

NOS BASTIDORES DA ADICÇÃO: UM ESTUDO COM ACOLHIDOS DE UMA CASA DE RECUPERAÇÃO DA REGIÃO SUL FLUMINENSE BEHIND THE ADDICTION SCENES: A STUDY WITH RESIDENTS AT A RECOVERY HOUSE IN THE SOUTH FLUMINENSE REGION

Adilson Dias Bastos Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
adilsonbastos@gmail.com

Ana Kelly Albuquerque Lima Pereira Silva Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
anakellyalbu@gmail.com

Isabelle Vieira da Silva Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
bel.isv@hotmail.com


Richardson de Paula Campos da Silva Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
richardsoncampos1@gmail.com

Ursula Souza da Silva Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda, RJ/Brasil
ursulasouza1308@gmail.com

Resumo O presente trabalho visou pôr em destaque, no âmbito da prática psicológica, a escuta da história de vida do adicto. O estudo foi desenvolvido de maneira qualitativa com 13 (treze) acolhidos de uma Casa de Recuperação na região sul fluminense. Realizamos um grupo focal visando identificar os contextos vivenciados. Os resultados obtidos foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin. Representados por indivíduos que vivem à margem da sociedade, o adicto é inserido em uma categoria social depreciativa. Tornam-se sujeitos sem nome, sem rostos e reduzidos a tabelas estatísticas. A percepção social em relação a este indivíduo é reduzida a um único personagem: o dependente químico. Políticas públicas voltadas para a intervenção e a redução de danos são aplicadas. Todavia, o lugar de fala do indivíduo que utiliza as substâncias psicoativas é relegado e entregue ao reducionismo social do “sujeito incapaz”. Desse modo, entendemos que uma abertura para a possibilidade de nos encontrar com outro produz um enriquecimento subjetivo; uma vez que o método psicoterapêutico da escuta tem por objetivo devolver à pessoa, na medida do possível, uma possibilidade de enfrentamento às questões existenciais.

Palavras-chave adicção, comunidades terapêuticas, história de vida.

Abstract The present work aimed to highlight, within the scope of psychological practice, listening to the addict's life story. The study was developed in a qualitative way with 13 (thirteen) sheltered in a Recovery House in the southern region of Rio de Janeiro. We conducted a focus group to identify the contexts experienced. The results obtained were analyzed using Bardin's Content Analysis. Represented by individuals who live on the margins of society, the addict is placed in a derogatory social category. They become nameless subjects, faceless and reduced to statistical tables. The social perception of this individual is reduced to a single character: the drug addict. Public policies aimed at intervention and harm reduction are applied. However, the place of speech of the individual who uses psychoactive substances is relegated and handed over to the social reductionism of the “incapable subject”. In this way, we understand that an openness

	to the possibility of meeting with another produces a subjective enrichment; since the psychotherapeutic method of listening aims to give the person, as far as possible, a possibility of facing existential questions.
Keywords	addiction, therapeutic communities, life history.
	Licença de Atribuição BY do Creative Commons https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
	Aprovado em 09/05/2023 Publicado em 30/06/2023

1. INTRODUÇÃO

A relação do homem com a droga ocorre desde os primórdios, através do uso de substâncias manipuladas com fins de cura espiritual, fisiológica e mental. Na contemporaneidade a droga permeia toda a sociedade, sendo que somente um número reduzido de substâncias são consideradas drogas. Frequentemente caracterizamos como drogas os produtos considerados ilegais, como a maconha, a cocaína e o crack; porém, do ponto de vista da saúde, muitas substâncias legalizadas podem ser igualmente perigosas, como o álcool e o tabaco, por exemplo.

LIMA (2005) assinala dois modos de dependência química que se estabelecem: a psíquica e a fisiológica. A junção das duas dependências leva à toxicomania e ao aumento potencial do consumo de substâncias psicoativas, sendo que

os usuários de drogas podem se valer das drogas para seu deleite e em momentos de angústia, mas esta nunca se transforma na razão maior de sua existência. Os toxicômanos, porém, são compelidos a sua ingestão por forças físicas e psíquicas poderosas. As drogas passam a representar, para esse grupo, o valor soberano na regulação da sua existência (LIMA, 2005, pg.11).

O tema das drogas, escolhido neste artigo, emergiu a partir das inquietações apresentadas por parte dos estudantes do curso de Psicologia do Centro Universitário Geraldo di Biase (UGB, campus Volta Redonda), estagiários em uma Casa Terapêutica da região Sul Fluminense. As Casas Terapêuticas (CT's)

representam um entre vários modelos de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ou drogas), presentes no Brasil e em outros países. Desenvolvidas e disseminadas a partir de iniciativas não governamentais, estas instituições se organizam em residências coletivas temporárias, onde ingressam pessoas que fazem uso problemático de drogas, que ali permanecem, por certo tempo, isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida, pautados na abstinência de substâncias psicoativas (SPAs) (SANTOS, 2017, p.2).

Durante os encontros de orientação, atentou-se para a necessidade de “fala” e de “escuta” dos acolhidos desta Casa Terapêutica em questão. Percebeu-se então a necessidade de se pensar em estratégias que possibilitassem uma maior visibilidade desses indivíduos, portadores de nome e sobrenome, de histórias e de subjetividades, para além do estigma de “dependente químico”.

A Casa Desafio Jovem Missionário Gunnar Vingren, define a sua atividade como: “prestadora

de um serviço comunitário”, sendo uma casa de recuperação da Catedral das Assembleias de Deus Ministério de Madureira, em Barra Mansa e se propõe ao acolhimento (exclusivamente voluntário) de adictos de álcool e outras drogas, sob a classificação de um Serviço Residencial Terapêutico Transitório (SRT). A casa se utiliza da abstinência e convivência em um local afastado enquanto estratégia, para lidar com a dependência e dispõe de recursos para assegurar as necessidades de moradia dos que se encontram acolhidos (os adictos são chamados de acolhidos, visando a relação de acolhimento e afastando a condição de paciente/tratamento). Além de uma expectativa velada de cura, associada a uma transformação moral, principalmente a partir da religiosidade.

Percebe-se que, representados por indivíduos que vivem à margem da sociedade, o adicto é inserido em uma categoria social depreciada. Tornam-se sujeitos sem nome, sem rostos e reduzidos a tabelas estatísticas. A percepção social em relação a este indivíduo é reduzida a um único personagem: o dependente químico. Políticas públicas voltadas para a intervenção e a redução de danos são estão presentes na sociedade, todavia o lugar de fala do indivíduo que utiliza as substâncias é relegado e entregue ao reducionismo social do “sujeito incapaz”.

Deste modo, a proposta deste artigo, derivado de um projeto de pesquisa, é atribuir ao adicto a condição de sujeito, de protagonista da sua história, com lugar de fala e escuta.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A relação do homem com a droga, desde a sua descoberta, vem sofrendo alterações lineares e temporais. Historicamente, segundo Lima (2005), o uso de substâncias alucinógenas estava associado a ritos religiosos e o êxtase resultante, interpretado como uma forma de contato com o divino.

A definição da droga enquanto lícita ou ilícita está atrelada a valores morais e políticos, sendo tanto uma como a outra capaz de produzir efeitos prejudiciais ao organismo e à psique humana. Historicamente, o perfil do ser humano foi padronizado por Instituições que apontam o corpo do usuário de drogas, como um corpo que vive à margem, o marginal (LIMA, 2005).

Nesta perspectiva, Rodrigues (2004) assinala que

a proibição das drogas adiciona ao elenco de anormais, herdado do século XIX, a figura do viciado. Ele, contudo, não é identificado pelo poder como alvo independente; antes o usuário de drogas proibidas é enxergado pelos corpos sãos da sociedade justamente entre os insuportáveis anômalos de sempre. Imigrantes e minorias veem seus hábitos de intoxicação potencializarem se em grandes afrontas à sociedade sadia (p.35).

De acordo com o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (2022)

a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) droga é toda substância natural ou sintética, que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. A OMS entende que o uso prejudicial e a dependência de drogas lícitas ou ilícitas é um problema de saúde pública de ordem internacional que preocupa o mundo inteiro, uma vez que afeta valores culturais, sociais, econômicos e políticos (p.10).

Ao longo de sua história, a OMS também sugeriu alguns termos como definição para toxicomania, porém dada a abrangência desses termos e o fato de não corresponderem em igualdade a todas as drogas, com o passar do tempo o termo adicção passou a ser definido por uma amplitude genérica de dependência (psicológica e física). De acordo com Eduardo Pereira Alves (2012), tendo como base os autores STACECHEN & BENTO (2008), o termo “adicção” teria surgido no Império Romano sendo uma forma de escravidão legalmente determinada fruto de uma espécie de último recurso para o pagamento de dívidas, desta forma, o devedor era aprisionado e dominado por alguém no pagamento de sua dívida. A partir disto, percebe-se que “a adicção como sinônimo de dependência química, tem a função de mostrar como a substância tóxica tem a capacidade de produzir um estado de escravidão de uma pessoa” (ALVES, 2012, p.9).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- (DSM-V), as drogas se enquadram no capítulo referente aos Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos. Tais transtornos, segundo o DSM- V, abrangem dez classes de drogas: álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo-hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). O DSM-V também apresenta que a dependência, abstinência, abuso e intoxicação através de substâncias psicoativas, só podem ser diagnosticadas ao preencherem alguns critérios mínimos do Manual. Os critérios estão associados a alteração cognitiva, comportamentais e fisiológicas que resultam do uso frequente de substância, ainda que mediante prejuízo pessoal eminente. Assim, segundo o Manual

todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas. Em vez de atingir a ativação do sistema de recompensa por meio de comportamentos adaptativos, as drogas de abuso ativam diretamente as vias de recompensa. Os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de drogas produz recompensa são diferentes, mas elas geralmente ativam o sistema e produzem sensações de prazer, frequentemente denominadas de “barato” ou “viagem”. Além disso, indivíduos com baixo nível de autocontrole, o que pode ser reflexo de deficiências nos mecanismos cerebrais de inibição, podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância sugerindo que, no caso de determinadas pessoas, a origem dos transtornos por uso de substância pode ser observada em seus comportamentos muito antes do início do uso atual de substância propriamente dito (DSM-V, 2014, p.481).

Os tratamentos propostos a adictos sofrem alterações até os dias atuais sendo recente a emancipação do “drogado” e do “louco” em seus meios de tratamento, inclusive. Na sociedade capitalista, o normal e o patológico se tornam fatores diagnósticos para inserir (ou não) o indivíduo no campo do trabalho. Surge então, a Instituição, com a finalidade de controle, tratamento, saneamento e

reinserção social.

