

*Adulto jovem, prazer e drogadicção: nos caminhos de
uma paixão, a construção de um olhar.*

Por

Rosane Cruz de Medeiros

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz,
como requisito à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nair Teles

Rio de Janeiro

2005

Aos Jovens...

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e saúde que me tem dado e que me fortalece a cada dia para que eu possa prosseguir com a minha missão.

Aos meus pais Nilton (in memoriam) e Olinda, pelo amor com que me educaram, respeitando as minhas escolhas e me apoiando durante toda a vida.

A Victor, por entender os momentos de abandono.

A Dr^a Anna Simões, diretora do Centra-Rio, ex-professora e amiga, pelo carinho com que me acolheu, acreditando no meu trabalho e em apoiando sempre.

Aos profissionais do Centra-Rio por compreenderem as minhas ausências e partilharem comigo os seus conhecimentos.

A Denise, Maurício e Daniela, profissionais do Programa de Tratamento de adulto jovem por vibrarem com o trabalho e me oferecerem todo o seu apoio.

A Rafael Freitas, do *Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Berssemann*, Fundação Oswaldo Cruz, pelos auxílios prestados ao longo da pesquisa de campo, contribuindo para o bom andamento do trabalho.

Em especial, à minha orientadora prof^a Nair Teles pelo carinho, atenção e apoio a mim demonstrados, sobretudo nos momentos difíceis, em que me auxiliou a transformar as lágrimas em força e coragem, me ensinando a “ousar”.

Aos “meninos”, que tornaram esse trabalho possível, o meu carinho e respeito.

*“Deixa eu lhe conhecer
Para mim é um prazer
Todos os seus mistérios desvendar [...].
Já de cara eu lhe chamei para conversar
E a você eu pude me apresentar...”*

(W.)

SUMÁRIO

Introdução	02
Capítulo I – Drogadicção e juventude	14
I.1 - A noção de dependência: um panorama histórico	14
I.2 – O modelo médico/jurídico	18
I.3 – Jovens: a “irreverência” das ações	23
Capítulo II – O prazer na drogadicção	28
II.1 - Definindo um conceito	28
II.2 – A representação de papéis	30
II.3 – O valor da vida	37
Capítulo III – A legitimação do “anti-herói”	41
III.1 – Informação: a tomada de consciência	46
III.2 – Família, permissividade e “tradição”: a geração dos conflitos.....	49
III.3 – O pacto do silêncio	54
III.4 – Tratamento: o caminho de “volta”	57
III.5 – A incapacidade reguladora	60
Capítulo IV – Projetos de vida: uma perspectiva de mudança	67
IV.1 – Tratamento e controle	70
IV. 2 – Trabalho: o retorno à sociedade	73
IV.3 – Fé e libertação	78
Capítulo V – A construção de um olhar... ..	83
V.1 – O desencanto do mundo: a crise de ideais	83
V.2 –A transgressão às normas	86

V.3 – Conflito e interação social	91
V.4 – A aplicação das leis	94
V.5 – A visão da sociedade	97
VI – Considerações finais	100
VII – Referências Bibliográficas	105

Anexo I – Metodologia

Anexo II – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Anexo III – Extrato de uma entrevista

RESUMO

A dissertação aborda o processo de drogadicção como fenômeno social. O referencial teórico utilizado é a sociologia da ação. Sua base é o conceito de ação social que, a partir das teorias de Max Weber e Alain Touraine, entende a ação humana como dotada de um sentido que se constrói no processo de interação dos indivíduos entre si, sendo estes apreendidos como atores sociais. A Intervenção sociológica foi a metodologia utilizada. Trata-se de um instrumento qualitativo de análise e coleta de dados que valoriza o discurso dos atores e, deste modo, permite apreender os significados de uma ação. O grupo estudado foi composto por 13 jovens, dependentes de cocaína, com idades compreendidas entre 19 e 29 anos de idade (grupo de pacientes) e por 3 convidados, não usuários, para comporem o segundo grupo pesquisado (grupo misto: pacientes e convidados). O campo de estudo foi um centro de tratamento para usuários de drogas da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Centra-Rio), localizado na Zona Sul do Rio de Janeiro, no Bairro de Botafogo. A noção de prazer é o eixo norteador do estudo que estabelece a relação desta com os elementos que compõem as categorias de análise apresentadas. A busca incessante do prazer leva ao uso compulsivo e contribui para o surgimento de uma condição de dependência. Esta é compreendida pelos jovens como doença através do tratamento. A doença justifica o desestímulo para a realização de mudanças, o que faz com que os jovens se vejam em um “estado de incapacidade”. A incapacidade se torna um “mecanismo regulador” do estigma de que os jovens são alvos e isso os ajuda a manter um “ciclo drogadicção permanente”. Por outro lado, o meio social também contribui para este fato, pois intervém sobre as ações do dependente de modo a garantir a coesão social. Isso se evidencia a partir das diferenças dos indivíduos que compõem o meio social e que, com suas ações, levam ao surgimento de tensões e, conseqüentemente, de conflitos que constituem os processos de interação social como significativos das ações. Nesse sentido, a busca do prazer enquanto uma ação social torna possível, através da relação entre o indivíduo e o meio social, a compreensão do fenômeno da drogadicção como possibilidade de afirmação do sujeito através de uma forma de inserção social considerada “às avessas”.

Palavras-chaves: drogadicção, prazer, jovens, ação social.

ABSTRACT

The dissertation approaches the drug addiction process as social phenomenon. The theoretical referential is the sociology of the action. Its base the concept of social action that, from the theories of Alain Touraine and Max Weber, understands the action human being as endowed with a direction that it constructs in the interaction of the individuals between itself, being these apprehended as social actors. The Sociological Intervention was the used methodology. One is about a qualitative instrument of analysis and collects of data that the speech of the actors values and, in this way, allows the understanding of the meanings of an action on the part of the same ones. The studied group was composed for 13 young, cocaine dependents, with ages between 19 and 29 years old (group of patients) and for 3 guests, not users, to compose as the second group (mixing group: patients and guests). The study field was a Center of Treatment for users of drugs of the Secretary of Health of the State of Rio de Janeiro (Centra-Rio), located in the South Zone of Rio de Janeiro, in the Quarter of Botafogo. The pleasure notion is the axle of the study that establishes a relation between this and the elements that compose the presented categories of analysis. The incessant search for the pleasure, leads to the compulsory use and contributes for a dependence condition. The young understand this condition as an illness through the treatment. The illness justifies the will lack for the accomplishment of changes what it makes with that the young ones if see in a "state of incapacity". The incapacity if becomes a regulating instrument of the stigma that the young suffers and this aid them to keep a "permanent drug addictive cycle". On the other hand, the social environment also contributes for this fact; therefore they intervene on the actions of the dependent in order to guarantee the social cohesion. This evidences itself from the differences of the individuals that compose the social environment and that with its action they lead to the sprouting of tensions and, consequently, conflicts that constitute the processes of social interaction. In this direction, the search for the pleasure as a social action, becomes possible through the relation between the actors and the social environment, the understanding it phenomenon of the drug addiction as affirmation possibility subject it through a form of considered social insertion to the inverse ones

Key-words: drug addiction, pleasure, young, social action.

INTRODUÇÃO

I - Introdução

O uso de drogas pela humanidade é ancestral. Esse fato se contrapõe à crença de que este é um “*evento novo no repertório humano*” (Seibel, 2001, p.07). As religiões e culturas antigas atribuíam às substâncias um caráter sagrado. Através delas era possível obter um estado de alteração da consciência. No contexto das práticas xamanísticas, por exemplo, o uso de plantas é considerado como meio que conduz o homem ao mundo dos espíritos. Na esfera do sagrado se procura, através uso de substâncias psicotrópicas ou alucinógenas, um distanciamento do cotidiano e, por meio do ingresso num estado de consciência alterado, se torna possível acessar um tipo particular de concentração que leva à revelação. Essa prática é permitida apenas aos xamãs¹ aos quais cabe o conhecimento e domínio sobre essas plantas, já que sagradas, e cujo manuseio é apreendido como resultado de tradições milenares.

O consumo de substâncias também se relaciona a “estados da alma”. Há cerca de três mil anos, antes da Era Cristã, a papoula de ópio era conhecida como “a planta da felicidade” e, cujas infusões eram utilizadas para o tratamento de enfermidades. Quinhentos anos antes de Cristo, a maconha era depositada sobre pedras aquecidas colocadas no interior de tendas para que se pudesse inalar o seu vapor. Na Grécia antiga, o ópio era usado para tratar doenças e na prevenção a envenenamentos. Líderes políticos consumiam grandes quantidades dessa substância para o desenvolvimento de uma “tolerância” que era vista como positiva, na medida em que permitia o consumo de doses cada vez maiores e, portanto, mais eficazes contra o envenenamento. Esse procedimento também se verificou entre imperadores, sobretudo os chineses.

O Cânhamo, proveniente da China (quatro mil anos a.C), quando tomado em excesso fazia “*ver monstros*” (ibid, p.26). Na Índia, era utilizado para agilizar a mente ou, no caso dos budistas, para a meditação. Na Europa Ocidental, no século VII a.C. os Celtas, da atual região de Marselha, comercializavam cordas e estopa de cânhamo. Entretanto,

¹ O termo “xamã” é originário da *Tribo dos Tungus*, na Sibéria. É utilizado para designar genericamente o sacerdote das culturas tradicionais e pode ser definido como “*um homem ou uma mulher que entra em contato direto com o mundo dos espíritos através do estado de êxtase*” (Abreu, 1992, p.18). O xamã desempenha a função de intermediar o “mundo dos deuses”(sagrado) e o “mundo dos homens” (profano) e, deste modo, se tornam capazes de enfeitiçar ou curar as pessoas com a ajuda dos espíritos.

estudos arqueológicos realizados nesta região, indicaram que essa substância também era utilizada para alterar estados de consciência (ibid). Na Assíria, no século IX a.C era usado como incenso entre os ciganos e egípcios. Outras plantas, como a beladona, serviam como unguentos e eram colocadas em poções preparadas por praticantes de “bruxaria” na Idade Média.

O uso de bebidas alcoólicas surge desde a pré-história e a sua utilização como medicamento remonta a aproximadamente 2200 a.C. A palavra álcool deriva do árabe *alkuh* que significa essência. Os antigos egípcios incluíam cervejas ou vinhos na composição de seus medicamentos. Além disso, o álcool era utilizado para produzir bebidas altamente potentes, uma vez que ainda não era conhecido o processo de destilação. Esse processo ocorreu na Arábia por volta dos anos 800 da Era Cristã. O álcool era considerado uma “dádiva dos Deuses” e a embriaguez era uma forma de obtenção de um estado de relaxamento que, uma vez induzido pelo uso da substância, possuía um efeito útil do ponto de vista terapêutico.

Com o Cristianismo ocorre uma maior restrição quanto ao uso dessas substâncias. O catolicismo adotou medidas proibicionistas e se tornou responsável pelas mudanças ocorridas na concepção e na censura greco-romana que via no uso de substâncias uma possibilidade de “*incitar a hilaridade e o desfrute*” (ibid, p.09). A moral cristã condenava o uso de plantas psicoativas, pois estas eram apreendidas como “diabólicas” porque estavam ligadas às práticas da feitiçaria.

O uso de drogas passou a ser estigmatizado não só nas práticas religiosas, como em sua função terapêutica, no alívio do sofrimento, pois a dor e a mortificação eram concebidas como forma de aproximação a Deus. Pela dor e, não pela alteração da consciência, é que o homem se purificava de seus pecados. No século X o uso de drogas era considerado uma heresia e a busca da cura deveria se limitar “...às indulgências eclesiásticas, óleos santos, velas e água benta” (ibid, p.27). Ainda neste século, o café passou a ser utilizado pelos árabes para evitar o cansaço, mas somente em 1551 é que foi permitida, naquele país, a abertura de cafés públicos. Nessa época o uso do café combinado ao ópio líquido passa a ser disseminado pelo “mundo árabe”. Persistia uma maior tolerância em relação ao uso de drogas, sobretudo o ópio, que era utilizado pela medicina islâmica, sendo também empregado como euforizante para os mais velhos, visto como um auxílio para os “problemas da velhice”. Ao longo do século XVI, o

poder islâmico entra em decadência levando à realização de movimentos fundamentalistas em que ocorrem queimas de livros e perseguições a usuários de álcool e haxixe. Na Europa, a “caça às bruxas” disseminou-se e objetivava o fim das práticas de cura, pois acreditava-se que por meio destas o uso de drogas era um instrumento de luxúria. Acreditava-se que os feiticeiros usavam drogas para manter “relações sexuais com os demônios”. Nesse sentido, eram punidos com torturas e morte.

