogas: Terapia Familiar e Outros Temas*, Editora Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1991.
- KALINA, Eduardo. *Drogadição II*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.
- KALINA, Eduardo. *Aos pais de adolescentes: Viver sem drogas*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1999.
- MARCELLI, Daniel. *Manual de psicopatologia do adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas; São Paulo, Masson, 1989.
- MASCARENHAS, Eduardo. *Alcoolismo, Drogas e Grupos anônimos de mútua ajuda*. São Paulo: Siciliano, 1990.
- MARLAT, G. Alan. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Artes Médicas Sul. Porto Alegre, 1999.
- MELO e MIRANDA, L., M. *Drogas: apertando o usuário*. **Revista Isto É**, São Paulo, n.1803, p.29-34, abril, 2004.

MINUCHIN, Salvador. *Família: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1988.

MORIN, Edgard. *Ciência com Consciência*. Bertrand Brasil. Rio de Janeiro, 1996.

MUZA, G.M. e Col. *Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II – Distribuição do consumo por classes sociais*. *Revista de Saúde Pública*. Capturado em 13 de maio de 2004. Disponível online via: www.Scielo.com.br

NEUBERN, M. S. Contribuições da epistemologia complexa para abordagens da drogadição. Em org, BAPTISTA, M, CRUZ, M. S. & MATIAS, R. *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 2003. p. 253 – 264.

OLIVENSTEIN, Claude. *Destino do Toxicômano*. Editora ALMED, São Paulo, 1985.

OUTEIRAL, José Ottoni. *Adolescer: estudos sobre adolescência*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul, 1994.

PAPALIA, Diane E. *Desenvolvimento Humano*. 7^a. Ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 2000.

RICHER, Horst. *A família como paciente*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1970.

SCHUCKIT, Marc. *Abuso de Álcool e Drogas – Uma Orientação Clínica ao Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1991.

SOUZA, Anna Maria Nunes de. *A família e seu espaço: uma proposta de terapia familiar*. 2^a edição. Editora Agir, Rio de Janeiro, 1999.