Vamos nos ater a modalidade que compreende as chamadas “Comunidades Terapêuticas” que têm como filosofia o modelo psicossocial (adição como um problema de saúde mental, recorrente e incurável), e como meio de tratamento a inserção e participação em grupos que discutem problemáticas sociais enfrentadas pelo adicto. Ainda que privadas, as Casas Terapêuticas integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por força da lei nº 13.840/2019 e do decreto nº 9.761/2019, e são isentas de seguir o plano de redução de danos (plano de intervenção da saúde pública).

Como foi observado no campo empírico, pode-se dizer que

o modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, *trabalho, disciplina e espiritualidade* –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas religiosas-espirituais. O exercício do trabalho – denominado de *laborterapia* - é entendido como terapêutico, à medida em que favoreceria à autodisciplina e ao autocontrole - disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de SPAs, mas necessárias para o seu sucesso na vida social. As práticas religiosas-espirituais – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas – têm o propósito de promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral (SANTOS, 2017, p.2).

Atualmente tanto dentro das CT's (embora a visão religiosa possa ser predominante em alguns contextos dessas instituições) como na sociedade geral, a visão predominante sobre a adição é contemplada seguindo o modelo biomédico e moral. Porém, este trabalho busca trazer reflexões acerca da atuação da Psicologia no olhar e na escuta das pessoas que estão inseridas nesta temática das drogas.

Desta forma, seguindo os passos de Melo e Maciel (2016),

pode-se dizer que muito se fala sobre os usuários de drogas, mas pouco se escuta e se faz em prol da sua subjetividade e reinserção social. Pouco se faz em termo de cuidado e de propostas de mudanças, pois o dependente químico ainda é tratado como marginal e como alguém que precisa não só ser punido, mas também excluído da sociedade (p.77).

Neste sentido, Forghieri (1993) ratifica a presença genuína do terapeuta, como condição fundamental no processo de recuperação do indivíduo, pois estamos sempre em relação com o outro e com o mundo. Desse modo, nos aliando ao pensamento de Boss (1975), entendemos que uma abertura para essa possibilidade de nos encontrar com outro, produz um enriquecimento subjetivo, uma vez que os métodos psicoterapêuticos têm por objetivo devolver à pessoa, na medida do possível, uma disponibilidade de suas possibilidades existenciais frente ao mundo.

3. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi realizada uma pesquisa qualitativa. Sobre esta modalidade de pesquisa, pode-se dizer que

algumas características básicas identificam os estudos denominados “qualitativos”. Segundo esta perspectiva, um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (GODOY, 1995, p.21).

Desta forma, esta pesquisa qualitativa foi realizada a partir de um estudo de caso, que pode ser definido como “um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular” (GODOY, 1995, p.25). Este estudo de caso contou com a participação de inicialmente 11 (onze) acolhidos da Casa Terapêutica através de entrevistas semiestruturadas (que contém questões objetivas e de livre demanda,).

Logo após, as reuniões para a coleta dos dados referentes ao estudo foram realizadas presencialmente na própria Casa Terapêutica, aos sábados, através da técnica de grupos focais. Sobre os grupos focais

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais. Para Kitzinger (2000), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009, p.780).

Todos os participantes da pesquisa aceitaram participar por livre e espontânea vontade e, após consenso, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

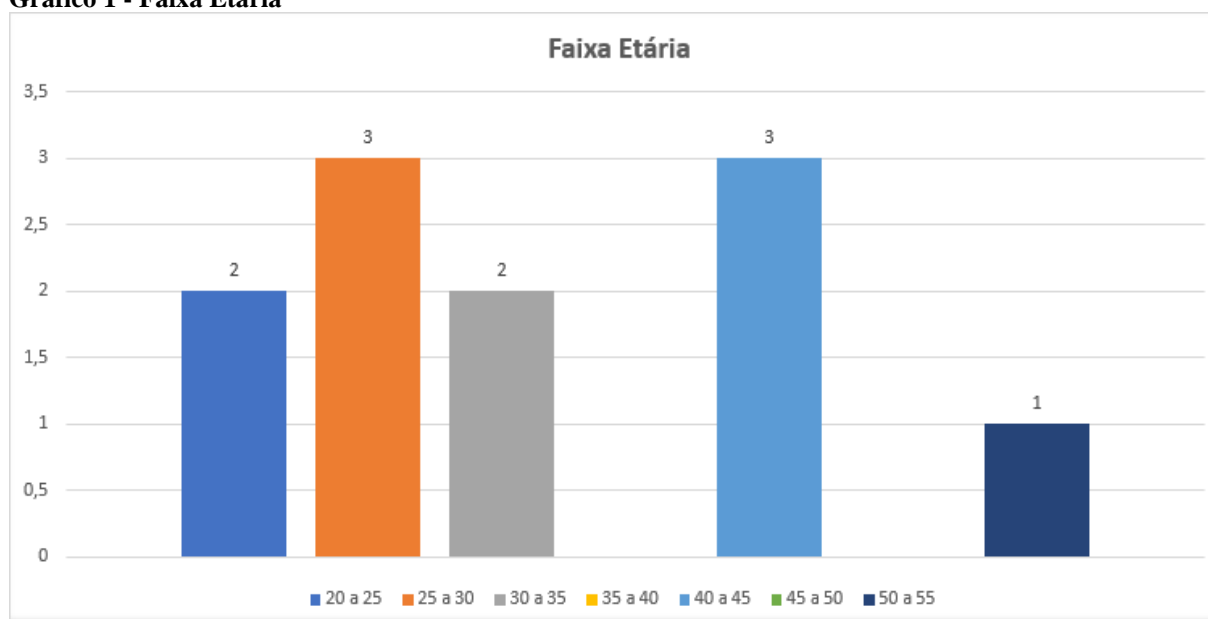
Os resultados obtidos e os dados do grupo focal foram analisados a partir da teoria da Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo, a partir dos pressupostos de Bardin (2011) compreende um conjunto de instrumentos metodológicos que se empregam a discursos diversos.

4. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram colhidos através dos instrumentos mencionados, aplicados nos encontros propostos e de acordo com cronograma elaborado pelo orientador. Os pesquisadores utilizaram a técnica conhecida por Grupo Focal, que se mostrou eficaz para a coleta de histórias de vida dos participantes.

Ao iniciar o encontro, os moderadores lançaram questões norteadoras, cuja temática envolvia a “adicção e relações sociais”; a “adicção e saúde”, por exemplo: como foi o primeiro contato com a substância aditiva, em que contexto, ambiente, idade, companhia e assim, seguiam os depoimentos dos participantes. Ao final, os moderadores apresentavam a síntese de depoimentos, facultando aos participantes o acréscimo de informações, bem como a explicitação ou alteração de algum termo e/ou ideia de que, em sua opinião, melhor classificasse os seus sentimentos. A partir das informações coletadas foram elaborados gráficos apresentados a seguir.

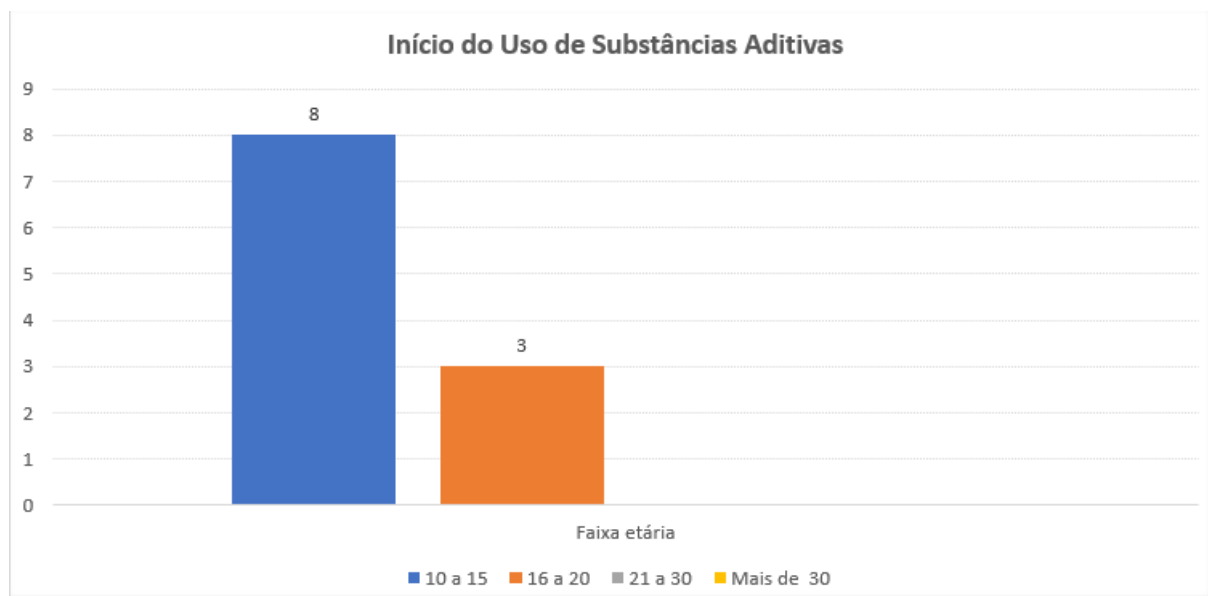
Gráfico 1 - Faixa Etária



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

No que diz respeito a faixa etária, todos os acolhidos participantes da pesquisa eram maiores de 18 (dezoito) anos de idade, ou seja, todos maiores de idade.