Com a Renascença, antigos conhecimentos farmacológicos associados às culturas orientais, permitiram uma retomada gradual no uso de drogas. A descoberta da América e o contato com as culturas indígenas serviram para ampliar a farmacologia européia. O cacau, o mate e, especialmente, o tabaco passaram a fazer parte da cultura européia. Este último em seu uso difundido pela Europa, também alcançou países como a África e a Ásia e passou a ser comercializado pelas colônias americanas.

No século XVIII, era do iluminismo, deixou de prevalecer o pensamento em que parecia ser evidente “... *que a dor agradasse a Deus*” (ibid, p.28). O uso médico e recreativo das substâncias recobra uma “legitimidade”, fato que leva a uma nova e larga escala de produção de ópio no tratamento de sintomas de várias doenças, como a insônia e os distúrbios gástricos. No século XVIII, o ópio se tornou a principal mercadoria de exportação das potências européias. No início do século XIX, estudiosos isolam os princípios ativos de várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a codeína (1832), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a mescalina (1896) e os barbitúricos (1903). Nesse período, houve uma grande demanda por medicamentos que diminuíssem os vários tipos de dor - físicas e psíquicas. Artistas faziam uso de ópio e haxixe objetivando alcançar a transformação dos sentidos e pensamentos, usando-o como inspiração para as suas criações. Por sua vez, as classes desprivilegiadas faziam uso de opiácios e cocaína, assim como o álcool como forma de enfrentar os problemas de ordem social, sobretudo, a miséria. No ano de 1843 o surgimento da primeira seringa hipodérmica surge como um elemento facilitador do aumento do uso de drogas.

Em 1884, na América Espanhola, em especial nos Andes, a cocaína passa a ser utilizada como medicamento lenitivo para o trabalho extenuante, principalmente quando associado ao ar rarefeito e a uma alimentação deficiente. Para os Incas, a Coca seria “*uma planta mandada pelo deus-sol ao homem (aos filhos do sol) com o objetivo de ‘mitigar a fome’, prover os cansados e fracos e levar os infelizes a esquecer suas*

misérias” (Lewin apud Bastos, 1992, p.26). Os espanhóis apreciavam o uso das folhas de coca pelos nativos, pois este melhorava a produtividade nas minas e nos campos. Feito a partir das folhas de coca, o “vinho Mariani”, criado pelo médico Ângelo Mariani por volta dos anos 1863, era considerado um fortificante e ajudava na digestão. No final do século XIX, outros remédios eram vendidos abertamente e continham em suas fórmulas ópio, heroína ou cocaína.

No início do século XX, o uso de drogas atingiu o seu apogeu. Durante a Segunda Guerra Mundial o uso rotineiro de anfetaminas (“bolinhas”) por soldados objetivava o combate da fadiga e ao aumento da resistência. As anfetaminas também foram utilizadas entre os estudantes, esportistas e homens de negócios quer como antidepressivo quer como inibidores de apetite, auxiliando em dietas para emagrecimento. Em meados do século XX, por volta dos anos 1950, o uso de barbitúricos, sintetizados em 1903, passa a ser disseminado pelas suas propriedades como indutores do sono, superando os efeitos de outros sedativos até os anos 1960, estimulando o uso de substâncias como forma de obtenção do bem-estar. Na década de 1960, o Dr. Timothy Leary, psicólogo da Universidade de Harvard, estimulou o uso do LSD como possibilidade de se “mudar a mente”. Os alucinógenos e estimulantes (LSD, maconha e anfetaminas) foram os mais populares e se tornaram elementos de contra-cultura particularmente marcada pelo “Movimento Hippie”. Nos anos de 1970, a *Guerra do Vietnã* levou ao aumento do fluxo de ópio, sobretudo na área compreendida pelo Camboja, Laos e Tailândia. Em 1980, houve um impulso no consumo de *cocaína* e, principalmente no final da década de 1980, passa a ser administrada via intranasal e endovenosa estando, inclusive, relacionada à manifestação de doenças como a AIDS. O *crack* surge na década de 1990 tendo, entre seus consumidores preferenciais, jovens com menos de 20 anos de idade e pertencentes a classes sociais diversas, predominantemente as classes baixas (Seibel, 2001). Há um aumento na produção e no consumo de drogas sintéticas, dentre elas, o *ecstasy* e a *ketamina*.

Neste breve pincelar do descobrimento e uso de drogas, acima feito, temos que acrescentar o culto ao corpo que, contemporaneamente, vem levando ao surgimento de uma “geração de narcisos” (Silva, 1996) - fato que tem merecido a atenção de especialistas sobre o uso abusivo de *esteróides anabólicos androgênicos* (anabolizantes). Estes podem causar uma série de efeitos adversos, dentre eles,

alterações físicas – câncer, acne, disfunções hormonais, cardiopatias, etc - e psicológicas – alterações de humor, agressividade e alterações na percepção da imagem corporal. Seibel (2001), descreve que os riscos de dependência vêm sendo pesquisados, o que reforça a necessidade de desenvolvimento de intervenções para o enfrentamento das conseqüências do uso, não só destas substâncias como de outras que se associam a uma variação de preferência e de consumo.

Na atualidade, cada é vez mais precoce o início do uso de drogas associado à utilização de substâncias mais pesadas. A *Política nacional antidrogas* (2003) descreve que estudos realizados a partir de 1987 pelo *Centro brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID* – confirmam o aumento do consumo de substâncias psicoativas, não só entre crianças e adolescentes, como na população adulta e economicamente ativa. O *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* (2002) realizado pela *Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD* - registrou que as drogas mais consumidas pela população brasileira são o *álcool* (67,9%) e o *tabaco* (42%). Entre as substâncias de consumo mais significativo estão a *maconha* (6,3%), os *solventes* (5,4%), os *benzodiazepínicos* (3,5%), a *codeína* (2,1%) e a *cocaína* (2,1%). Entre crianças e adolescentes, o levantamento revelou que na faixa etária entre 10 e 12 anos de idade, 51% já haviam consumido álcool; 11% já havia feito uso de tabaco; 7,8% de solventes, 2% de ansiolíticos e 1,8% utilizou anfetamínicos. As taxas de prevalência de uso freqüente (seis ou mais vezes no período de 1 mês) para *álcool* e *tabaco* mostraram-se significativas: 15% e 6,2% respectivamente. Em seguida as substâncias com maior prevalência de uso freqüente foram os *solventes* (1,3%), a *maconha* (1,1%), os *ansiolíticos* e *anfetamínicos* (0,7%) e a *cocaína* (0,4%). Os problemas, sejam aqueles ligados ao tráfico ou às conseqüências individuais e coletivas do consumo, estão inseridos no cotidiano e enfatizam os processos de estigmatização das drogas ilícitas e de seus usuários.

No âmbito internacional, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA-1976) e o *National Institute of Health*, constituíram o *International Epidemiology Work Group* (IEWG), o qual realizou um estudo epidemiológico que serve de modelo na realização de estudos epidemiológicos, no assunto, no mundo inteiro. Este grupo é constituído por pesquisadores de vários países, regiões e organizações internacionais. O objetivo do estudo, realizado em 1999, era a coleta e a análise de dados sobre o abuso de drogas

possibilitando a aquisição de informações como as tendências dos padrões de abuso de drogas, os fatores de risco e as populações mais vulneráveis. O *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) forneceu dados, cuja coleta contou com a participação de quinze membros de países europeus. O estudo coletou dados mundiais com o auxílio de representantes da Austrália, Canadá, México, África do Sul, Tailândia e Estados Unidos e também contou com a participação do *Asian Multiplicity Epidemiologic Work group*, coordenado pela *University of Science in Malaysia*, cujos estudos epidemiológicos abrangem o Sul e o Leste da Ásia. O objetivo era a coleta de dados e informações numa perspectiva de ações futuras. As tendências mundiais relativas ao abuso de substâncias psicoativas foram apresentadas por representantes das Nações Unidas, através do *Programa Internacional de controle de drogas* e do *Departamento de abuso de substâncias* da Organização Mundial de Saúde.

Em linhas gerais, os dados mostraram a maconha como a droga mais usada em todas as regiões do mundo. A prevalência de uso anual é de 2,5% sendo particularmente alto no Oeste da África, Oceania, América Central, América do Norte e o seu uso revelou-se crescente nos últimos dez anos (1988 a 1999). Registrou-se o abuso crescente de anfetaminas com prevalência anual de 0,52%. Estimou-se que cerca de trinta milhões de pessoas fazem uso de anfetaminas ou outras substâncias estimulantes (não apresentadas pelo estudo). A alta prevalência do uso concentrou-se na Europa, na Austrália e na América Latina. A cocaína apresentou uma prevalência anual de 0,23% , o equivalente a 13 milhões de usuários e, embora considerado em expansão, estava mais concentrado na América do Norte e América Latina. O uso de heroína, com prevalência anual de 0,14%, também apresentou um crescimento na década de realização do estudo.

A apresentação dos dados epidemiológicos contribui para a nossa compreensão do uso abusivo de drogas como um problema mundial crescente cujas conseqüências “*infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro [...] independente de classe social e econômica ou mesmo de idade*” (SENAD, 2003, p. 07). Ele se constitui em um dos grandes desafios para a saúde pública, bem como para outras áreas do conhecimento, na medida em que onera não só o adicto e a sua família, mas também a sociedade, sobretudo em relação aos aspectos que envolvem a criminalidade e a violência. Na atualidade, o aumento crescente do consumo de substâncias psicoativas associado a um processo de descontextualização cultural e ritualística contribui para o surgimento de novas motivações e, conseqüentemente, para a procura de novos tipos de substâncias. Com o advento da

modernidade há uma significativa influência da cultura ocidental sobre as demais culturas, em especial, as culturas tradicionais (Abreu, 1992). As transformações de ordem econômica, social, política e tecnológica corroboraram para o desenvolvimento de uma cultura hedonista que valoriza o consumo como possibilidade de acesso à felicidade, à autonomia e ao bem-estar, e que é motivada por valores, idéias e projetos de vida.

Entretanto, as dificuldades cotidianas culminam por limitar a inserção dos indivíduos em um contexto em que a solução dos problemas se faz imediata, dificultando o direito à diversidade. Os sentimentos gerados pelas “promessas de felicidade” se vêem fragilizados pelas limitações cotidianas frente às possibilidades de desenvolvimento, de vida e de vivência das relações (Baratta, 1992). Há um processo de esvaziamento, como um “mal-estar” (Freud, 2002), na medida em que delimita as experiências em suas práticas sociais culminando em comportamentos individualistas. O homem passa a ser definido, principalmente, a partir de sua racionalidade, o que leva à separação da significação de sua afetividade e de sua sociabilidade. Esse fato culmina com o surgimento de insatisfações e frustrações cotidianas para as quais se torna necessária a busca de outras motivações “...como caminhos que *podem*² levar à felicidade [...] como último consolo e fonte de prazer possíveis em seu sofrimento...” (Freud, 2002, p.35). Nesse contexto, a toxicomania exprime o profundo enraizamento de uma racionalidade individualista e fragmentadora, e permite a vivência da “sensação de onipotência” como forma de calar a angústia e a dor das “diversas experiências de separação que todo sujeito experimenta” (ibid).

O uso de drogas responde às necessidades do indivíduo no sentido da sua completude. As relações do sujeito passam a ser simbolicamente reguladas, pois a substância possui um significado que é atribuído pelo usuário favorecendo o atendimento de suas necessidades físicas e psíquicas, bem como a sua inserção na vida social. Esse fato contribui para o uso contínuo que permite a manutenção de um ideal “onipotente”, mas que gera um estado de dependência e degradação, quando, não raro, com a morte (Plastino, 2001). Nesse sentido, o indivíduo dependente de substâncias psicoativas passa a ser apreendido como portador de uma doença cujos critérios de diagnósticos estão contidos na 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -9) como sendo a “síndrome de dependência do álcool” que, por sua vez, se estendeu para outras drogas:

² Grifo do autor.

“Estado psíquico e usualmente físico, resultante do consumo de álcool caracterizado por uma compulsão para consumir álcool de forma contínua ou periódica, com a intenção de experimentar seus efeitos psíquicos e algumas vezes evitar o desconforto de sua ausência”.

Em termos comportamentais, o dependente é visto como portador de uma personalidade narcísica, fragmentada e com baixa tolerância à frustração. É, também, aquele que dissimula e mente para, na sua imaturidade, alcançar os seus objetivos (Monteiro, 2000), o que contribui para a construção de uma imagem negativa. Os discursos médico e jurídico, ainda preponderantes e construídos, levaram a uma forma de apreensão do mesmo como aquele que deve ser alvo de uma intervenção de modo a ser reconduzido a uma condição em que evidencie a cura e/ou comportamentos moralmente e legalmente aceitos.