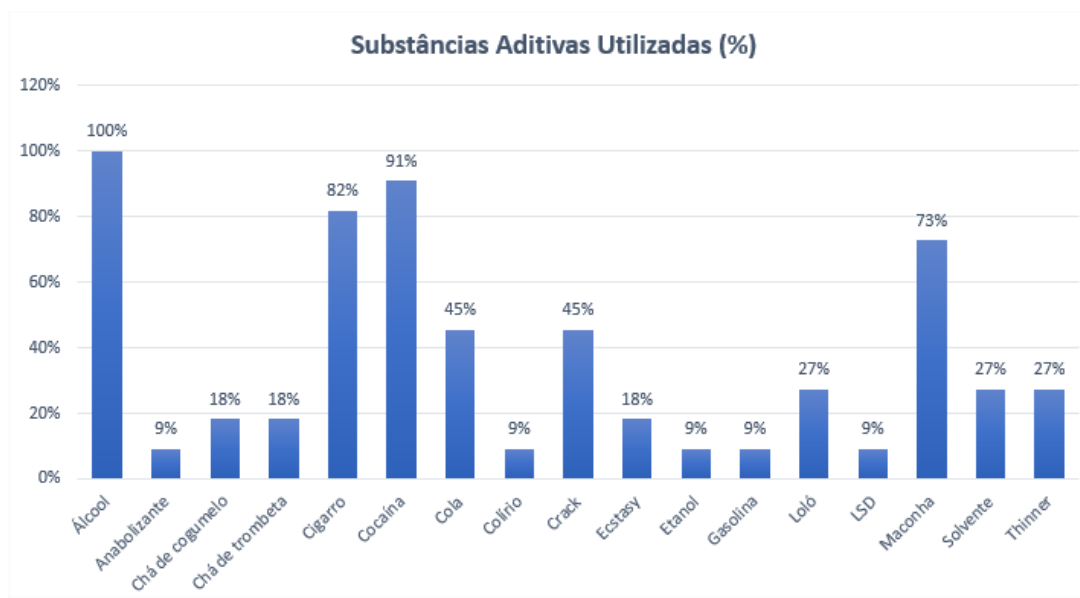
Gráfico 2 - Início do uso de substâncias aditivas



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A partir do Questionário Sociodemográfico, verificou-se que em 72% dos casos, o uso de substâncias aditivas ocorreu entre 10 e 15 anos de idade, sendo o álcool, a substância de maior prevalência, correspondendo a 100% de utilização. Um dado relevante associado a esses índices, evidencia que o primeiro contato com o álcool, ocorreu enquanto os participantes eram ainda muito novos (infância, pré-adolescência e adolescência) sendo que a maioria relatou que o primeiro contato aconteceu em ambiente familiar.

Gráfico 3 - Substâncias aditivas utilizadas



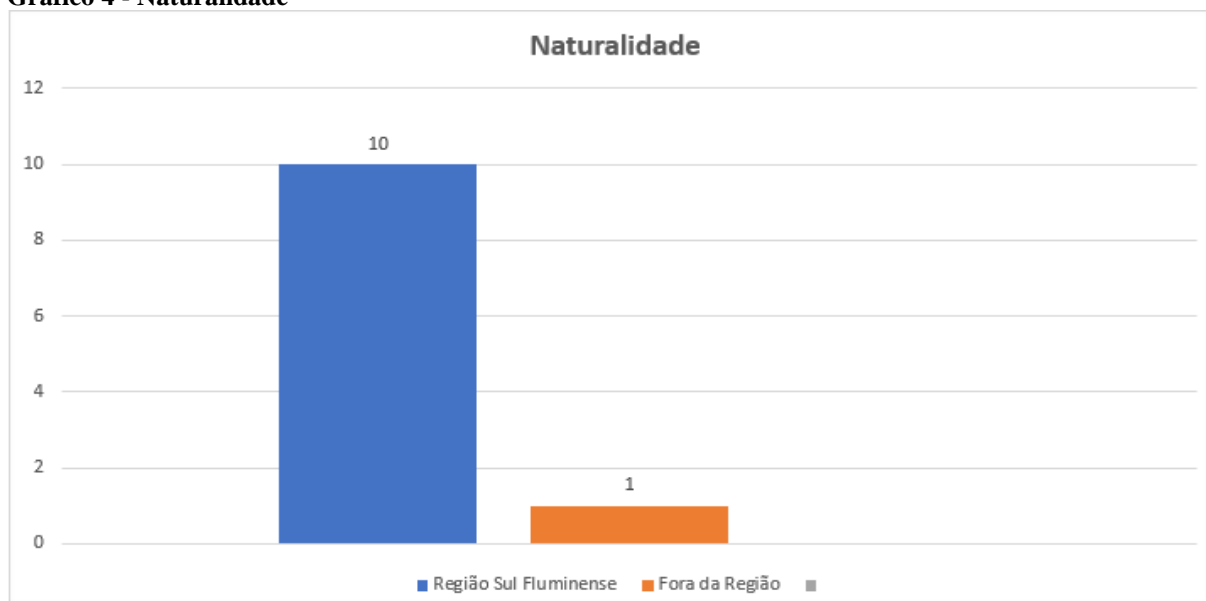
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Nos relatos, o consumo de álcool está destacado majoritariamente. O uso de cocaína (91%) e de cigarro (82%) também é expressivo em comparação à outras substâncias aditivas citadas pelos participantes, como por exemplo, o uso de etanol (9%) e de crack (45%). As drogas mais utilizadas têm

um valor monetário mais baixo e são de mais fácil acesso, isto pode sugerir a relação entre a condição socioeconômica dos acolhidos entrevistados e a escolha por determinado tipo de substância psicoativa.

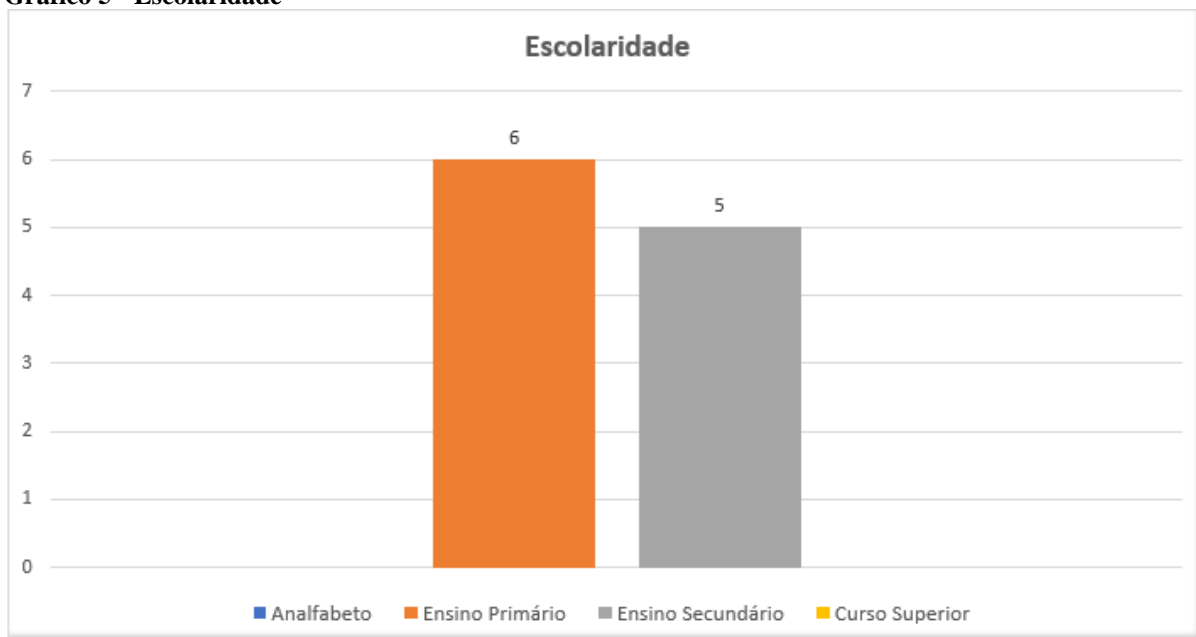
Mediante a aplicação das Escala SDS – Cocaína e SDS - Maconha é possível estimar que, em relação à primeira, a dependência para esta substância é relevante, pois, apenas 18 % dos casos analisados indicam baixo risco de dependência. Quanto à segunda escala, 55% dos casos apresentam baixo risco de dependência. Ambos os instrumentos, avaliam o último trimestre dos participantes.

Gráfico 4 - Naturalidade



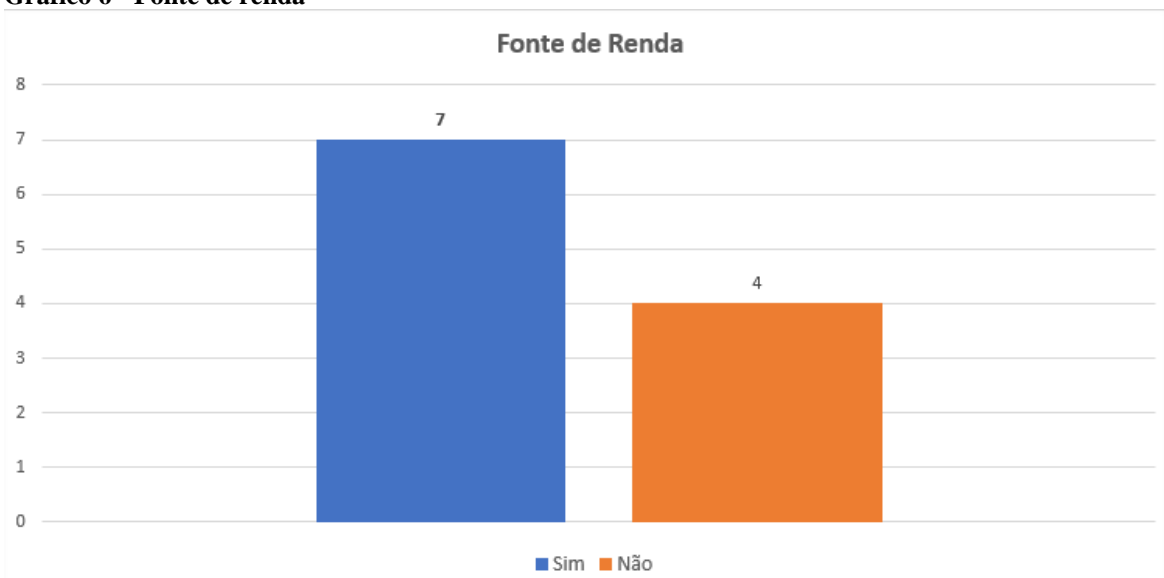
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Sobre a origem, a procedência da região sul fluminense se confirma em 91% dos casos. Quando se fala em escolaridade, 45% possuem ensino médio e nenhum deles possui ensino superior. Sobre fonte de renda 63 % dos entrevistados declararam possuir alguma. Os participantes relatam a “facilidade” e até mesmo a “imposição” para o consumo de substâncias aditivas em ambientes de trabalho.