Do ponto de vista médico, observamos critérios diagnósticos (Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão) que culminam com a possibilidade de identificação e a descrição da doença caracterizada pela perda de controle sobre o uso. Essa identificação, por sua vez, leva à confirmação de que esta condição é uma doença e a prescrição do tratamento prevê a abstinência como única forma de cura. Sob o aspecto jurídico, o discurso faz referência às políticas e leis como forma de atingir um ideal de sociedade livre do uso de drogas através da repressão que objetiva coibir os crimes a ele relacionados a fim de promover o surgimento de valores morais e éticos que objetivem o bem-estar social (SENAD,2003).

Embora haja uma grande diversidade de situações que culminaram com a admissão de diferentes possibilidades relativas ao uso de drogas, implementadas por *Programas de Redução de Danos* como o uso controlado, o uso seguro (sem compartilhar agulhas e seringas), a passagem do uso de uma droga ilícita para uma droga lícita, o discurso dominante ainda continua sendo organizado sob o foco da repressão, por exemplo, através de campanhas do tipo “diga não às drogas!” (Acselrad, 2000).

A sociedade vê, então, o usuário de drogas como uma ameaça, uma vez que este possui uma dificuldade adaptativa que culmina por identificá-lo através de termos como “viciado” ou “traficante” (Bucher, 1996; seibel, 2001). Os controles sociais se organizam em torno de normas que possibilitam a sua aplicação no sentido do decoro de acordo com os padrões sociais. O uso de drogas se torna um “símbolo de diferenciação” (Velho, 1998) e os distúrbios causados provocados pelo uso abusivo são associados à transgressão, sendo apreendidos como:

“Uma ameaça á saúde pública, trazendo ônus considerável ao adicto e à sua família [...]. a comunidade também é onerada porque há vítimas de crimes e acidentes relacionados com as drogas, bem como os alôs custos de encarceramento, no caso de substâncias ilegais...”. (Lidle e Dakof apud Schenker e Minayo, 2002, p. 05)

A sociedade cria normas de condutas diferenciadas segundo critérios relativos às classes sociais, à raça, ao tipo de profissão e à cultura e, a transgressão confere ao indivíduo uma identidade desviante (Becker, 1995). Nesse processo, a busca do prazer torna-se algo intrínseco, o dependente age de forma impulsiva, sem limites, num movimento contínuo de busca constante na qual *“a força é maior que a consciência”* (Monteiro, 2000, p.80). Como consequência de suas ações surgem dificuldades que envolvem, dentre vários elementos, a disciplina, a organização, a responsabilidade e o sentido de capacidade. Ele adquire um “estado de incapacidade” que dificulta dimensionar as consequências de suas ações e, o prazer que move essas ações, ganha um sentido de *“... de culpa e de vício”* (Teles, s.d). A submissão às normas sociais se torna uma das únicas possibilidades, se não a única, de recuperação da dignidade, uma vez que a ordem social aceita mal qualquer tipo de transgressão. Nesse sentido, o meio social determina a forma de inserção desse indivíduo de uma forma coercitiva, independente da sua vontade, onde qualquer ação contrária deve ser punida com a perda dos direitos de liberdade.

Dito isso, nossa compreensão se estrutura a partir do fato de que o uso de drogas não se relaciona apenas com um conjunto de substâncias que afetam biológica e psicologicamente os indivíduos, de forma prejudicial. Trata-se, também, de uma construção social, que se constitui na dinâmica das sociedades e enquanto resultados das ações dos seres humanos individualmente e coletivamente construídos. Nesse sentido, procuraremos compreender o processo de drogadicção para além dos dados epidemiológicos e do discurso médico/jurídico. Nossa análise parte do entendimento da drogadicção enquanto fenômeno social. A busca pelo prazer é o referencial que compõe o eixo do estudo e, a sociologia da ação, em que as ações sociais empreendidas pelos atores são aquelas que possuem um *“sentido subjetivamente visado”* (Weber, 1994), constitui nossa estrutura teórica.

Na busca obsessiva pelo prazer, o indivíduo empreende ações e comportamentos que emergem de uma consciência geradora de “tensão” construída no seio das relações sociais. Essa tensão leva ao conflito que culmina com a estigmatização

do dependente de drogas e, conseqüentemente, com a sua punição por meio da coerção como forma de manutenção da coesão social (Durkheim, 2002). Esse fato leva à pressuposição de que a dependência de drogas constitui uma prática de alienação em que o prazer, por meio da “anestesia” de sentimentos e sensações, possibilita uma perda de consciência em relação à realidade e permite que o indivíduo ingresse em um mundo de fantasia e, portanto, não real. Por meio do prazer, converte-se em “escravo” renunciando à sua identidade para restabelecer o equilíbrio social (Kalina, 1989).

Na perspectiva dos processos de interação social, procuramos compreender o processo de drogadicção a partir do discurso de jovens dependentes de drogas, apreendidos como atores sociais. Nossa hipótese parte do entendimento de que o processo de drogadicção é uma forma de “inserção social às avessas”. Nossa análise se fundamenta no entendimento das ações como portadoras de um significado que é dado pelo dependente apreendido como ator social, e na compreensão deste significado em seu modo de vida –onde se incluem as relações sociais - e de que forma corroboram para a compreensão, estruturação e manutenção do processo de drogadicção em que se traduz numa apreensão da realidade conscientemente significada. O eixo norteador do estudo é a noção de prazer e a sua relação com o processo de drogadicção. O “estado de incapacidade”, inspirado no discurso em que o dependente de drogas, em seu comportamento desviante, se torna “incapaz” de realizar ações e dimensionar as suas conseqüências (Monteiro, 2000), estará associado à busca pelo prazer permitindo compreender o processo de interações sociais por parte do atores como um modo de organização da vida diferenciado.

A valorização do discurso dos atores é a base das discussões teóricas deste estudo, pois permite a legitimação de um olhar que se constrói na rede de interações sociais em que a diferença surge como um “espaço dialógico” e como forma de articulação permitindo a criação de um elo com a vida “*em contextos múltiplos de relações –famílias, amigos, comunidade -, num determinado espaço sócio-cultural*” (Schenker e Minayo, 2002, p. 05).

Cabe ressaltarmos que não objetivamos uma apreensão universal dos usuários de drogas. Nossa análise visa a apreensão de um sentido dado à prática drogadicção e que considera “*a voz e o olhar*” (Touraine, 1978) do dependente de drogas como fundamentais. Trata-se de uma realidade específica em que jovens na faixa etária de 19 e 29 anos, inscritos

em uma realidade específica, interagem e estabelecem formas de relações com um sentido próprio.

O estudo se organiza em 5 capítulos. O capítulo I traz uma abordagem sobre a noção de dependência em que são destacados dois movimentos principais que contribuíram para a construção de uma imagem negativa dos indivíduos que faziam uso abusivo de álcool o que, posteriormente, culminou com a sua proibição: o *Movimento da Temperança* e o *Movimento Proibicionista*. Esses movimentos exerceram uma forte influência sobre a sociedade norte-americana, não só na forma como se passou compreender a dependência de substâncias, como no modo como se age em relação à esta, construindo uma forma de pensamento em que “*a causa da dependência estaria no indivíduo e não na droga*” (Saad, 2001). A seguir abordaremos o conceito de adicção pela perspectiva do discurso médico/jurídico que tem como base a compreensão da dependência como doença. Abordaremos o uso de drogas pela juventude que, sobretudo a partir dos anos 1960, se constitui em uma das mais significativas formas de expressão.

O capítulo II trabalha o eixo norteador do estudo: o *prazer*. Nele aparecem os significados atribuídos pelos jovens participantes do estudo, a partir dos quais, analisamos as formas de prazer – *prazer positivo* e *prazer negativo*. Vemos o prazer a partir da perspectiva dos jovens, como um meio de “reingressar na vida”, seja por meio de uma “auto-exclusão” ou de uma “inserção às avessas” que decorrem de ações socialmente significadas, mas que se contrapõem ao socialmente permitido. Abordamos como fundamentação teórica a “representação de papéis” (Goffman, 1975), através da qual “viver várias vidas” se torna um instrumento de controle da drogadicção por parte do dependente.

Nos capítulos III e IV estabelecemos a relação do prazer com aspectos da vida do dependente e a relação desses aspectos com as interações sociais, tendo o uso de drogas e o prazer como seus mediadores, a saber: a “*fuga da realidade*” proporcionada pelo prazer como forma de solução dos problemas, mas não de sua negação, o que pressupõe a não alienação em relação às situações do cotidiano; a falta de *informação* como um tipo de prevenção contra a manifestação de uma condição de dependência; a *família* é abordada como o “grupo social responsável” pela preparação do jovem para a vida em sociedade, e cujas tradições levam ao surgimento de conflitos e tensões, sobretudo na adolescência, o que culmina com a falta construção de um “pacto” em que o *silêncio* se torna um elemento integrador, na medida em que permite manter o “equilíbrio” deste grupo social, atendendo aos objetivos de seus membros, incluindo o dependente; a *doença* compreendida como

resultado da busca pelo prazer, levando à compulsão, o que gera uma progressiva perda de controle sobre o uso de drogas e sobre a vida, afetando as relações sociais; o “*estado de incapacidade*” é abordado como um “mecanismo regulador” dos processos de interação social constituindo um elemento que o meio social e o dependente se utilizam, ainda que sob óticas diferenciadas, para manter a coesão social; o *tratamento* é apreendido como uma possibilidade de mudança dos estilos de vida, onde a *fé* e o *trabalho* são apresentados como forma de “re-conquista” da dignidade e da manutenção de alguns papéis sociais “perdidos” durante o processo de drogadicção. Ao longo desta análise procuramos estabelecer a relação entre os elementos apresentados e como os mesmos se tornam instrumentos de uma ação social, objetivamente significada porque visa à manutenção dos processos de busca do prazer.

No capítulo V estes processos são analisados na perspectiva de uma apreensão da realidade em que as *relações sociais* são construídas de modo a favorecer a manutenção do processo de drogadicção. Partimos de uma visão de *sociedade* baseada no preconceito e na estigmatização, colaborando com a “representação de papéis” (ibid) e para a aquisição de comportamentos que se manifestam através das *transgressões* às normas sociais e que sofrem a interferência do meio social na tentativa de “anular” os atores sociais em suas ações. Partindo dessa compreensão estabelecemos a existência de uma relação entre os indivíduos e o meio social que cria um processo de interação onde a drogadicção traduz a construção de um olhar como uma possibilidade de manutenção de uma visão de mundo.

A conclusão associa os aspectos dos diferentes capítulos à noção de prazer que, enquanto eixo norteador do estudo, articula-se à construção do processo de drogadicção. Este, por sua vez, é apreendido como um fenômeno que se circunscreve às relações sociais, na medida em que as ações empreendidas pelos atores, com o objetivo de estruturar e/ou manter um modo de vida por meio da busca do prazer através do uso de drogas, se constituem em um processo de interação como forma de inserção às avessas.

A metodologia escolhida, a intervenção sociológica, aparece no final do trabalho e tem na sociologia da ação o seu eixo teórico. A sociologia da ação parte do entendimento de que toda ação possui um significado que se constrói na interação entre os atores sociais, já que “*todas as condutas que recusam uma análise das relações entre os atores sociais são estranhas à sociologia ou mesmo oposta à ela*” (Touraine, 1984, trad. da p.107). A justificativa para a escolha do método baseou-se na adequação da sua estrutura metodológica que permite a compreensão da relação entre o indivíduo e meio

social. Ao criar as relações sociais dentro dos grupos por meio da interação entre os participantes, a intervenção sociológica possibilita ao ator, por meio de comportamentos específicos, a compreensão do sentido de suas ações cotidianas como forma de apreensão da realidade. Nesse sentido, traz a possibilidade de compreensão do objeto de estudo orientado por um significado que é internalizado pelo ator.

Por fim, gostaríamos de salientar que o estudo que empreendemos diz respeito a um grupo particular de jovens encontrados em um contexto específico (centro de tratamento público). A liberdade de participação nos encontros de trabalho foi assegurada mantendo-se preservado o espaço de tratamento fora desses momentos, garantindo assim, os seus aspectos éticos. Os elementos aqui refletidos visam lançar o debate sobre o processo de drogadiccao e não devem ser considerados definitivos nem generalizáveis.

CAPÍTULO I - DROGADICÇÃO e JUVENTUDE

I.1- A noção de dependência: um panorama histórico.

Ao se abordar o tema da drogadicção, diferentes linhas de pensamento, análise, explicação e ação associam-se à forma como se entende a toxicomania. Alguns autores, como Carlos Alberto Plastino, partem do princípio que apreende a compreensão da toxicomania como “*um conjunto de práticas individuais e coletivas, destrutivas e autodestrutivas*” (apud Minayo, 2003, v.1, p.22). Monteiro (2000) afirma a dependência de drogas como doença porque “*possui características de síndrome (com origens e manifestações definidas)*”³ (p.33). Essas diferentes correntes explicativas fornecem as bases para o modelo dicotômico *médico/jurídico*. Profissionais, tanto da área médica quanto jurídica, tendem a correlacionar a dependência de drogas a uma doença com caráter progressivo e com características e manifestações físicas e psíquicas que requerem uma intervenção adequada (ibid), embora haja o consenso de que nem todos os indivíduos são igualmente suscetíveis à mesma. Compreender a drogadicção envolve diferentes olhares sobre o mesmo fenômeno, cujos significados encontram na noção de dependência uma confluência, tornando-se a base para a sua fundamentação.