Gráfico 5 - Escolaridade

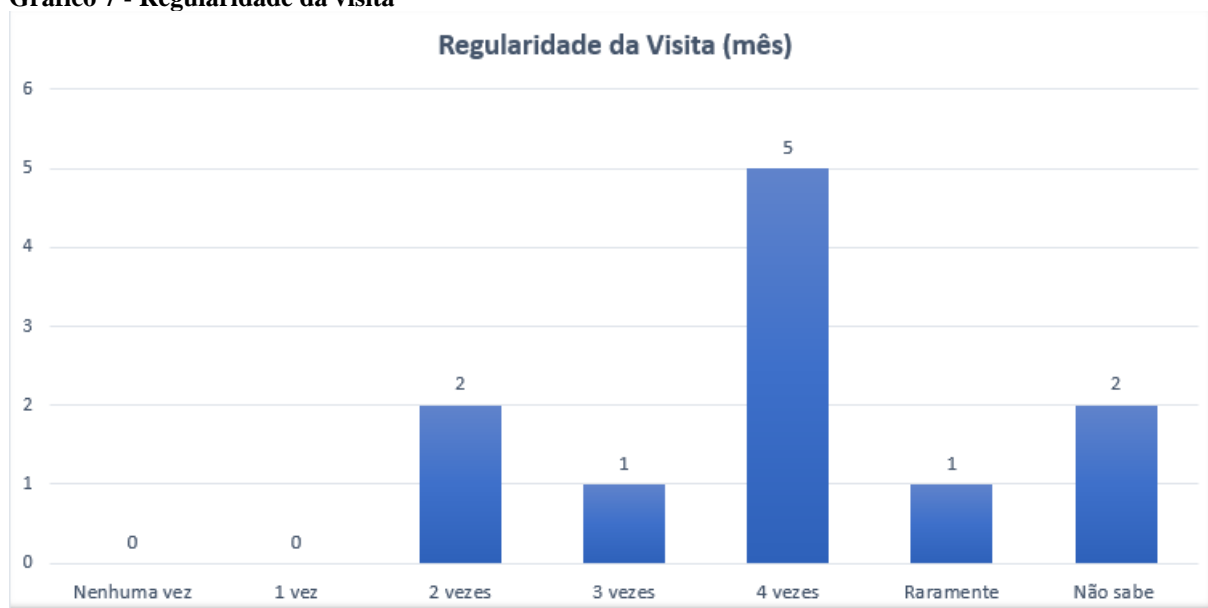
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Neste gráfico percebemos um equilíbrio entre os que têm o ensino primário e os que têm o ensino secundário. Se nota a ausência de acolhidos que possuem nível superior.

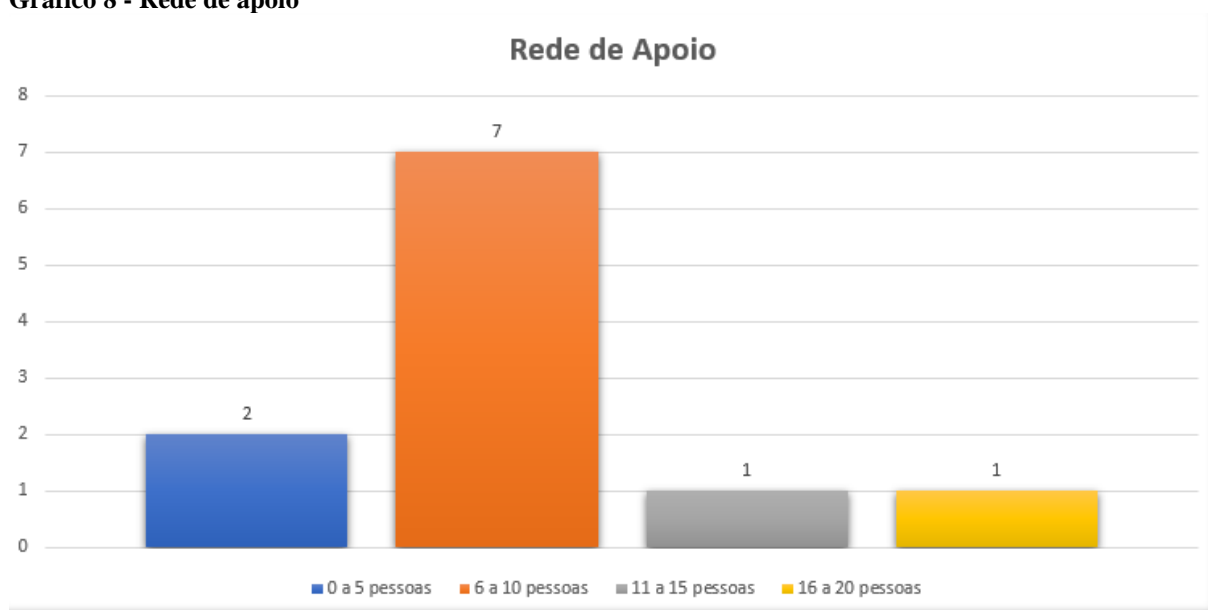
Gráfico 6 - Fonte de renda

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Dos 13 entrevistados, a maioria possui alguma fonte de renda (53.84%).

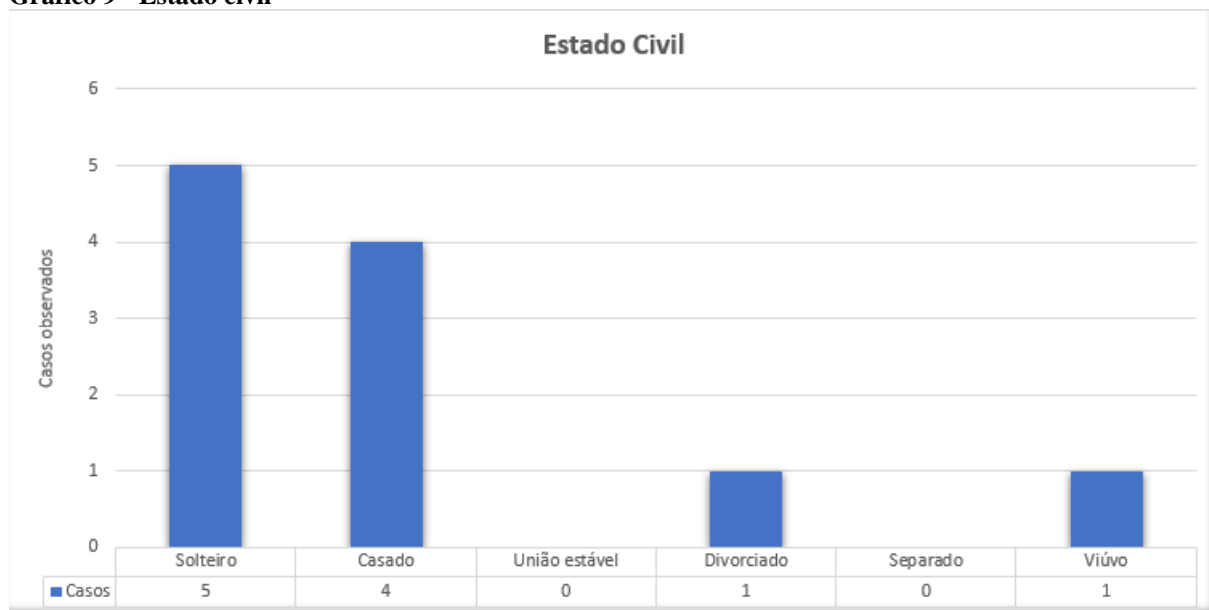
Gráfico 7 - Regularidade da visita

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

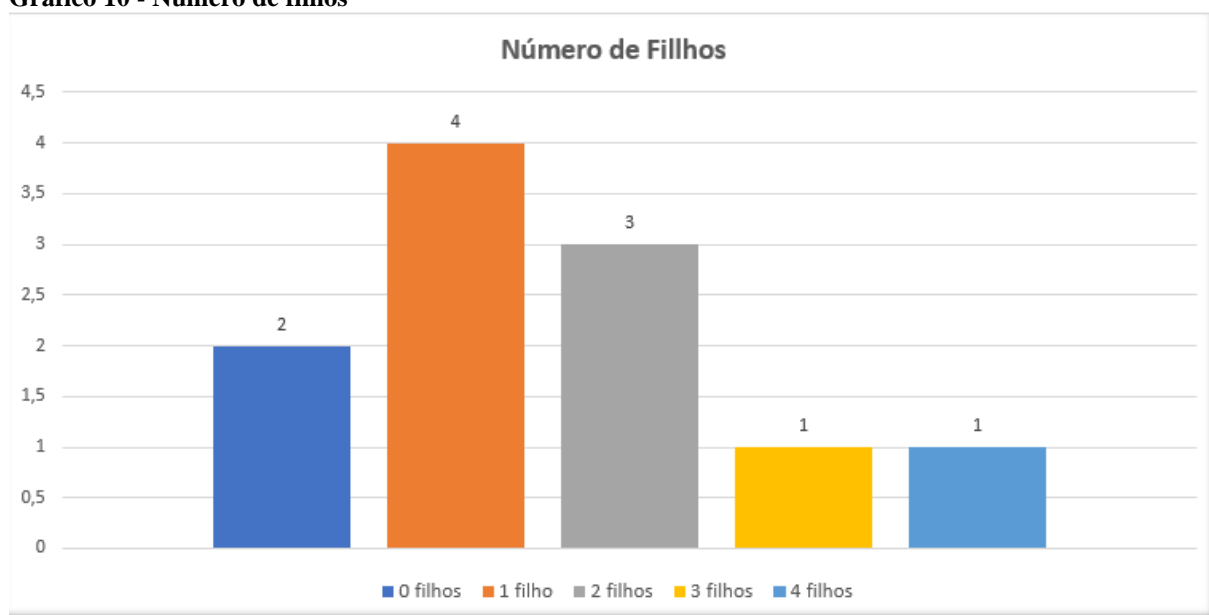
Gráfico 8 - Rede de apoio

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Quanto às relações familiares e sociais, os diversos relatos apresentam vínculos frágeis e /ou rompidos. 45% dos participantes recebem visita aos finais de semana, totalizando 04 visitas por mês. 63% declaram uma rede de apoio entre 6 e 10 pessoas, sendo familiares, amigos e pessoas da comunidade, como pastores, por exemplo. De acordo com as informações coletadas, a questão da disponibilidade de horário (dos familiares, por motivos de trabalho) e falta de renda (para arcar com custos da visita) também interferem no resultado.

Gráfico 9 - Estado civil

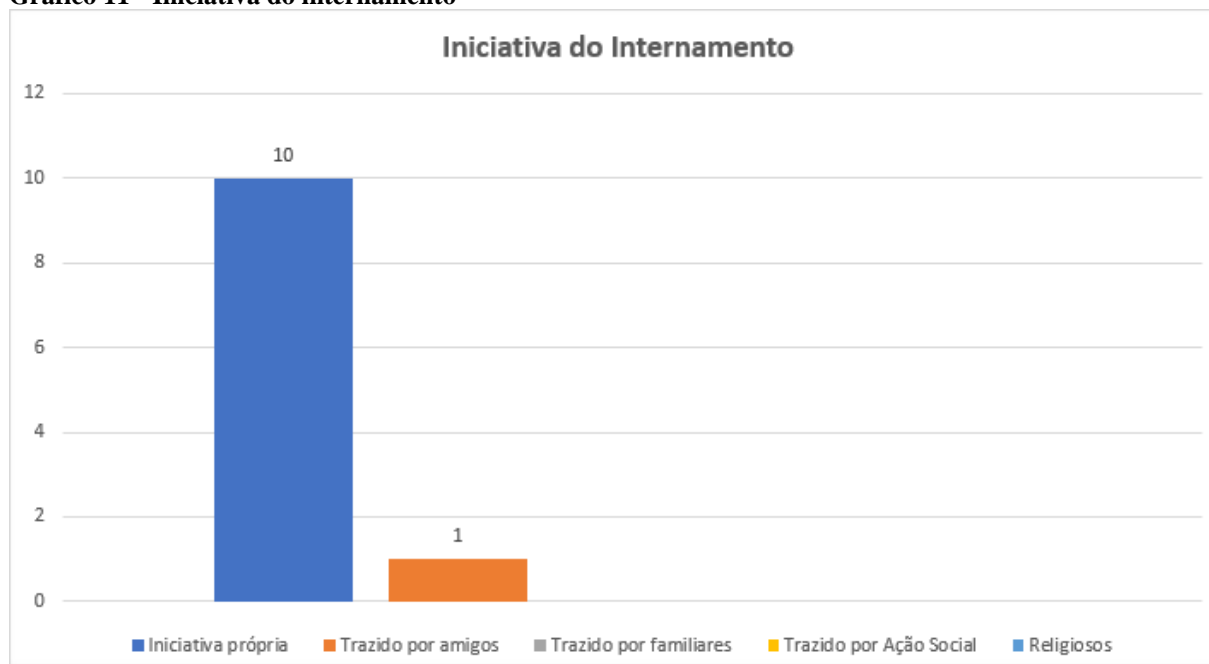
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Gráfico 10 - Número de filhos

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

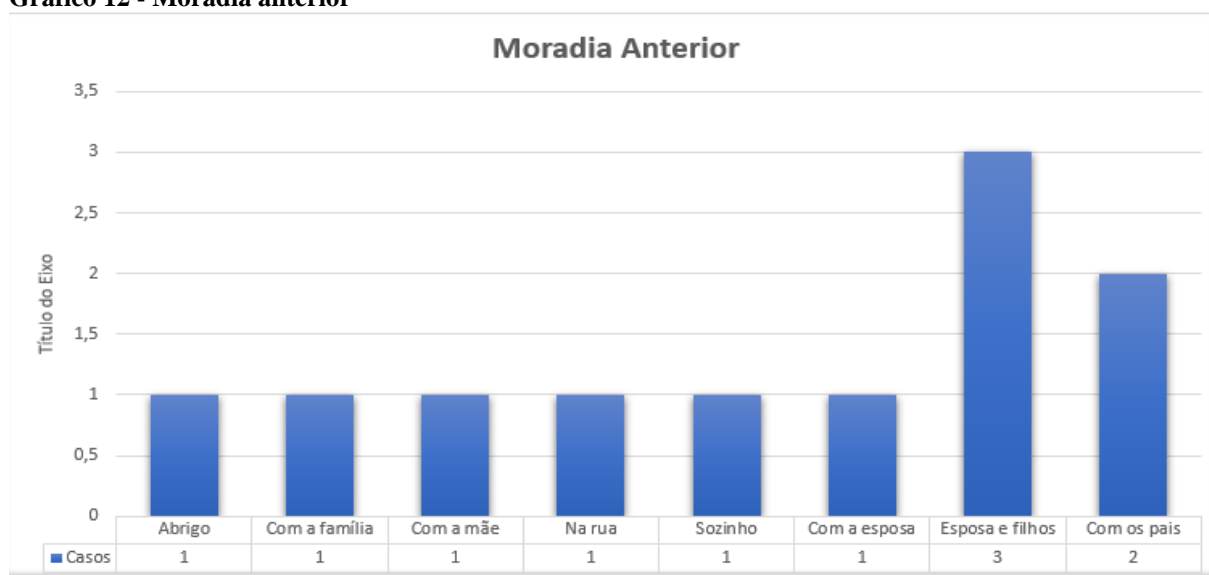
Muitos possuem companheiras (alguns atestaram ser solteiros, porém, têm namorada), porém as relações as vezes são marcadas por conflitos referentes ao uso de drogas. Em relação a filhos, alguns possuem, e durante a fala dos acolhidos participantes da pesquisa, os filhos representam parte importante da vida deles.

Gráfico 11 - Iniciativa do internamento



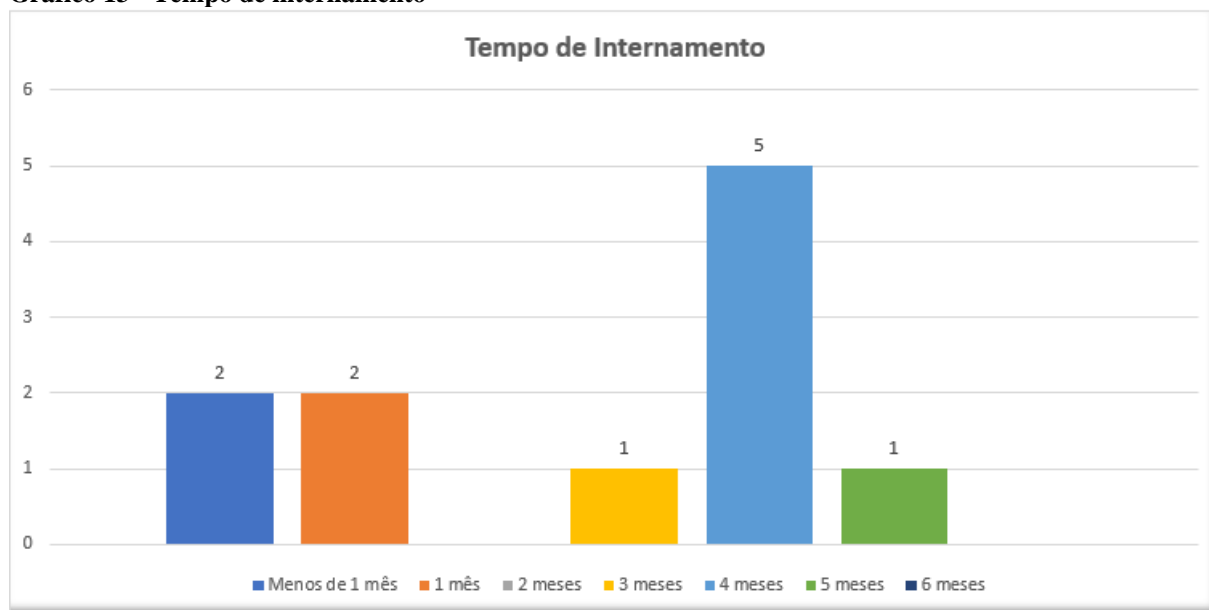
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Gráfico 12 - Moradia anterior



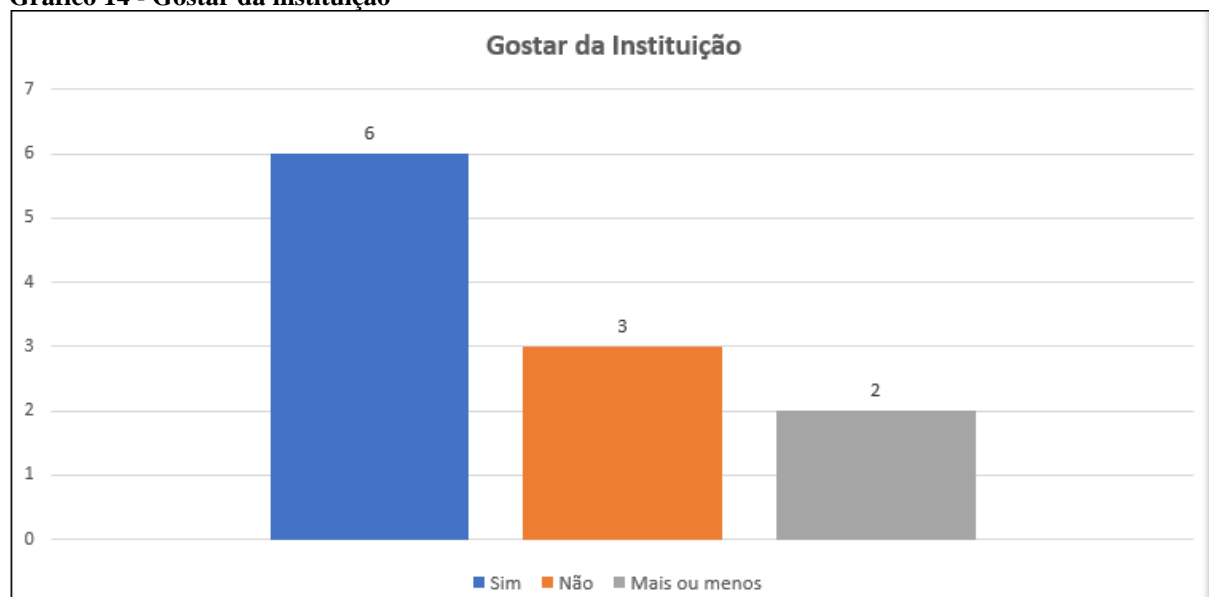
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Em relação ao internamento, os dados apontam que houve iniciativa própria em 91% dos casos. Durante os encontros, os participantes relataram experiências em internações anteriores, nas quais, recebiam substâncias aditivas “oficialmente”. Em relação ao ambiente de moradia anterior, pode-se perceber que, embora a maioria morasse com esposa e filhos, alguns deles experienciaram abrigos, as ruas e outros modos de constituição de lar.

Gráfico 13 - Tempo de internamento

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

O tempo de internação dentro da Casa é de no máximo 06 (seis) meses podendo este tempo ser prolongado em casos pontuais. A maioria dos entrevistados estava se encaminhando para a reta final do tratamento proposto na instituição durante a realização da pesquisa.