A noção de dependência está relacionada a diferentes momentos históricos e a sociedades determinadas. Em algumas delas, como a sociedade norte-americana, o uso de substâncias passa a se constituir como um “problema”, em especial, o álcool cujo consumo remonta à pré-história. A origem do conceito de alcoolismo se deu na Grã-Bretanha, por Thomas Trotter e nos Estados Unidos, por Benjamin Rush. No ano de 1804 Thomas Trotter, médico e filósofo publicou a obra *Essay medical Philosophical and Chemical on Drunkenness* afirmando que o beber excessivo é uma “doença da mente” e que o alcoolismo “*acabara ocupando o seu legítimo lugar*” (apud Seibel, 2001, p. 19). Nos anos anteriores, particularmente no final do século XVII, o uso de álcool passa a ser visto como um problema e surge a noção do indivíduo que faz consumo abusivo de álcool como “*subjugado à bebida*” e “*fraco de caráter*”. Em 1791, o médico Benjamin Rush já usava o conceito de doença definido como um “*transtorno da vontade*” (ibid), ou seja, o beber começava pela livre escolha, evoluía para o hábito, culminando com a necessidade. Em 1810, Rush desenvolve o conceito de dependência ao álcool. Segundo ele, os indivíduos que faziam uso excessivo da substância eram adictos à mesma e esta dependência, era

³ No ano de 1978 a 9ª Classificação Internacional de Doenças - CID 9 – define a “síndrome de dependência de álcool” como “um estado psíquico e usualmente físico resultante do consumo de álcool caracterizado por uma compulsão para consumir álcool de forma contínua ou periódica, com intenção de experimentar seus efeitos psíquicos e algumas vezes evitar o desconforto da sua ausência”.

progressiva e gradual. Surge o “*paradigma da perda de controle*” (ibid, p.20). A partir desta abordagem, inicia-se um novo modelo de compreensão do fenômeno e de tratamento. A noção de doença passa a ser definida como “*doença do controle*” cuja única saída seria abster-se totalmente do uso de uma substância específica. Essa noção foi construída incluindo: a identificação do agente da doença - a bebida; a condição do bebedor como perda do controle sobre o comportamento de beber; a declaração de que esta condição é uma doença; a prescrição da abstinência total como a única forma de cura. Este modelo é utilizado até os dias de hoje e serviu de embasamento para a estruturação da filosofia dos grupos de mútua-ajuda, a saber, Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos anônimos (NA). O foco desta abordagem concentra-se na substância, ou seja, a bebida, sendo o bebedor a sua “*vítima mortal*” (Carlini-Cotrim apud Saad, 2001, p.13).

No final do século XIX, dois movimentos se destacaram ao longo do processo de construção da noção de dependência: o *Movimento de Temperança* e o *Movimento Proibicionista*. Ambos se constituíram em modelos que, de forma estruturada, tinham como objetivo buscar uma explicação etiológica para o alcoolismo. O *movimento de Temperança* ocorreu na sociedade norte-americana e marca o início de uma posição de viés moralista em relação ao uso do álcool. Há o questionamento em relação às ações por parte daqueles que viam no álcool um “*lubrificante social*” (ibid, p.12). Entretanto, a sociedade ainda os tolerava. O termo “*adicto*” significava “*habitado*”. Desse modo, as pessoas eram vistas como habituadas à bebedeira, mas não à bebida.

Com as profundas transformações sociais fortemente influenciadas pela cultura e pela religião protestante cria-se, na sociedade norte-americana, um novo contexto social que imputou uma imagem profundamente negativa dos indivíduos que faziam uso excessivo de álcool. Surge o pensamento de que o álcool e outras drogas eram “*representantes do demônio*”. O bebedor passa a ser apreendido como um *problema social*, uma vez que iniciado o uso de álcool seria difícil manter o controle sobre o seu consumo. Entendia-se “*a embriaguez, em particular, como problemática e não natural*” (Levine apud Saad, 2001, p. 13). A partir dessa perspectiva uma “*concepção moderna de dependência*” é iniciada por médicos e pautada no comportamento e no controle da vontade. (ibid)

O *Movimento de Temperança*, embora estivesse circunscrito ao espaço geográfico-social americano e estendido a outros países como, por exemplo, a Europa, possuía um caráter religioso e moral que lhe conferiu um significado preconceituoso e valorativo. “*O*

que antes era chamado 'a boa criatura dos Deuses' passa a ser visto como 'o rumo do demônio'" (ibid, p.14).

No início do século XX, o *Movimento de Temperança* converteu-se em um novo movimento social americano. Trata-se do *Movimento Proibicionista*, cujos aspectos incidiam na influência do álcool e dos bares no comportamento do trabalhador, ainda considerado como desviante. O "bebedor" se torna uma ameaça à sociedade. O foco vai do objeto ao sujeito. O problema passa a ser do indivíduo e não da substância propriamente dita. Houve a mobilização da população em um movimento contra o álcool. Campanhas foram realizadas objetivando o fechamento de bares. Esse fato culminou na aprovação da *Lei Seca* que permaneceu em vigor entre os anos de 1919 e 1933 e determinava que nenhuma pessoa poderia "...vender, fabricar, trocar, transportar, exportar, distribuir, entregar ou possuir qualquer bebida intoxicante" (Luiz, 2004). Entretanto, a "lei do fruto proibido" (Artaud, 1984, p. 25) contribuiu para uma "superprodução da loucura", na medida em que a proibição serviu como um estímulo à curiosidade (Ibid).

Após esse período a cerveja e o vinho retornam à legalidade e há o aparecimento de outras dependências associadas a substâncias como o ópio. Mesmo após a *Convenção Internacional do Ópio* realizada em Shangai (1913) com o objetivo de elaborar o primeiro documento internacional para o controle de drogas, particularmente de morfina e de heroína, o comércio do ópio continuou em larga escala. A China se manteve como o principal país consumidor de ópio até a década de 1950. Desde o início do século XVII a Inglaterra, a Holanda e a França contrabandeavam ópio para a China "*visando encobrir seus déficits comerciais nas forças com este país oriental*" (Seibel, 2001, p.11). Durante o século XVIII, ocorreu uma grande produção e comércio de medicamentos à base de ópio. Esta substância se tornou a principal mercadoria de exportação das potências européias para o mercado chinês. As medidas adotadas pela China para tentar impedir a entrada do produto em seu país, culminaram com a sua invasão pela Inglaterra (1839) que desejava manter garantidas as suas atividades comerciais, dando origem à "*Guerra do Ópio*" que só terminou em 1842. O reaparecimento do álcool decorrente da revogação da *Lei Seca* contribuiu para o fortalecimento do conceito de adicção, sobretudo com a criação dos Alcoólicos Anônimos (AA) entre os anos de 1930 e 1940.

Os Alcoólicos Anônimos, cuja origem é pouco conhecida, tiveram a sua organização iniciada em Junho de 1935 por ocasião de uma conversa entre um corretor da Bolsa de Nova Iorque e um médico, o Dr. Bob S., co-fundador dos AA que estabeleceu o

primeiro centro baseado nos princípios dos AA no *St. Thomas Hospital* em Akron, Ohio. Seis meses antes, o corretor tinha se “libertado” da sua obsessão pelo álcool através de uma inesperada experiência espiritual. Tinha também sido imensamente ajudado pelo falecido Dr. William D. Silkworth, um especialista em alcoolismo de Nova Iorque e, por intermédio deste, aprendeu sobre a grave natureza do alcoolismo. Entretanto, suas constantes recaídas o levaram à necessidade de um “inventário moral”, da confissão dos defeitos de personalidade, da reparação dos danos causados a outros, da disponibilidade para ajudar os outros e da necessidade da crença e dependência de Deus. No final de 1937, o número de membros de Alcoólicos Anônimos em sobriedade era suficiente para convencer os outros de que uma nova luz tinha surgido no mundo sombrio dos alcoólicos (F., 1986). Há a redescoberta do alcoolismo como uma doença que atingia somente a algumas pessoas e que se caracterizava não apenas como um problema relacionado ao uso da substância, mas à perda de controle em relação ao seu consumo

No ano de 1953, surge pela primeira vez, no Sul da Califórnia, os Narcóticos Anônimos (NA) cuja luta pela sua estruturação ocorreu durante a década de 1960, culminando com a abertura de um escritório Mundial de Serviço (WSO – World Service Office) em 1972, fato que proporcionou a unidade necessária para o desenvolvimento de um trabalho que se constituiu através da adaptação do programa de Alcoólicos Anônimos. A diferença das abordagens dos programas de AA e NA reside no fato de que, em termos de adicção, “*a identificação como adicto inclui toda e qualquer substância que modifique o humor ou altere a mente*” (Narcóticos Anônimos, 1993, p.03). Entretanto, ambos os programas baseiam-se na concepção de que a Dependência Química é uma doença e não um sintoma de outra patologia.

No período compreendido entre a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, ocorre uma associação dos conceitos de alcoolismo e de adicção. Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os conceitos relativos tanto ao álcool quanto a outras substâncias, enfatizando os aspectos bioquímicos. Ocorre uma redefinição do conceito de adicção no ano de 1957 através da inclusão do item “*desejo físico, irresistível acompanhado de fatores psicológicos*” (Seibel, 2001). Em 1964 é adotado o termo “dependência de drogas”. Na década de 1970 surgem os critérios diagnósticos para “síndrome de dependência do álcool” e, nos anos 1980, há uma ênfase nos cuidados primários, bem como nos indicadores de saúde, sob a perspectiva de uma “nova saúde pública”. (ibid).

A noção de dependência encontra suas raízes históricas particularmente no século XIX, quando deixa de ser compreendida apenas pelo aspecto moral e passa a ocupar um lugar no “*saber médico*” (Saad, 2001 p.15).

Consideramos os *Movimentos de Temperança e Proibicionista*, descritos acima como referenciais para a compreensão da influência que as políticas públicas e os momentos históricos exercem sobre a maneira como a sociedade compreende e age em relação à dependência de substâncias. Nesse sentido, concordamos com as teorias que abordam a necessidade da contextualização do fenômeno da dependência de drogas, embora haja fatores biológicos e emocionais predisponentes ao consumo abusivo de substâncias, que influíram para que a base da dependência ainda se mantenha na prática clínica (Seibel, 2001).

“...todos sabemos que freqüentemente as condições e estilos de vida são um convite à fuga da realidade e a processos de alienação e autodestruição. Por outro lado, nunca poderemos nos furtar a encontrar o ser humano, o indivíduo, a pessoa, o sujeito em suas opções...” (Minayo, 2001, v.1, p.28)

I.2 - O modelo médico/jurídico

Etimologicamente, o termo adicção (do latim *addictus*) refere-se a “*inclinação ou o apego de alguém por alguma coisa*” (Kalina, 1999, p.24). Nos tempos da República romana, esse termo *addictum* era empregado para designar o homem que “*para pagar uma dívida, convertia-se em escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído*” (ibid). Sudbrack (2001), refere-se ao termo adicção como um estado de escravidão, o que leva o indivíduo a permanecer numa condição de dependência. Goodman (1990) propõe uma definição operativa em relação ao conceito de adicção:

“... Um processo através do qual um comportamento que tem, ao mesmo tempo, possibilidade de produzir prazer e eliminar ou atenuar uma sensação de mal-estar interno é empregado de uma forma caracterizada por: 1) a impossibilidade repetida de controlar este comportamento e 2) sua continuidade apesar das conseqüências negativas”. (apud Sudbrack, 2001, p. 405)

A definição proposta por Goodman nos remete a critérios diagnósticos associados ao uso de substâncias encontrados na Classificação Internacional de Doenças (CID -10) e que são utilizados como sistemas nosológicos categoriais, cuja ampla utilização atesta a

sua importância “... para a comunicação clínica e, principalmente, para pesquisa” (Cruz, 1997, p.117). Esses sistemas definem e classificam categorias como dependência e abuso de substâncias servindo como referencial para diferentes abordagens clínicas frente ao problema da drogadicção. Particularmente a CID-10 (2000) define *Síndrome de Dependência* como:

“Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente, apesar de suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e, por vezes, a um estado de abstinência física”. (p.322)

Nesse sentido, padrões mal-adaptativos que levam a prejuízos ou sofrimento clinicamente significativos, são classificados a partir de critérios como: tolerância⁴, abstinência⁵ e o uso compulsivo⁶.