Gráfico 14 - Gostar da instituição

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

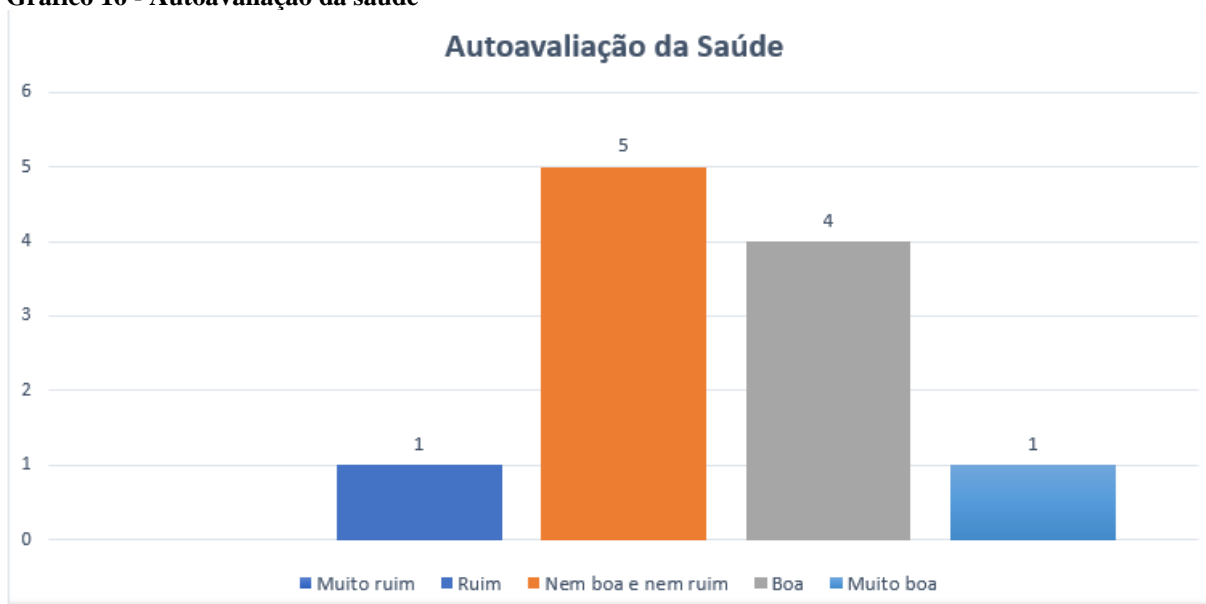
Gráfico 15 - Realização de atividades



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Quando perguntados se gostavam da instituição, a maioria respondeu que sim, porém, alguns ou não gostam ou gostam mais ou menos. Alguns relatam algumas divergências de opinião em relação as regras da casa ou conflitos interpessoais. A respeito da realização de atividades, como apresentado anteriormente, a Casa trabalha com a proposta do trabalho como aliado ao tratamento dos acolhidos, por isto, todos eles desenvolvem atividades diversas dentro da instituição.

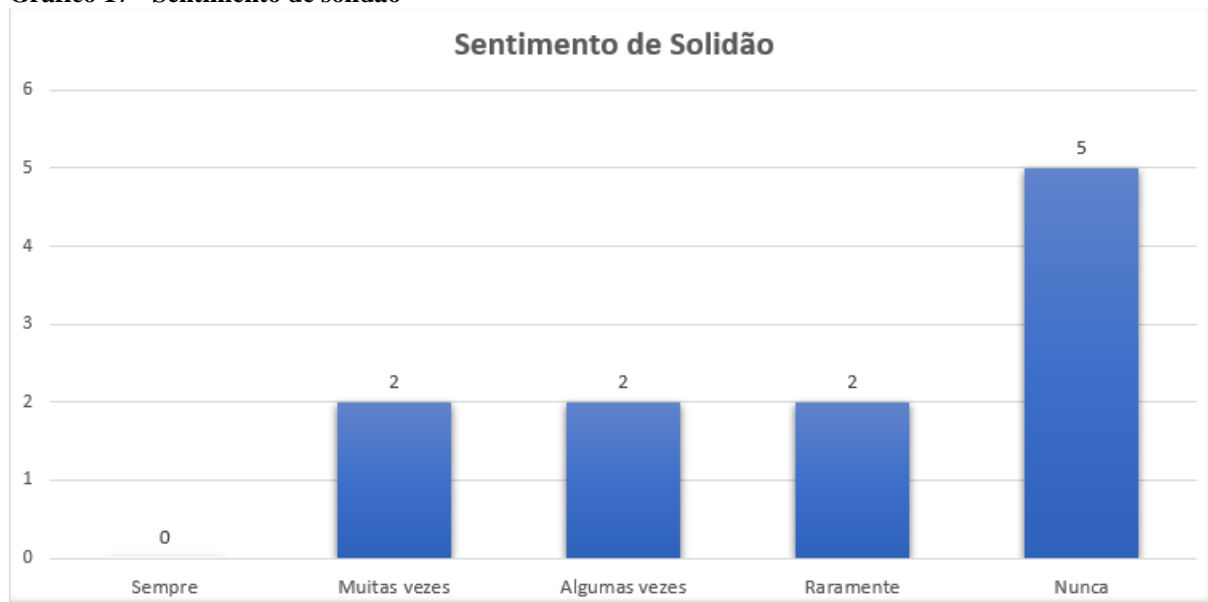
Gráfico 16 - Autoavaliação da saúde



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Em relação a autoavaliação de saúde, a maioria não possui maiores problemas, embora alguns deles necessitem de cuidados médicos que são ofertados fora da Casa.

Gráfico 17 - Sentimento de solidão



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Por fim, em relação ao sentimento de solidão, muitos relatam que nunca se sentem sozinhos, isto porque considerando que se trata de uma instituição religiosa cristã, eles alegam que se sentem acompanhados pela presença de Deus. Alguns pontuam que o sentimento de solidão se faz presente de acordo com os dados do gráfico acima.

5. RELATO DOS ENCONTROS

A partir dos encontros realizados nesta pesquisa, apresentamos os relatos dos acolhidos a seguir.

Acolhido “D”

Conta que a mãe ofereceu o primeiro copo de bebida alcoólica “*Nesse Natal, eu nem vi amanhecer, não vi nada. Eu estava brincando como copo de Fanta uva, imitando vinho e ela me perguntou se eu queria beber, disse que sim. Nesse dia, ela me levou na casa de todos os vizinhos e me fez beber na casa de cada um deles, até tomar um porre*”. Aos 14 anos iniciou o uso de maconha. Conheceu a “loló” na época de escola. Subia o morro para pegar “loló” e “beck”. Ganhava roupas, o que lhe atribuía “status” social. Aos 16/17 anos se tornou alcóolatra. Passou a usar cocaína através do primo (“*que não bebia, só cheirava*”), utilizando as drogas

como meio de ganhar dinheiro, já que o primo o pagava para buscar drogas, sob a justificativa de que com o dinheiro adquirido ele poderia investir nas necessidades pessoais (roupas, calçados, alimento). Perdeu o pai com 6 anos, dizem que se suicidou, mas acha que ele foi torturado e jogado no rio (o pai era alcoólatra). *“Ele foi encontrado com a língua para fora e os olhos esbugalhados, isso é morte matada”*. A avó paterna chamava sua mãe de assassina e isso sempre ficou em seus pensamentos. Foi criado pela avó materna e pela mãe. Quando a avó morreu, começou a usar cocaína e a beber. Praticava esportes e lutas (karatê e jiu-jitsu), diz que “colava” com “*essa galera*” onde faziam as atividades físicas e começou a arrumar brigas e vender drogas. Começou a furtar dentro de casa e roubar nos arredores. Foi detido por furto e associação ao tráfico. Pegava dinheiro que era para as coisas do filho e usava comprar drogas. Teve relações sexuais com mulheres e travestis, em situação de rua, sem proteção. Diz que a avó “passava a mão na cabeça” dele. Quis ir morar na rua para que ninguém “mandasse nele”. Já morou em abrigo. Utilizava também o crack. Tem um irmão Policial Militar. Casou-se aos 25 anos, *passou* por doze internações. Diz que não teve até hoje muito tempo para o filho e se sente parcialmente culpado pela morte da esposa (que desenvolveu um quadro de depressão, pneumonia, e morreu de COVID-19) e já *“vinha morrendo aos poucos, de sofrimento.”* Quando a esposa faleceu as coisas pioraram. *“Uma vez eu bati no meu filho, que hoje tem oito anos, com uma vara de amora, exigindo um dinheiro e o acusando de roubo. O dinheiro estava no meu bolso, mas eu estava tão drogado que não percebi, isso me dói, até hoje”*. Relata que um momento com o filho o abalou, quando o filho disse para ele: *“para de mentir falando que vai trabalhar para ir beber”*. Tem desejo de ser melhor para o filho. D, fica inquieto, levanta-se e olha pelas janelas, algumas vezes. Fala de cabeça erguida. Refere-se ao acolhido H., como exemplo de trabalho e esforço. Muitos acolhidos o elogiam por ajudá-los em momentos difíceis. D. permaneceu até o final da pesquisa.

Acolhido “V”

A bebida alcoólica era comum nas festas de família, desse modo, V. iniciou o uso aos 13/14 anos. O pai bebia e não se importava que ele também o fizesse. Começou a utilizar maconha e cocaína aos 16 anos. O pai era temido na região por ser autor de homicídios e o ajudou a “fazer o nome”. *“Andava armado, para sustentar a fama, que passara de pai para filho”*. No ambiente de trabalho teve contato com a cocaína e o acesso ao álcool e drogas eram livres o que contribuiu para o aumento do consumo, segundo ele. Gosta de trabalhar como soldador (20 anos de experiência), estar com a família, jogar bola, sinuca (tem receio de voltar a participar por causa das facilidades de conseguir drogas em ambientes assim) e de cozinhar.

Quando criança, o pai deu uma bicicleta de presente, diz essa ser a lembrança de maior alegria da infância. Concluiu o ensino médio e começou a trabalhar embarcado. Roubava carga para usar drogas. Fumava maconha e cheirava cocaína. Aumentou o consumo quando começou a trabalhar em um frigorífico (onde havia muita droga disponível). Começou a trabalhar na plataforma onde também tinha muito acesso as drogas. Entregava uma parte do dinheiro para sua mulher e usava o resto com drogas. *“O dono do frigorífico me perguntou: você cheira, se não cheira a vaga não é pra você, aqui tem que cheirar. Tinha até um caderninho de anotação com as drogas fiadas para acertar no pagamento.”* Já foi preso, pois mesmo tendo um emprego, fazia roubo de cargas. Com a morte da mãe (faleceu em seu carro), começou a usar crack e diz que daí tudo piorou. Lembra de que o algemaram na frente da mãe (que chorou muito), e ressentido-se por não conseguiu sair do vício das drogas, para que a mãe pudesse vê-lo “bem”. Passou por duas internações. Sofreu acidentes de carro, inclusive com capotamentos. Relata espancamentos e tortura recorrentes, por causa do uso de drogas. Foi internado anteriormente em clínicas de reabilitação (diz que dentro de algumas clínicas particulares, há acesso livre de drogas, e cada um teria “direito” a uma quantidade de cigarros por dia). *“Uma vez me bateram tanto que esmagaram meu baço. Eu já estava praticamente morto. Quando iam bater com a pedra na minha cabeça, uma mulher gritou pedindo pra não fazer isso comigo. Uma viatura me socorreu e me deixou na Santa Casa, eu sobrevivi, mas, ainda assim, continuei no vício. Cê perde tudo, dignidade... moral... até festa de família pararam de me chamar por acharem que eu levava drogas, quero voltar mais não.”* Diz que hoje sua mente está diferente, que gosta de ajudar as pessoas e que não aceita que as pessoas pratiquem as mesmas ações destrutivas que ele. V. fala de cabeça erguida e tranquilamente. Levanta a camiseta para mostrar sequelas dos espancamentos. Levantou a blusa para mostrar as cicatrizes cirúrgicas, consequência das facadas e tiros, aos quais sobreviveu. V. permaneceu até o final da pesquisa. Dois meses após, na Casa Terapêutica, teve um mal-estar e vêm a falecer.