A compreensão da dependência de drogas como doença e a existência de critérios diagnósticos, cuja operacionalização foi definida a partir do *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III – R), contribuíram para a existência de uma política referente às drogas apoiada no discurso médico, acentuando ainda mais o caráter de doença. A Organização Mundial da Saúde (1969) propôs o termo “farmacodependência” definindo-o como:

“Um estado psíquico e às vezes igualmente físico resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento. Essa interação se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reações que levam o usuário, cada vez mais, a tomar o medicamento de forma contínua ou periódica, a fim de conseguir seus efeitos psíquicos e algumas vezes para evitar a síndrome de abstinência. Esse estado pode ser acompanhado ou não de tolerância”. (apud Olivestein, 2003, p.37)

Entretanto, os conhecimentos apreendidos pela visão médica sobre a adicção, foram suplantados pela visão jurídica, particularmente com o *Harrison Narcotics Act*, realizado em dezembro de 1914, nos Estados Unidos, com o objetivo de controlar a distribuição de

⁴ Tolerância: necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado. (Fonte CID-10)

⁵ Abstinência: característica pela substância interrompida ou reduzida das doses habituais ou uso da substância com intenção de aliviar ou evitar sintomas. (Fonte CID-10)

narcóticos. Em 1920 o *Movimento Proibicionista* contribuiu para que a visão criminal atingisse o ápice que perdurou até a década de 1950 quando foram criados os hospitais penais que passaram a oferecer tratamento específico para a dependência aos criminosos envolvidos com drogas. Surgem as primeiras idéias sobre “reabilitação” em moldes diferentes daquela preconizada pelo sistema jurídico, pois naquele período, sob influência de lideranças políticas, “*adictos eram procurados, perseguidos e presos em números sem precedentes – superlotam a capacidade do sistema prisional*” (IOM⁷ apud Sáad, 2001). A visão criminal apreendia o uso de narcóticos como imoral e decorrente de um comportamento arruinado. A associação do uso abusivo de substâncias psicoativas e o tráfico de drogas, e destes com a criminalidade urbana e a violência possuía uma conotação moral fortemente influenciada pela visão jurídica.

Nos anos de 1950, os médicos e pesquisadores Vincent Dole e Marie Nyswander realizaram um estudo pioneiro sobre o uso de metadona no tratamento de usuários de heroína em que acreditavam que o “comportamento criminoso” de alguns indivíduos, advinha da obsessão pela droga. Portanto, “... *se esta obsessão fosse tratada, a criminalidade certamente diminuiria*” (ibid). Há o reforço da visão médica que contribuiu para passagem do sistema fechado do hospital ao tratamento ambulatorial para dependentes de heroína, que ocorre 1953, na Califórnia. No ano de 1958, um grupo de dependentes de álcool decidiu viver junto para que seus membros, além de ficarem em abstinência, buscarem um estilo alternativo de vida. Nesse sentido, fundaram em Santa Mônica, Califórnia, a primeira Comunidade terapêutica (CT) que se chamou Synanon, cujos preceitos se basearam na crença de que o agente terapêutico não é a estrutura da CT, as regras ou os instrumentos de abordagem terapêutica, mas tudo aquilo que estes instrumentos podem fazer para que os indivíduos experimentem uma relação verdadeira e o amor entre as pessoas. A abordagem terapêutica envolve o modelo de tratamento que “*estimula a explicitação da patologia*” (Fracasso, 2002, p.03), contribuindo para uma nova apreensão da adicção como doença.

No Brasil, a lei 5726 de 1971 trouxe modificações sobre o uso de drogas, mas ainda numa perspectiva jurídica, considerando os dependentes como doentes. “*o viciado é doente e criminoso a um só tempo*” (Saad, 2001, p.23).

⁶ Uso compulsivo: a compulsão é um forte desejo (fissura) para consumir a substância caracterizada pela dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo. (Fonte CID-10).

⁷ IOM: Instituto de Medicina dos estados Unidos.

A diferença das perspectivas dos discursos médico e jurídico ao longo do processo histórico gerou o desenvolvimento de uma “tensão” entre o saber médico e o saber jurídico e que envolve diferentes abordagens na tentativa de circunscrever a noção de dependência a uma delas. A área médica vem, ao longo do tempo, “*especializando-se e reivindicando o reconhecimento de sua autoridade científica*” (Berridge apud Sáad, 2001, p.19). Ao mesmo tempo a noção do drogadicto como “fraco de caráter” (reforçada juridicamente) acompanha o imaginário social até os dias de hoje (ibid). Entretanto, o fenômeno da drogadicção é complexo e existem situações em que o paradigma da doença se apresenta insuficiente. É o caso do uso ocasional⁸ e do uso habitual⁹ que não podem ser explicados através da noção de dependência. Por sua vez, a visão pautada na repressão ao usuário e que desconsidera outros aspectos (biológicos, sócio-culturais, entre outros) subscreve à baseada num conceito moral reduzindo, consideravelmente, a sua vinculação com a questão da saúde.

“Eu acho que a gente vai ser sempre rotulado! Mau caráter... Rotulado como fraco, um cafajeste sem – vergonha” (Gabriel).

Os modelos de explicação e tratamento e as suas especificidades nos remetem a uma desvinculação entre as substâncias psicoativas e o seu uso, seja ou não abusivo. A tensão existente entre o discurso médico e o jurídico, entendido por nós enquanto *superposição fragmentada*, leva à construção de um sujeito abstrato, já que a sua subjetivação se estrutura na fragmentação dos discursos que, ao longo dos diferentes períodos históricos, disputaram uma hegemonia explicativa, geralmente pautada na superposição de interesses. O adicto é aprendido ora como doente, ora como criminoso, fato que gera um “reducionismo” em que a fragilização dos conceitos assume um caráter arbitrariamente seletivo e onde o sujeito é abstrato, ou seja, inexistente, na medida da sua objetivação, pelos discursos, como “*sujeito ‘drogadito’*” (Baratta, 1992, p.39), o que dificulta ou impede a apreensão da questão da dependência de drogas em sua complexidade e totalidade.

Não há que se negar os aspectos clínicos e/ou jurídicos que envolvem o fenômeno da dependência de drogas ou o entendimento que a área médica e jurídica possuem a

⁸ Uso ocasional: Refere-se a utilização de uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais. (Fonte UNESCO/ABRAD).

⁹ Uso habitual: Trata-se do uso freqüente, ainda controlado, mas em que já se observam sinais de rupturas (perdas). (Fonte UNESCO/ABRAD)

respeito. Poder-se-ia afirmar que a visão médica e a visão jurídica decorrem da compreensão da adicção como doença que, por influir de modo negativo na sociedade deve ser controlada . Nesse sentido, compreendemos que ambas as perspectivas apóiam-se mutuamente, na medida em que a visão jurídica traz um discurso em que “*através das leis a sociedade procura controlar o uso e o tráfico de drogas e, para justificar a lógica disto, muitas vezes usa a medicina e os conhecimentos científicos como seus fundamentos*” (Karniol, 1992, p.72).

Constrói-se, portanto, a partir dessa *Superposição fragmentada*, uma noção de adicção de cunho médico/moral que domina a percepção que se tem daquele que é, de fato, um consumidor de drogas ilícitas, como também daquela que ele faz de si próprio.

Limitado em seus caminhos e escolhas como resultado de uma compreensão fragmentada ora como *doente*, ora como *criminoso e fraco de caráter*, o dependente de drogas vive à beira da “desintegração”. A droga torna-se um instrumento de “autopreservação” e de reencontro com a auto-estima. Possibilita um viver, ainda que através de um comportamento autodestrutivo e uma consciência mesmo que socialmente diferenciada. Há a busca por uma existência que encontra na ação de se drogar e no sentimento de destruição, formas de uma inserção social em que o sentimento de vida aparece circunscrito às ações. No prazer e na “*falsa alegria*” (Leandro) proporcionados pela droga, encontra-se um sentido para a vida. O que nos parece “inconseqüente”, surge como uma possibilidade de aceitação e, conseqüentemente, de inserção.

“você chega num lugar, aí usa droga, fica leve, se diverte, diverte os outros”. (Leandro).

A prática drogadicção aparece, então, vinculada ao meio social, uma vez que possibilita um tipo particular de relações sociais. Este só é possível através da interação entre indivíduos e, é nessa interação que ele busca a legitimação de sua inserção (Simmel, 1989). A forma como é apreendido pelo meio social pressupõe uma diferenciação em relação a este, cujas normas e regras de conduta lhe conferem a função de intervir sobre as ações que interferem e/ou ameaçam a coesão social. Esse fato evidencia o surgimento de uma “tensão” de onde emergem os conflitos que estruturam o processo de interação social o que se torna relevante para a nossa compreensão sobre o fenômeno da drogadicção, cujas bases se encontram na reciprocidade de ações que são orientadas por comportamentos de

conteúdos significativos, mas que não são os mesmos para cada indivíduo (Weber, 1982; Freund, 2000).

“Quando o outro é perfeitamente indiferente e recebe tão somente a consideração de mero instrumento para fins que estão fora dele [...], quando na relação há ausência de significação de uma das partes, quando o indivíduo é tão somente meio para a socialização ela não ocorre, pois a personalidade não está mais na relação. Só relação Indivíduo-Sociedade se há significado, se há uma significação nessa relação”. (Simmel, 1977. p. 147-148)

Na interação entre o indivíduo e o meio social ocorre o processo de *significação das ações*, ou seja, o empreendimento de ações e comportamentos que, embora estejam relacionados a um modo de vida que contraria as regras sociais, decorrem de um significado apreendido pelo sujeito enquanto ator social. Esse processo leva em conta aspectos individuais e coletivos que permitem uma compreensão para além dos discursos porque considera as ações como parte de um processo de interação social e de construção de uma visão de mundo. Assim, relacionam-se o produto (substância), o indivíduo e o meio social, de modo relevante para a compreensão do processo de drogadicção que, enquanto fenômeno social, se torna uma forma de existência do sujeito. É um tipo de relação com a vida, conscientemente significada, enquanto ação livre difundida em diferentes estruturas sociais.

“As drogas não são apenas conjunto de substâncias naturais ou sintetizadas, nem fenômenos bons ou maus produzidos de uma vez por todas: são criações dos seres humanos em sociedade, produtos sociais”. (Minayo, 2001, p.17)

1.3 – Jovens: “irreverência” das ações.

Ao abordarmos os Movimentos de *Temperança e Proibicionista*, pudemos depreender que estes se constituíram em movimentos sociais que levaram a uma forma de apreensão da dependência de substâncias na sociedade. Outro movimento social histórico que marcou o uso drogas, sobretudo pelos jovens, foi o *Movimento Hippie*, realizado na década de 1960 com o objetivo de fazer surgir práticas alternativas na busca do belo e do prazeroso, provocando uma ruptura paradigmática. Em Woodstock (EUA, 1969) cerca de 200 mil pessoas usavam drogas livremente instituindo a *“irreverência coletiva”* (Procópio, 1999, p.201). Esse Movimento foi considerado um movimento de contracultura idealizado

por jovens e estudantes e se caracterizou como uma “oportunidade para experimentar” novas sensações compartilhadas em grupos como possibilidade de se chegar a novas percepções da vida. Esse movimento se disseminou em diversas partes do mundo. Em Paris, entre os preceitos básicos do movimento estava o ataque à “sociedade de consumo” (Do Carmo, 2001). Nos Estados Unidos esses movimentos estavam relacionados a padrões de vida em que “*a ‘juventude branca’ dava mostras de sua revolta com o excesso de produtos supérfluos da sociedade de consumo. A juventude excluída (os negros) almejava ter acesso a esses bens*” (ibid, p.13). Por sua vez, na Inglaterra, os Híppies viviam relações de tensão com os jovens operários que se intitulavam *Skinheads* (Cabeças raspadas). O *Movimento Skinhead*, embora seja anterior ao Movimento Híppie - final dos anos 1950- é diverso deste, pois surgiu entre a juventude operária como uma forma de oposição evidenciada no modo de vestir e no corte de cabelo. O objetivo era ressaltar o “machismo” e a “virilidade” da classe operária. O Movimento Híppie surge três anos depois e, durante a década de 1960, traz à juventude britânica a opção das comunidades híppies e movimentos estudantis que propiciaram as “viagens psicodélicas das drogas”¹⁰ e o discurso do “amor livre” (Marshal, 1993; Do Carmo, 2001). A juventude dessa época transformou o uso de substâncias em um sinal de rebeldia através de discursos que pregavam “paz e amor” e “não à guerra”. A droga era um objeto de integração e de distinção à sociedade “hipócrita” e “conservadora” de então.

A filosofia Híppie estava baseada no antimaterialismo, no anticonformismo e na expansão da confiança com o objetivo de promover a “redescoberta do eu”, o pacifismo e o amor (Queiroz, 1990).

No Brasil, o Movimento Híppie foi organizado predominantemente por jovens das classes média e alta com o objetivo de levar a cultura aos grupos menos favorecidos da sociedade (ibid). Gestos, hábitos, costumes, vestimentas e penteados surgem como uma nova linguagem. O êxito do culto híppie “*também resultou do vocabulário hermético dos Beatles, dos Rolling Stones e dos Grupos Pop de Jimi Hendrix e Bob Dylan*” (ibid, p.11). A linguagem dos toxicômanos evidenciava “mundo mais verdadeiro” traduzida numa “vertigem alucinante” (prazer).

Busher (1992) descreve que a evolução da conjuntura econômica e a exaltação de novos modos de viver contribuíram para um “desencanto” gerado por um novo modelo de

¹⁰ Psicodélico: termo criado pelo Dr. Humphrey Osmond do *New Jersey Neuropsychiatrist Institute* com o objetivo de descrever as reações provocadas pelo uso de LSD.

cultura baseada no consumo a partir da qual “*trilhou-se o caminho de volta à realidade cruel das necessidades básicas e à monotonia das lutas para assegurá-los*” (p.28). O movimento hippie se desarticula, mas as drogas continuam a existir como promessas de “algo mais” que está além do prazer possibilitando, ainda, o esquecimento da solidão e a liberação de sentimentos como a angústia o medo e a depressão. Seguidores do *Santo Daime* realizam, atualmente, cerimônias indígenas da era pré-colombiana, trazendo de volta as crenças e práticas construídas nas tradições milenares.

No contexto atual, países enfrentam os problemas criados pela toxicomania, entre eles, a violência. Cresce o consumo de substâncias psicoativas no mundo, fato evidenciado em estudos epidemiológicos como os que foram realizados pelo *Internacional Epidemiology Work Group* e, particularmente no Brasil, pelas pesquisas que vêm sendo desenvolvidas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) desde o ano de 1987. Um estudo realizado por Robert Ballion (2000), membro do *Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologique* (França), refere-se ao aumento do consumo de drogas entre jovens. Este está associado à banalização do uso da maconha, mesmo quando é ocasional; o aumento dos estados de embriaguez, resultante do uso contínuo de álcool; a predominância de níveis elevados de consumo de tabaco, o aumento da oferta maciça de drogas sintéticas; o uso de substâncias através do doping em atletas de alto nível e a associação simultânea ou sucessiva de vários produtos. Embora esteja circunscrito a uma realidade específica¹¹, o estudo leva à reflexão e à tomada de consciência sobre os fatores que envolvem o consumo de drogas pela população jovem. Este se constitui em uma questão mundial de relevância, com aspectos que envolvem jovens de sociedades diversas.

No caso brasileiro, a prática de atos de transgressão e violência, associados ou não ao uso de drogas, vem merecendo especial atenção. As teorias enfatizam as estruturas individuais, os atributos da personalidade ou os diversos fatores biossociais como bases para o entendimento dos comportamentos desviantes ou criminosos (Abramovay et al., 1999). A aceleração dos avanços tecnológicos exige dos jovens uma maior necessidade de preparo com chances cada vez menores de inserção no mercado, bem como em outros setores da vida social e econômica. Origina-se uma “*perda do idealismo*” (Ratinoff apud

¹¹ O estudo estabeleceu uma comparação sobre as condutas desviantes, entre elas, o consumo de drogas, entre alunos dos Lycées d'enseignement general et technologique (LEGT), Lycées Polyvalents (LYP) e Lycées Professionnels (LP).

Abramovay, 1999, p.14) contribuindo para o empreendimento de ações que consolidem formas alternativas de existência. Podemos destacar a década de 1980 em que os setores pertencentes às camadas mais pobres da população passam a fazer parte das manifestações culturais através, por exemplo, do *Movimento Punk*, organizado por jovens moradores dos subúrbios e periferias pertencentes a famílias de baixa renda e que viviam “*em busca de informações, novos discos e tendências musicais*” (Do Carmo, 2001, p. 14). Para Helena Abramo (1994), “*No Brasil, é a primeira vez que o tom central, a inspiração básica do universo cultural juvenil, é dado por jovens das classes trabalhadoras*” (apud, Do Carmo, 2001, p. 15). Nos anos 1990, a chamada “música de protesto” traz o discurso construído em um novo gênero musical que busca retratar as dificuldades que os jovens da periferia sofrem no cotidiano. Surgem os “rappers” que se tornam os “porta-vozes” das injustiças sociais e, por meio da música, voltam-se para a defesa de idéias e de preferências radicais. Esse movimento relaciona-se a uma geração diversa daquela que é formada por jovens que encontram um sentido de identidade através do processo de importação de cultura, hábitos e costumes. Trata-se da “*juventude dourada dos anos 90 tida como ‘geração shopping center’*” (ibid). A vulnerabilidade de vários setores da população traz a insegurança quanto a um futuro imediato, o que contribui para a descrença e a desconfiança que emergem das frustrações cotidianas. O uso de drogas surge como uma “promessa” de felicidade e sobrevivência diante das incertezas da vida.

Ao abordarmos as “juventudes”, evidenciamos a existência de modos de vida diferenciados, nos quais o uso de drogas também se circunscreve. Temos uma juventude em que as diferenças decorrem da manifestação de “um olhar” próprio, que longe de produzir uma consciência acrítica, traduz uma visão de mundo manifestada em espaços socialmente produzidos. Esse fato permite que a semelhança de uma “*identidade grupal*” (Ventura apud Do Carmo, 2001, p. 16) seja o constructo de uma linguagem que, longe de colaborar para a crença quanto a existência de uma alienação das gerações jovens (Abramovay et al., 1999), se constitui em uma forma de inserção e de participação na vida social. Nesse sentido nos cabe a tarefa de refletir e avaliar o que vem acontecendo com uma parte da juventude; com seus sentimentos, comportamentos e ações como meios para que possamos compreender de que forma enfrentam a realidade do mundo. O desafio consiste em:

“Decifrar o que esses jovens pensam, quem são, as suas palavras, imagens e comportamentos, sem julgamentos prévios nem juízo de valores. De fato, não existe partido a tomar, vida e não-vida são descritas da mesma forma, e sobreviver ou morrer dentro dessa perspectiva é um jogo contra o tempo”.
(ibid, p. 186)

CAPÍTULO II – O PRAZER NA DROGADICÇÃO

II.1 – Definindo um conceito

No contexto da prática drogadicção o prazer é entendido a partir de diferentes perspectivas. Neste sentido, Freud (1911) define o prazer “*como uma tendência inata do organismo a evitar a dor...*” (apud Kaplan & col., 2000, p.237). Por sua vez, Kalina analisa a conduta adictiva através do entendimento de que o uso de drogas e o prazer a ele associado surgem como um “*instrumento de preservação*” (p.33) e se tornam um meio de superação do medo, das angústias e das frustrações. Já Sissa (1999) descreve que “*a toxicomania [...] realiza uma teoria do desejo*” (p.9). A força de um desejo, como uma manifestação extrema, permitindo viver um prazer que vai de um extremo ao outro, da alegria à dor e, portanto, de um *prazer positivo* a um *prazer negativo* (ibid). Entretanto, há o pensamento “comum” e está relacionado à função que o prazer desempenha no sentido de anular as inquietações, as dificuldades e o sofrimento.

No nosso trabalho, associamos o prazer a um momento particular que denominamos de *crise da aspiração utópica* na qual o indivíduo aspira à realização de projetos e sonhos, os quais nem sempre se mostram possíveis de serem realizados diante de situações diversas, como: mudanças familiares, pessoais, sociais, políticas e econômicas. Há uma perda dos referenciais em função de uma cultura hedonista que o torna ávido pelas possibilidades de consumo e pelo sentimento de posse diante do que a modernidade tem para lhe oferecer. O desenvolvimento da tecnologia faz com que:

“... as coisas tornem-se mais aperfeiçoadas, mais intelectuais e, de certa forma, mais controladas por uma lógica objetiva interna [...]. e a concomitante e profunda insatisfação com o progresso técnico – é causada em grande parte, pelo fato de que as coisas estão ficando cada vez mais cultivadas, enquanto os homens estão cada vez menos aptos a transpor a perfeição dos objetos para o aperfeiçoamento da vida subjetiva” (Simmel apud Velho, 2002, p. 16).

O indivíduo se vê diante de uma utopia que o leva a um processo de esvaziamento causado pela dificuldade de acesso aos “produtos da modernidade” e pela apreensão de uma “*cultura objetiva*” (Velho, 2002, p.98) que, embora seja fundamental nos processos de construção de sua subjetividade, corrobora para dificultar ou tornar impossível a existência de uma “*realidade de fato*”, ou seja, uma realidade vivida a partir de um referencial socialmente construído num processo permanente de interação e que permite a formação de um indivíduo autônomo, auto-consciente e feliz. Na medida em que a modernidade se mostrou incapaz de cumprir as promessas de uma

nova imagem universalista do homem, de progresso geral e de um novo “modelo familiar” baseado no amor e na felicidade (Baratta, 1992), ela facilitaria ou seria um contexto mais propício para as frustrações já que permite o surgimento de situações nas quais os indivíduos estariam e/ou se sentiriam mais vulneráveis social e pessoalmente. Há, por exemplo, o distanciamento dos indivíduos relação aos valores universais em função de uma racionalidade que, se de um lado, traz o conhecimento e a capacidade de domínio sobre si mesmo, do outro leva ao distanciamento dos aspectos afetivos e emocionais. Nesse sentido, o indivíduo recorre a meios que tornem possível a sua “auto-preservação” social, dentre eles, o uso de drogas. Ele surge, então, como um processo em que a substância pode ser concretamente incorporada como fonte de alegria, de fantasia e de bem-estar. Torna-se “*o meio mais eficaz de produção imediata de prazer [...] que possibilita suportar o sofrimento derivado da civilização*” (Freud apud Gonçalves e Garcia, 2001, p.123).

O prazer é vivido como uma “*paixão alucinante*” (Gabriel) que possibilita a vivência de um sentimento que se contrapõe às dificuldades e frustrações do cotidiano, e que permite lidar com os problemas, deixando o indivíduo livre das tensões que envolvem a maneira como tenta solucioná-los. Para o dependente essa *paixão* é algo difícil de se compreender e explicar, mas certamente envolve um sentimento que é capaz de se perpetuar por toda uma vida. Esta *paixão* que não acaba “... *vem muito associada ao inexplicável, até mesmo ao misterioso, certamente ao incontrolável*” (Velho, 2002, p.96). O prazer obtido através do uso de uma substância se torna um dos meios de acesso a essa *paixão*. Entretanto no uso de drogas, o prazer supõe a existência de uma “perda de consciência” fazendo com que o indivíduo atinja um “estado de anestesia” para que possa “viver essa *paixão*”, fato que é interpretado como “fuga da realidade”, pois “*o adito privilegia a idéia de que só é possível transformar a percepção da realidade e nunca a própria realidade*” (Kalina, 1999, p.23). Mas o prazer permite, ainda que como um fim em si mesmo, a manifestação da existência de um grau de consciência e que leva à realização de ações objetivamente significadas. Entendemos que o indivíduo busque essa “anestesia” porque esta se torna necessária para que, na medida de sua consciência, ele promova mudanças sobre a realidade vivida. Há um sentido que está implícito às ações, seja para ter condições de diante de normas e regras, adquirir um sentimento de pertencimento e aceitação em relação ao meio no qual está inserido, seja para “ter a coragem” de confrontar-se com os fatos que ferem a sua dignidade e/ou a sua apreensão da realidade. O prazer é

vivido como uma “*experiência única, ao mesmo tempo que revela [...] por mais ameaçadora e perigosa que possa ser [...] a evidência de que os indivíduos acreditam em se aperfeiçoar, em se tornarem melhores, mais sujeitos*” (Ibid, p. 98).

“...*Eu naquele instante usei porque queria me relacionar...*” (Augusto)

“... *eu tava de ‘saco cheio’ de onde eu morava. Eu queria ter aquele Nike, eu queria ter aquele carro, entendeu? Eu não gostava da minha realidade[...] Gostava daquela energia toda,daquele poder, daquela alegria!...*” (César)

“*Eu queria sempre aquela sensação de acabar de cheirar e me sentir o máximo, me sentir sociável*” (Paulo)”

“*Na droga, tinha alegria!* (Leandro)

O prazer surge como um meio de reingressar na vida (Freud apud Gonçalves e Garcia, 2001, p.123). Torna-se um instrumento de uma inserção na qual se vive “*várias vidas*” (B. 24 anos), o que possibilita a produção de um sentimento de estabilidade e preservação.

“*Vivemos várias vidas, né? Nos drogamos, viajamos, conhecemos outras pessoas. Tivemos várias vidas...!*” (Bernardo).

“*Eu vivia assim, num faz-de-contas. Tudo o que eu queria ser, eu falava’ pras’ pessoas que eu era. Eu era extremamente mentirosa*”(Gisele).