Acolhido “F”:

Diz que começou a fumar cigarro e cheirar cola após ser acusado injustamente pela mãe de usar drogas. Foi internado compulsoriamente. *“Disseram que eu iria ao dentista e me internaram”*. F. relata que a cola foi sua maior dependência, resultando em problemas de saúde e internações recorrentes. Silencia por um tempo ao contar que conheceu o pai aos 14 anos. Relata ser o mais velho de quatro irmãos e que teve uma infância de privações e violência (mãe e do padrasto). *“Eu nunca tive amor de pai, nem de mãe”*. Quando ficava muito tempo na rua, era trancado para o lado de fora de casa e impedido de se alimentar. O padrasto também

espancava a mãe, e tudo isto, segundo ele, “alimentava seu ódio”. Por conta das agressões sofridas teve diversas ocorrências no Conselho Tutelar. Gostava de morar com a avó, por afeto e por conhecer todos do bairro e ter acesso mais fácil as drogas. Atribui à mãe o ingresso ao uso de maconha que o acusou de usar drogas. Um primo o apresentou ao crack. Mais tarde conheceu a cocaína e chegou ao “fundo do poço”. O tio era usuário de crack e organizava festas com consumo liberado de drogas e álcool por três/quatro dias seguidos. *“Eu não precisava pagar, tinha droga, mulheres..., mas eu não gostei do crack e nem da maconha, eu gostava de Cascola. Às vezes, eu pagava para fazer uma média, mas era raro e meu tio não esquentava mesmo”*. Foi pai aos dezesseis anos. Diz que subia o morro de seu bairro para usar drogas. *“Usando escondido era um modo de respeitar as pessoas, hoje em dia sinto que as coisas são diferentes, pois os usuários se drogam na frente das pessoas.”* A mãe e o padrasto demandavam a responsabilidade dos irmãos mais novos a ele. A mãe o maltratava através de palavras, cuspes, falta de credibilidade. *“Ela dava razão para outros homens”*. Certa vez foi acusado de ter violentado a irmã, diz que essa acusação foi como uma “porrada”, dói nele. *“Eu estava brincando com a bebê, e eles me acusaram.”* Diz que já teve vontade de matar a mãe e o padrasto. Pede um tempo para respirar após falar que a mãe o agredia muito. Atualmente tem dois filhos (de mulheres diferentes) e é casado (com a mãe do segundo filho). O filho mais velho mora com sua mãe. Consumia cocaína sem controle e um dia, após ver ser filho menor chorando por vê-lo drogado, tentou o suicídio. Já sofreu acidentes ocasionados pelo uso de drogas. Ao frequentar a igreja, ficou seis meses sem consumir drogas, tentou parar, mas retornou, devido à pandemia. No ambiente de trabalho, consumia cocaína pra relaxar e se manter ativo à rotina de motorista. A sobrecarga de trabalho já o fez utilizar mais drogas e gastar mais dinheiro. Por se sentir fora de controle, pediu ajuda clínica. Foi internado algumas vezes em clínicas de reabilitação. Entre as várias ocorrências envolvendo o Conselho tutelar, durante a sua adolescência, foi internado em uma instituição, em que recebia cigarros diariamente, uma prática corriqueira neste ambiente. *“Essa semana eu apareci de surpresa na minha casa e minha esposa abriu um sorriso de alegria, me perguntou: o que cê tá fazendo aqui?” Mas ela tava alegre, fazia um tempão que eu não via um sorriso daqueles por me ver. Antes, eu usava drogas e tinha vergonha de voltar pra casa, rodava de carro várias vezes na frente da casa e não tinha coragem de entrar. Quando buzina, pela manhã, minha esposa já sabia que eu estava destruído”*. Durante o relato, olha para baixo, movimentando entre os dedos uma linha que puxou da bermuda, fazendo contato visual com os outros do grupo apenas no final. Além disto, quando fala em desejo de mudança, fecha os olhos. Fala o tempo todo de cabeça baixa, não gagueja (ele é gago). Ao falar da esposa, levanta a cabeça e sorri. Pergunta,

se teremos outros encontros para que possa falar mais coisas. Em momentos de forte emoção, levanta-se, bebe água e fica reflexivo. F. permaneceu até o fim da pesquisa.

Acolhido “L”:

Aos 12 anos iniciou o consumo de cachaça. Morava no interior de Minas Gerais, local culturalmente conhecido pelas cachaças. *“Na roça o consumo de cerveja não é tão comum quanto a cachaça”*. Quando a mãe se mudou para Barra Mansa, começou a usar cocaína, em um primeiro momento diz não gostou, mas depois começou a usar com frequência. O primo lhe apresentou chá de cogumelo e ele começou a fazer uso constante. Foi internado a primeira vez contra sua vontade. Aos 18 anos ganhou um carro de presente da mãe e passou a furtar a loja da mãe, com frequência. Posteriormente saiu, trocou o carro por drogas e dinheiro. Começou a fazer parte do tráfico de drogas. O irmão mais novo era membro de facção rival e foi morto aos quinze anos na frente da mãe. O tio foi morto na sua frente; *“isso me levou ao fundo do poço”*. Foi motorista de facção criminosa. Diz que gosta de empinar pipa, andar a cavalo, aprendeu a produzir queijos e frequenta competições de carros exóticos. L. conta que era explosivo e têm aprendido a ouvir mais as pessoas, atribuindo a evolução ao colega V., que o orienta como *“um pai ou psicólogo”*. Teve um relacionamento, mas, no dia de seu casamento passou o dia usando drogas e não apareceu. É pai de uma menina e registrou a enteada, porém não pode vê-las, por ordem judicial. Começou a roubar o patrão para usar drogas, tentou parar de usar drogas, mas teve abstinência. Entrou na Casa, com a ajuda do patrão, e por conta de que seu irmão mais novo sofrer muito com a condição dele e querer ver os filhos. L. não conheceu o pai e isso o angustiava, sua mãe lhe contou que o pai não assumiu a paternidade. No Dia dos Pais, seu pai foi até a Casa Terapêutica e disse que, por esses anos todos, sempre contribuiu financeiramente com a pensão alimentícia e que não era verdade que lhe abandonara. Sua mãe então conta que o carro que ela lhe dera, foi pago pelo pai de L. Fala que o pai é um senhor de cabelos brancos, que o abraçou e decidiram recomeçar, sem entender a motivação da mãe para omitir e /ou mentir sobre seu pai, ainda assim não questiona a mãe. Se refere a mãe com apreço e vínculo fraterno.

“Uma semana antes do meu irmão ser morto ele me mandou sair do tráfico. Ele era mais novo mais tinha mais disposição que eu. Hoje eu não posso ver as minhas filhas, mas a culpa não é da mãe delas, eu que errei. Quando acabar o tratamento eu vou poder ver elas. Só por hoje.” Fala de cabeça erguida, é atencioso à fala dos colegas, olha fixamente para eles e pensa alto, durante os encontros. L. permaneceu até o fim do projeto de pesquisa.

Acolhido “M”:

Começou a fazer uso de cigarro aos 8 anos de idade, e usou maconha até os 10 anos de idade. Foi preso em uma instituição para menores quando criança, diz que “aprontava muito”. Se mudou para Minas Gerais e começou a utilizar bebidas alcoólicas. *“Trinta anos que estou no álcool, não uso drogas, só bebida.”* Conta que morava sozinho, vendia água de coco, até que não conseguiu mais se locomover. Tinha de se arrastar no chão e dependia de doações dos vizinhos e auxílios do governo. Recebeu ajuda de uma assistente social e membros de uma Igreja, que o levaram para a Casa Terapêutica, sem mobilidade de sustentação e os dentes podres. Não tem diagnóstico médico. Após um mês na Casa, conseguiu manter-se em pé. Atualmente, se locomove sem a ajuda de terceiros. Fala de cabeça erguida, sucinto e em tom baixo. M. por duas vezes disse que gostaria de apenas ouvir os colegas pois não tinha o que falar. Nos demais encontros, foi participativo. Permaneceu até o final do projeto.

Acolhido “U”:

Começou a usar maconha com o irmão aos 13/14 anos, sob o pacto de iniciar e parar o uso, juntos. Era incumbido pelos pais a cuidar do irmão mais novo e era agredido com frequência pelo pai, quando o “cuidado com o irmão” falhava. Um dia seu irmão se machucou e U. apanhou de seu pai, por se sentir injustiçado, tomou veneno (chumbinho), sentou-se no sofá e escreveu uma carta de despedida para os pais, mas não a concluiu, pois começou a passar mal. *“Meu irmão caiu da árvore bateu a boca, meu pai me bateu com as costas de um facão. Eu era criança, boca aberta, meu irmão era esperto. Eu não sabia me defender, ficava calado. E apanhava muito. Nesse dia, eu pensei em matar meu pai com aquela faca, mas eu tomei um frasco de chumbinho. E chorando escrevi uma carta pra minha mãe pro meu pai pedindo perdão.”* Ao ver o filho convulsionando, a mãe insistiu em saber o que ele havia ingerido, sem sucesso. Até que a tia, que era querida por ele, se aproximou e sussurrou: “Meu filho, fala pra tia, o que você tomou”, ele respondeu: “chumbinho”. A mãe desmaiou e o pai o socorreu. Diz que resultantes do incidente foram: sequelas emocionais, paralisias motoras e na fala. Por conta da relação conturbada com o pai, aos 14 anos saiu de casa e foi morar com uma mulher vinte anos mais velha, conhecendo a maconha e o cigarro. *“Eu tinha um relacionamento com ela mas, esperava ela dormir para chupar bico (referência ao uso de chupeta). Era a maneira de eu sentir proteção e paz. Um dia ela acordou e viu, saiu espalhando pra todo o mundo e eu fiquei muito mal”.* Conta que, foi preso pela primeira vez por tentativa de homicídio, após