II.2 – A representação de papéis

Viver *várias vidas* através do uso de drogas é atingir uma condição por meio de comportamentos e ações que possibilitam trazer constantemente para si uma sensação de prazer através da qual o indivíduo melhora a sua auto-estima e modifica aspectos de sua subjetividade. O indivíduo representa várias formas de apresentação de si mesmo como um meio de regular a impressão que os outros têm em relação a ele (Goffman, 1975). Essa representação de papéis emerge do desejo de saber lidar com situações que de alguma maneira interferem no seu modo de viver e de se relacionar com o outro. Nesse sentido, recorre a atitudes objetivando, ora um encobrimento de sua real condição como possibilidade de inserção em vários níveis sociais – trabalho, vida afetiva, familiar, etc, ora

utilizando essa condição para trazer para si a estima, a admiração e o reconhecimento, por outrem, de seu valor.

“Eu sofro uma série de problemas: depressão, ansiedade e o restante. Então eu fui arrumar um emprego de jardinagem, eu menti isso, entendeu?”. (César)

“... se eu falasse realmente a fraca, drogada que eu era, eu tinha medo das pessoas não me aceitarem”.(Gisele)

“Eu já trabalhei! No mundo verde! Mas eu não dizia pra ninguém que eu usava!”.(Sandro).

Trata-se de um processo de interação em que *“nossa atividade psíquica responde a quase todas as impressões produzidas por uma outra pessoa...”* (Simmel,1989, p.29), e que é gerador de um conflito em que o outro se torna um “reflexo do desejo”. O indivíduo busca no outro o sentimento de reconhecimento e de realização que nem sempre acontecem. O outro se torna o reflexo do que se deseja alcançar ou do que se mostrou inalcançável em termos de reconhecimento pessoal e de realização de projetos na ações cotidianas. Uma vez que há um julgamento por parte de outrem, este envolve valores individuais que são socialmente construídos porque derivam e experiências particulares inscrita em uma coletividade. Quando um indivíduo está na presença de outros sua expressividade adquire, por meio de comportamentos específicos, significados diferentes que vão desde os símbolos verbais usados para veicularem informações (sentido tradicional) até a dissimulação por meio de ações mais amplas. Essa interação é definida como *“a influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros”* (Goffman, 1975, p.23).

Esse fato traz, ainda mais, o sentimento e a necessidade de intervenção sobre a realidade uma vez que somente deste modo é possível fazer parte dela. Nesse sentido, *“viver várias vidas”* é representar papéis enquanto um mecanismo que torna esse desejo possível no sentido da construção de um indivíduo reconhecido e socialmente aceitável, pois *“independentemente do objetivo particular que o indivíduo tenha em mente e da razão desse objetivo, será do interesse dele regular a conduta dos outros, principalmente a maneira como o tratam”* (Goffman, 1975, p.13).

“ Eu entrei na igreja. Aí, tinha um grupo A DOSE MAIS FORTE que era de ex - viciados. E aí contava o que fez e aconteceu, que usou, que era bandido e tal... e eu não tinha nada pra contar! Tinha saído de casa, minha mãe me dando com

o cabo de vassoura nas costas e tal... tava desesperado! Aí, pra eu me relacionar com as pessoas eu comecei a inventar que eu era viciado, que eu tinha sido viciado. Até esse ponto eu não tinha usado[...]. Até que um dia lá, algumas pessoas desse grupo recaíram, né? E eu acabei indo junto com a galera”. (Augusto)

“Durante oito anos que eu usei droga, eu dizia pras pessoas o que eu gostaria que eu fosse...”. (Gisele)

Nesse sentido, o prazer obtido através do uso de drogas revela a existência de um “*prazer positivo*” (Sissa, 1999, p.20). Está associado à fase de “lua-de-mel” onde é possível a felicidade como um “suplemento da plenitude” e onde a inteligência possui “*uma lucidez consoladora e sem sombras*” (ibid, p.21). Há o controle sobre as ações e o consumo. Vive-se uma sensação de autodomínio, uma vez que se sabe como agir diante da vontade. O sentimento de *capacidade* surge associado à possibilidade de empreendimento de qualquer ação direcionada à procura e ao uso da substância ou à superação das dificuldades.

“Eu na ativa, eu tenho coragem de matar, eu tenho coragem de fazer tudo! Tudo o que você possa imaginar!”. (Gisele)

“Sempre gostei de ‘zoar’. Então, eu comecei a cheirar. Pô, eu dei uma cheirada, que eu tava ruim na matéria, de repente, tirei nove! Aí pensei: ‘pô, vou dar uma cheirada toda vez que tiver prova’.[...] Aí...passei e tudo! Só nota alta, só nota boa! Pode ver lá. O ultimo ano que eu tava estudando foi só ‘notão’...”.(Gabriel)

A autonomia permite atingir a um “*estado de natureza*” (Hobbes apud Schramm, 2004, p. 02) no qual “*cada pessoa define a seu bel-prazer o que é bem ou mal, justo ou injusto*” (ibid). Por outro lado, ao apreendermos o indivíduo como um ser social, reconhecemos a relevância que as normas e leis socialmente construídas possuem na manutenção de uma coesão. A inserção do indivíduo em sociedade deve minimamente se articular a essas normas. Ao se contrapor a elas por meio de suas ações, o indivíduo desencadeia um conjunto de respostas sociais de uma intervenção no sentido da manutenção dessa coesão, o que se dá através da punição (Durkeim, 2002), seja através das leis às quais se deve se submeter para se “redimir” perante a sociedade, seja por meio do preconceito e da aquisição de um estigma que o torna socialmente diferenciado. As formas de obtenção de prazer na drogadicção se contrapõem às normas sociais, porque derivam de ações que fogem a existência de um limite. Se não há limite, não deve haver liberdade

(ibid). Porém, ao ultrapassar estes limites, através dessa prática, o indivíduo vivencia um sentimento de liberdade. O *prazer* ainda é algo *positivo* (Sissa, 1999, p.9), pois permite ser livre, que é um tipo diferente de direito à vida mas ainda um direito, pois contém escolhas, mesmo quando estas vão na direção de uma “anulação” social. Na “anestesia” vive-se uma realidade possível e a *paixão* se torna “*a presença do extraordinário que penetra o cotidiano transformando-o*” (Velho, 2002, p.95) Em alguns casos, esse fato se torna possível ao se “partilhar o prazer”, o que traz o sentimento de pertencimento a um grupo específico, com características comuns. Em outros casos, o indivíduo vive o *prazer* de uma forma isolada, mas que também é necessária para que esse prazer continue a ser vivido sem que ocorra um “estado de anomia” que interfira na coesão da vida do indivíduo nos âmbitos individual e social. Deste modo, o prazer vivido surge como alicerce na estruturação das relações – individual e coletiva - como forma de inserção.

“O dependente químico é egoísta! Ele quer usar sozinho. Mas é por causa da droga!”. (Wagner)

“Já eu, usava com os amigos”.(Leandro)

“Eu tenho a minha quantidade de cocaína! Eu tenho 10 gramas. Se eu der 1 grama pra ele, quando as minhas 9 gramas acabarem eu vou ficar me culpando porque eu dei a uma grama pra ele”. (Augusto)

Entendemos que essa *inserção* ocorre às avessas, pois se contrapõe ao socialmente construído, mas que garante em si uma força de coesão e, portanto de “preservação” individual e social às avessas. Ao buscar o reconhecimento de outrem e a “anestesia” por meio de ações que possibilitam trazer para si a sensação de *prazer*, o indivíduo estabelece formas de relação consigo mesmo e com o outro, uma coexistência que, mesmo contraditória em relação a códigos e valores, “*implica sempre um drama social que envolve diferentes atores*” (ibid, p.97). Há ao nível da subjetividade, que entendemos como o grau de consciência que permite a apreensão de si nas vivências e experiências que se traduzem em comportamentos e ações individuais, mas que aspiram a uma universalidade, uma forma de expressão da vontade enquanto afirmação do sujeito. Nesse sentido, as ações empreendidas têm por finalidade um tipo de conduta que “... *não é tampouco uma simples adaptação à situação dada, pois, segundo o caso, ela pode tentar o impossível para realizar o possível*” (Weber apud Freund, 2000, p.81), há uma *inteligência positiva* que envolve o uso de drogas e a obtenção do prazer como uma possibilidade de se atingir um

estado de felicidade que permite o resgate de valores, sobretudo o da “auto-estima”, e de desenvolvimento de potencialidades afetivas e relacionais que são vividas individual e coletivamente na busca de um “eu ideal”, ou seja, de um indivíduo “auto-ajustado” em seu meio.

O indivíduo procura tornar concreto esse “eu ideal”, fazendo de sua existência algo possível, porque relacionado com uma série de ações que objetivam uma modificação e uma nova apreensão da sua realidade que é individual e socialmente significada, pois tem como base valores pessoais e conhecimentos adquiridos ao longo da vida a partir de experiências individuais e coletivas. O prazer imediato proporcionado pela droga é como uma promessa de “eterna felicidade” mesmo que essa sensação seja circunscrita num tempo: é o eterno, vivido no finito.

“Quando a gente chegou a usar pela primeira vez, trouxe aquele momento de felicidade”. (Gabriel)

“Justamente! Sem a droga, não tinha alegria!”. (Leandro)

“Você tá buscando aquela alegria boa. Sei lá... Você pode fazer as coisas!”. (Wagner)

Freud esclarece que a demanda de todo ser humano é ser feliz e, para isso, o princípio do prazer surge como um direcionamento em relação à busca de felicidade como propósito de vida (apud Gonçalves e Garcia, 2001, p.123). Sentir-se sociável e capaz de se inserir em diferentes grupos é algo que o prazer na drogadicção traz para o indivíduo no sentido de tornar a sua vida em sociedade algo possível. O sentimento de aceitação em relação a si próprio e por parte dos outros emerge de uma sensação de prazer que permite uma “*manipulação do real*” (Plastino, 2000, p.19), ou seja, uma modificação de um sentimento em relação à realidade, conscientemente experimentado pelo indivíduo.

Não entendemos essa *manipulação* como uma negação da realidade, nem como prática de alienação, mas sim como uma *dialética da coerência*. Ao desejar consumir uma substância para sentir prazer, o indivíduo empreende ações que, a princípio nos parecem repletas de condutas “auto-destrutivas”, mas que são subjetivamente significadas. Ao tomar consciência das dificuldades que emergem do fato de que só é possível viver a vida buscando o prazer que a substância traz, o que leva ao desejo compulsivo pelo consumo, o indivíduo busca constantemente o prazer para solucionar as sensações de desprazer e de sofrimento que lhe são impostas pelos sintomas relacionados ao uso da substância, e pelo

“mal-estar” causado pela estigmatização que sofre, uma vez que as suas ações estão associadas a uma atividade ilícita e moralmente inaceitável.

“Sempre que eu cheiro a onda é a mesma! No final, to mal! Aí eu vou querer mais!”. (Leandro)

“Muitas vezes, você não se sente bem com as pessoas falando de você, entendeu? Aí...”. (Wagner)

“Você quer se sentir poderoso!”. (Paulo)

“Isso aí!”. (Wagner)

O indivíduo se vê diante da falta de confiança em si mesmo e em seu meio social por parte das pessoas. O sentimento de impotência diante dessa realidade, que não deixa de ser geradora de tensão e de conflito, é evidenciado por razões, quer individuais e/ou coletivas, fazendo com que o indivíduo tenha um comportamento que lhe dê a sensação de “unidade”, mesmo se este passou a adquirir uma roupagem de auto-destruição. O prazer surge como uma linguagem possível de “incorporação da realidade” porque permite lidar com ela em várias instâncias, seja para atender a necessidades individuais, seja pelo desejo de reconhecimento próprio e do outro em relação a sua *capacidade* para múltiplas realizações. Ele possibilita a obtenção de uma “sensação eterna” de estar de bem com a vida e de que a insegurança não é possível, afastando a frustração do “*não ser*” (Artaud, 1984, p.24).

O indivíduo cria um universo de possibilidades para tornar essa “incorporação da realidade” possível, pois mesmo quando esta fere aspectos de sua personalidade e de sua individualidade, ou seja, do seu “eu real”, o prazer o torna capaz de enfrentá-la. A sensação de euforia entendida como “anestesia” permite lidar com os problemas e as frustrações do cotidiano ainda que através do que se denomina como uma “*prática de alienação*” (Kalina, 1999). Entretanto, embora haja uma “perda de consciência” através dessa prática, entendemos que ela é relativa, pois para o dependente, só é possível vivenciá-la através do uso de uma substância e, apesar da necessidade de fuga da realidade, esta se evidencia independente do que se faça para tentar modificá-la e onde a sensação de prazer surge como uma das principais formas de trazer para si um sentimento de vida.