flagrar a traição da companheira. Aos 16 anos conheceu a cocaína, na escola. Passou a fazer uso deliberado de maconha, cocaína, loló (mistura química a base de éter), e cola. Saindo da Penitenciária, conheceu outra mulher, mas diz que, tudo foi “dando errado” e ele começou a usar crack. Por abrigar um rapaz, que estava sendo procurado, foi preso novamente, permanecendo por 5 anos, por associação ao crime. Diz se sentir injustiçado com a prisão. Ao sair do sistema prisional sentiu revolta e entrou para o tráfico de drogas, aumentando o uso de drogas. Enfatiza o tempo que ficou preso injustamente, mencionando os anos e dias, justificando sua agressividade, tal qual a inserção na criminalidade, como recorrente a tal fato. Diagnosticado com depressão, toma medicamentos para “relaxar”, por se sentir muito nervoso, às vezes. *“Eu sou viciado em medicamentos, o pavor da multidão me fez tomar 15 Diazepan em único dia”*. Diz ter pavor de multidões, praticar automutilação, tentativas de suicídio e o uso indiscriminado de arma de fogo. Iniciou um novo relacionamento e registrou a enteada, de um ano. Como serralheiro, se tornou -se microempreendedor, porém, começou a vender objetos pessoais para usar drogas. *“Meu irmão me chamou pra cheirar pó e quando ele virou as costas eu soprei tudo, eu não cheirei. Eu não queria, mas, era mente fraca. Eu nunca tinha falado essas coisas, eu não sou de falar, não gosto de me expor”*. Certo dia sua enteada disse que sentia medo dele e isso o impactou. Entrou para a clínica por intervenção de um presbítero. Diz sentir abstinência de cigarro (sonha que está fumando). Se descreve tímido e introspectivo. Falou de cabeça erguida, ininterrupto. U. saiu da Casa Terapêutica (decisão própria) antes do último encontro, por ter sido acusado de furtar os colegas acolhidos.

Acolhido “E”:

Aos 12 anos consumiu cachaça. A família toda consome bebida alcoólica. Dentro do trabalho recebeu a oferta do uso de cocaína. O patrão trazia drogas da Bolívia e “era como um pai”. Começou a beber cachaça, mas segundo ele, “não fazia mais efeito”. Passou a fazer uso de maconha e cocaína, com frequência (relatando que o ambiente de trabalho facilitava). Por muitos anos os familiares não desconfiavam que ele usava drogas. Até que o irmão percebeu e contou para os seus pais. A partir daí começaram as tentativas de tratamento, por iniciativa de familiares. Considera-se privilegiado por ter uma família que sempre o apoiou. Foi internado algumas vezes em clínicas de reabilitação. Falou de cabeça erguida. E. participou de dois encontros, nos demais alegou mal-estar e cansaço físico. Até o fim do projeto E. permanecia na Casa Terapêutica.

Acolhido “H”:

Relata que a mãe era alcoólatra, tinha o vulgo de Camburão e foi internada em um manicômio por sofrer de transtornos mentais graves, quando ele ainda era muito pequeno. Não conheceu o pai. Segundo ele, seus “heróis” quando criança, eram homens de cabelo “Black Power” que ficavam armados na beira do rio em que sua mãe lavava roupas. Suas amizades eram usuários de maconha, e sua tia (com quem ficou depois que a mãe foi internada), por reprovar a conduta agia com autoridade. Se emociona ao contar que, em um dado momento invadiram a casa de sua mãe para matá-lo: *“quebraram tudo lá e eu tive que ir pra rua, novamente.”* Por querer ser livre aceitou a proposta de um amigo e se mudou para a casa dele. Assim começou a frequentar bailes (charme), e usar bebida alcoólica, diz achar “bonito” ver os homens bebendo, fumando, nos bailes. Começou a roubar. Se considera uma pessoa sem infância. Além de usar drogas, se “metia em problemas” (furtava, usava drogas, já baleou e esfaqueou pessoas) e por isso ninguém queria ficar perto dele. *“Só sobrou pra mim as ruas, ninguém me queria por perto, eu só trazia problemas”*. Em um episódio, foi apreendido pela polícia e detido sozinho, mesmo estando com outros garotos, por não “dedurar” ninguém, se tornou uma espécie de “herói”. Foi convidado, pelo dono da boca, para trabalhar no tráfico de drogas, devido à notoriedade conquistada. Por “arrumar muitos problemas” e ser procurado pela polícia, o mesmo chefe pediu para que ele se mudasse para outro lugar, pois estava atrapalhando os “negócios”. Foi morar nas ruas. Relata que algumas pessoas tentaram ajudá-lo, mas ele as roubou para investir em drogas. Discorre sobre episódios onde houve muita briga e violência. Foi morar no Estado de Minas Gerais, se envolveu amorosamente com uma mulher (a família dela era contra o relacionamento), que engravidou dele. Começou a trabalhar em um matadouro ganhando pouco dinheiro. Se emociona ao falar do rapaz que o empregou e acolheu. Diz que o matadouro tinha muitos restos mortais e ossos, atraindo cachorros abandonados e nesse momento diz que, talvez aí tenha nascido o “negócio dele com os cachorros” (maneira que se refere ao costume de estar sempre acompanhado de cachorros, pelas ruas). Precisando ganhar mais dinheiro, recebeu uma proposta para fazer furtos em fazendas, foi preso por isto. Na cadeia, durante o banho de sol, tenta matar o colega, o tempo de condenação aumenta. Passa então a traficar dentro do presídio e mais uma vez o colega o denuncia para a polícia que, tenta realizar o “flagrante”, revistando sua companheira. Por entender como prática arbitrária a ação da revista (feminina) envolvendo policial do sexo masculino, H. comanda uma rebelião como forma de protesto. Durante a rebelião, dois policiais foram feitos reféns e feridos. É transferido para um presídio de segurança máxima e a companheira rompe o relacionamento. Já no presídio de segurança, recebe o indulto. *“Quando a Tática (menção a operação especial da polícia militar Batalhão de Choque) entrou na rebelião, eu apanhei muito. Eles mandavam eu rolar e gritar: aqui eu deitei e rolei, enquanto me batiam. Até que soltaram um Rottweiler. Eu estava nu e amarrado. Era pro cachorro me matar, ele veio até a mim e lambeu meu rosto.”* Enfatiza que não teve acesso à televisão, não sabia brincar e que a única brincadeira que aprendeu foi a de polícia e ladrão, em que sempre era o ladrão. Se emociona por duas vezes: ao citar a invasão na casa da mãe e ao falar do rapaz que o empregou no matadouro. Fala olhando para baixo, e demonstra abalo emocional. H. participou de apenas um encontro para o projeto, dias após agride um acolhido da casa e por romper as normas internas

da Casa Terapêutica, é desligado do tratamento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adicto em álcool e drogas é, na maioria dos casos, em primeira instância, um sujeito estigmatizado, reduzido a características negativas, posto à margem da sociedade. Desse modo, pouco se fala sobre o sujeito e fatores que permeiam sua totalidade humana.

Sendo a prática psicológica uma prática implicada e não neutra, a nossa intervenção na Casa Terapêutica citada buscou melhor compreender o sujeito para além de rótulos e estigmas sociais. A partir daí, o projeto de Iniciação Científica, respeitando a particularidade dos participantes, apresenta dados estatísticos percentuais que apontam para o sujeito resultante de determinantes sociais de saúde. Em que contextos relacionais, sociais e familiares atravessam a singularidade do sujeito e se tornam fatores relevantes na busca do consumo de álcool e drogas.

A referida pesquisa aponta para a escuta do sujeito como propulsora de autonomia, uma vez que, os acolhidos relatam amplitude na percepção de suas histórias, tornando-se capazes de novas compreensões acerca de si mesmos, tal como perspectivas de vida. A partir das provocações do artigo intitulado “Reinventando as práticas Psi” (2006), refazemos o questionamento colocado pelas autoras: *“Será possível olhar as pessoas, sentir o cheiro das gentes, molhar-se nas águas da pobreza das ruas e ainda assim estar falando de psicologia?”*.

A principal limitação da pesquisa se deu ao número dinâmico de acolhidos, que reduzia ao longo dos encontros, devido a aspectos relacionados a problemas pessoais dos acolhidos com a Instituição, visto que alguns deles, por terem infringido determinadas regras de convivência, acabaram tendo que finalizar o tratamento, dentro da Casa antes do prazo inicialmente proposto. Contudo, mesmo com as dificuldades encontradas, a pesquisa obteve êxito no que se refere o objetivo inicial, demonstrando a importância de tais intervenções em ambientes como a instituição mencionada, com vistas a ampliar o tratamento para além de aspectos religiosos e de abstinência, contemplando também a escuta e a história de vida dessas pessoas. E a história de vida desses sujeitos mostra toda a dureza, violência, desigualdade e ausência de políticas sociais preventivas. As mazelas que atravessam a história de vida dessas pessoas não podem ser desconsideradas nas nossas análises. Oferecemos ao leitor um mísero extrato dessa realidade não aparente. Chamam atenção os cenários de pobreza e as motivações socioculturais para muitas mortes, violência contra crianças e mulheres, que nossa sociedade armada, machista e patriarcal sustenta e fortalece como crimes passionais e de honra, brigas e uso intensivo de drogas. Histórias retratadas de amor e desamor, de dor e prazer, de vida e morte. E o processo

terapêutico só pode ser alcançado pela ciência psicológica se levarmos em conta essa realidade socialmente doente e apodrecida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. **Adicção: relação entre discursos e práticas produzidos em Comunidades Terapêuticas**. Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Campos IV Biguaçu, Curso de Psicologia. Biguaçu, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BOSS, M. **A Medicina Psicossomática e o Princípio de Causalidade**. Curitiba: Hexágono; 1975.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas- SISNAD. **Plano Nacional de Políticas Sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FORGHIERI, Y. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas**. São Paulo: Pioneira, 1993. 81p.

GODOY, A. **Pesquisa Qualitativa Tipos Fundamentais**. Revista de Administração de Empresas / EAESP / FGV, São Paulo, Brasil, 1995.

LIMA, A. **A dependência de Drogas como um Problema de Identidade: possibilidades de apresentação do 'eu' por meio da oficina terapêutica de teatro**. 2005. 261 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: **DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELO, J; MACIEL, S. **Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos**. Psicologia: ciência e profissão jan./mar. de 2016 | 36 (1), 76-87.

NASCIMENTO, M; MANZINI, J; BOCCO, F. **Reinventando as práticas Psi**. Psicologia & Sociedade; 18 (1): 15-20; jan/abr. 2006.

RODRIGUES, T. **Política e Drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.

SANTOS, M. **Políticas de Cuidado a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso de Drogas: controvérsias em torno das Comunidades Terapêuticas**. 41º ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. SPG11 Drogas, atores e sociedade. Porto Alegre, 2017.

TRAD, L. **Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.