“A droga fazia parte da minha vida. Sem a droga, minha vida não tinha sentido. Eu acho que eu sou adicta desde os 12 anos. Eu já bebia, ficava cheirando

esmalte, fazia um monte de coisa. Uma vez, eu tive a pior de todas (overdose). Eu caí no chão e comecei... O peito arfando, o coração batendo forte. Foi horrível! Aí, eu vi uma luz, só que tinha a mão da minha mãe. Eu voltei sabe? Tava... viva!”. (Gisele)

Entretanto, quando se instala uma condição de dependência, fato que gera a impossibilidade de controle dessa “paixão alucinante”, ações são empreendidas numa tentativa extrema em relação à obtenção do “prazer do início”. O prazer passa a ser vivido “*como se não fosse jamais um bem*” (Teles, p.01, sd), pois deixa a sua marca de sofrimento diante da impossibilidade do “controle da vontade”. O uso de drogas já não é o sentimento de controle diante das atividades cotidianas. A felicidade é substituída pela necessidade de preenchimento de um vazio carregado de angústia e de dor. Nesse sentido, as ações daí decorrentes assumem um aspecto que é associado a “comportamentos negativos” que envolvem mentiras e dissimulação para que este possa manter “*uma contínua vivência da fantasia*” (Monteiro, 2000, p.96). Tem-se a sensação de poder através da manipulação do outro para manter o acesso ao prazer.

“... nessa última recaída, eu tava assim: ia lá, usava, né? Quando eu me via na madrugada sem dinheiro, eu ia lá na minha mãe, batia na porta dela, ‘mãe, me arruma um dinheiro aí que eu tenho que pagar um negócio do cara que ,senão, o cara vai me mata. Empenhei meus documentos e tal... Aí ela me dava o dinheiro, eu ia lá e usava drogas” (Augusto)

O prazer se torna um “*prazer negativo*” (Sissa, 1999, p.21). A *paixão* leva à “*escravidão dos sentidos*”. Incontestavelmente, a droga é um símbolo da força de um desejo, que se distancia da felicidade ao se transformar em um estado físico e psíquico gerador de sofrimento e de uma inquietação que se reduz a perseguir um desejo novo que reaviva a onipotência que torna possível a felicidade.

“Quando você ‘tá’ apaixonado, você não vê os defeitos da pessoa [...]. É a mesma coisa com a gente! A gente não vê os defeitos da droga. Eu sabia que tava me prejudicando, mas não tinha vontade de largar. Mesmo que seja uma falsa alegria, mas uma hora ela te deu alegria!” (Gabriel).

“Na minha vida, eu passei por, tipo, gostar da pessoa e a pessoa não tá nem aí. Tipo a minha ligação com a droga.”.(Leandro)

II.3 – O valor da vida

A consciência diante da necessidade de se empreender ações na tentativa de obtenção do prazer a qualquer preço leva ao uso de atitudes visando a manutenção de uma condição que, longe de promover a liberdade, aprisiona e adocece. O sentimento de *capacidade* é substituído pelo sentimento de fraqueza de caráter, de impotência e de desvalor diante da própria vida. O uso compulsivo leva a atitudes nas quais se manifesta uma perda de valores, tais como a honestidade, a afetividade (deslocada para o objeto, ou seja, a droga), a “auto-estima”, entre outros. Há uma perda do sentimento de amor pela *vida* como algo positivo.

Os referenciais para a *vida* passam a ser ações que envolvem comportamentos adictivos, no sentido da obtenção da substância e do seu uso, e da manipulação em relação ao outro. Há, mais uma vez, uma representação de papéis em que viver “*várias vidas*” significa viver “*fazendo as coisas em função da droga*” (Bernardo). O indivíduo passa a dissimular porque “*deseja preservar o seu status de anti-herói, aquele que é bom nisso e consegue ‘passar a perna’ em todo mundo sem ser descoberto [...] Isso é motivo de glória, respeito e admiração [...]*” (Monteiro, 2000, p.97) e este se torna um dos caminhos mais fáceis de se obter prazer. No ultrapassar de limites desafia-se constantemente a morte para trazer para si um sentimento de vida que se renova na sensação de poder e onipotência diante dos outros ou da substância, agindo como “*se toda ação fosse acabar em si mesma*” (Monteiro, 2000, p.113).

“Quantas vezes eu tinha acabado de ‘fazer um negócio’, to de bicicleta, o PM correndo atrás de mim... Depois que eu entrava no ‘duzentão’ já era né? 45 apartamentos por andar...” (Gabriel)

“Pô, cansei de ir pra “night” com um Polícia Federal do meu lado! Tirava a maior onda! Pagava bebida pra todo mundo! Eu era o ‘fodão’! Todo mundo me conhecia! Eu traficava o melhor ecstase do Rio de Janeiro!” (Bernardo)

As ações se tornam válidas em qualquer circunstância e o prazer se torna uma parte essencial da vida e do qual não se pode mais “abrir mão”, pois isso significa um enfrentamento da realidade diferente daquele por ele construído.

“A vida é viver. É você estar de bem com a vida, de bem com o mundo, entendeu? É sair, não cheirar, não beber... Ir na praia de cara limpa. Curtir a namorada, jogar um futebol. Isso é viver! Aí você vai se destruir. Eu pego e vou procurar uma coisa que eu sei que não é bom pra mim, mas naquele

momento eu sei que vai ser bom [...] Você só cresce, mas por dentro você não cresce, entendeu?” (Gabriel)

Assim, a vida só tem sentido se vivida através do efeito de uma substância. Daí uma busca constante para se obter prazer, na tentativa de ser possível transformar novamente esse *prazer negativo* em um *prazer positivo*. Nesse sentido, verifica-se um “processo de homeostase” que é um instrumento de manutenção que permite ao indivíduo vivenciar uma constante ressignificação da vida, indo de um extremo ao outro para encontrar o seu eixo. Compreendemos que para isso é necessária uma relação de reciprocidade, isto é, encontrar no outro a diferença que evidencia aspectos de sua própria subjetividade, incluindo-se qualidades e defeitos. É ter que olhar para si mesmo e perceber que a diferença reside no fato de que fazemos escolhas e que nossas ações nos conduzem a uma particularidade, cuja complementariedade emerge de nossas relações. E ao assumir uma conotação “negativa”, o “valor da vida” passa a ser associado a um discurso de autopiedade em que se busca em si próprio e no outro uma forma de aceitação.

“Eu não to mais me reconhecendo mesmo! Eu tava praticamente desistindo da vida!”. (Gabriel)

“Na quinta-feira, eu levei um monte de tiro de fuzil. Não pegou nenhum! Pegava tudo na parede. Eu saía pulando... [...] eu não fiquei com medo de morrer. Não fiquei não, que eu tava dando também...”. (Davi)

“Às vezes, não tem sentido a minha vida, sabe? Eu fico questionando porque que eu to no mundo”. (Gisele)

A *vida ao* perder o significado positivo se torna alvo de normas e padrões que fogem à compreensão e à aceitação social. Esse fato faz com que o indivíduo adote um sentimento de “auto-piedade” como justificativa para viver o prazer e para obter o reconhecimento do outro em que uma valorização de si se torna uma forma de aumentar sua auto-estima. A não obtenção desse reconhecimento contribui para a construção de uma relação em que o objeto (a substância) substitui, aparentemente, a relação com o outro, evidenciando um estado de tensão entre o “eu real” e o “eu ideal” que emerge da reciprocidade das ações dos indivíduos entre si.

Há, pois, um processo de exclusão que surge, não só da sua estigmatização, como também da forma como ele compreende o significado das ações e comportamentos

específicos da sua drogadicção. Para os jovens entrevistados, embora haja o reconhecimento de que a sociedade os exclui porque os reconhece como fracos de caráter e “cafajestes”, os diferenciando dos demais, a exclusão não está, necessariamente, associada a um sentimento próprio de incompatibilidade diante da vida em sociedade. Segundo o grupo estudado, não há a compreensão dessa exclusão como resultado de uma visão de sociedade. O dependente não se sente excluído da sociedade, porque esta exclusão é resultado de uma escolha empreendida por eles para que possam viver um prazer que é socialmente inaceitável.

“Eu só me senti excluído da sociedade quando eu tava internado. [...] Então só porque eu usa droga não pode ir ao cinema, não pode entrar numa padaria?” (Leandro).

“Eu não me sinto excluído não! Sabe por quê? Porque eu aceito o que eu fui, aceito o que eu sou, entendeu? Eu tenho que me aceitar antes de alguém me aceitar. Eu penso assim...” (Bernardo)

“A sociedade não exclui. Eu me excludo da sociedade. Tudo perde o seu valor pra droga...” (Gabriel)

Situações da vida em que por não se “*sentir bem com as pessoas falando de você*” (Wagner), o dependente recorre ao isolamento, ou seja, “se exclui”, e o prazer entra nesse jogo para transformá-la em algo possível. Deste modo, o sentimento de pertencimento à uma sociedade está preservado. Compreendemos assim, que o que há, é um tipo particular de exclusão que traz em si uma forma de inserção social, uma vez que é traduzida como um instrumento de distinção. O prazer leva a uma vida própria que permite a criação de um sentimento de coesão diferenciado. É uma forma de *inserção* que, mesmo às *avessas*, possibilita ressignificar o ser social a todo instante, não intervindo diretamente sobre a coesão social; o que faz com que se mantenha o direito à liberdade e ao sentimento de autonomia. A autonomia representa “*a instauração de uma relação entre o discurso do outro e o discurso do sujeito*” (Castoriadis, 1982, p. 126), na medida em que a autonomia só é concebível como um problema e uma relação social (ibid). Esse fato parte do entendimento que possuímos do homem como ser consciente, que cria, na relação com o outro, formas de transformar as coisas. Um homem que vive a sua realidade da maneira que lhe é possível, buscando soluções diferenciadas para os problemas sem ferir a sua integridade como um ser social.

“A existência humana é a existência de muitos e tudo que é dito fora desse pressuposto [...] é sem sentido [...]. Ela é existência social e histórica e é essa para nós a dimensão essencial do problema. A intersubjetividade é, de certo modo, a matéria da qual é feito o social...”. (ibid, p.130)

CAPÍTULO III - A LEGITIMAÇÃO DO “ANTI-HERÓI”

O uso de substâncias psicoativas auxilia os indivíduos a modificar a percepção da realidade. Ele se sente mais capaz de ingressar em um “mundo” onde, a princípio, tudo se torna possível: se relacionar, enfrentar os conflitos, se “libertar”. Essa liberdade está associada, principalmente ao início do uso, ao *prazer positivo* (Sissa, 1999, p.9) e, por meio do qual os jovens adquirem um sentimento de autonomia em relação à própria vida e às próprias escolhas. O uso de drogas lhes permite obter um “auto-conceito positivo” em que o sentimento de capacidade emerge do fato de que este uso possibilita a sua afirmação enquanto sujeitos das próprias ações, o que traz um sentimento diferente de sobrevivência e de aceitação e lhes permite construir um elo com a vida.

“Quando eu to de ‘cara limpa’, sabe, eu não chego em ninguém, eu acho que o mundo não vai gostar de mim. Aí, eu tomo uma Skol, ‘dou um teco’¹², esa timidez já sai! [...] Às vezes, eu to interessado na pessoa, eu não consigo! Aí, sabe o que eu faço? Aí vou lá tomo uma cerveja, ‘dou um teco’... De repente eu acho que eu sou meio super-homem, entendeu?”. (Geraldo)

Os jovens legitimam o prazer que sentem como uma das únicas formas possíveis de apreensão da sua realidade, ainda que esteja associado ao sentimento de *fuga*. Fugir da realidade vivendo “*várias vidas*” (Bernardo) é o que, no discurso dos jovens, lhes permite sentir prazer e felicidade para saberem lidar com as dificuldades e as situações de conflito, o que torna possível a sua inserção em diferentes contextos. Vencem a timidez, se sentem sociáveis e capazes de transitar em diversos grupos sociais.

Entendemos que viver “*várias vidas*” (Bernardo) pressupõe que o indivíduo vive o “fruto de uma ilusão” e que, portanto, longe de enfrentar a realidade, ele se “aliena” em sua prática porque vive no que aqui denominamos de “anestesia do real”. (Kalina, 1999). Entretanto os jovens revelam que, por não aceitarem a sua realidade, eles sentem a necessidade da “anestesia” proporcionada pela substância como uma possibilidade de modificá-la e não de esquecê-la. Sob o efeito de drogas os jovens se sentem capazes para realizar qualquer ação, ainda que esta signifique perder momentaneamente a consciência sobre os fatos da vida que lhes causam sofrimento, angústia e frustração.

Apesar de considerarmos que este seja um sentimento de capacidade ilusório porque é vivido através do efeito químico de uma substância, o que traz uma sensação de “falsa euforia”, essa sensação é vivida intensamente como algo real, celebrando uma

¹² “Dar um teco”: Essa expressão refere-se ao uso de cocaína por via intranasal (inalada).

“alienação” que dá prazer porque, além da sensação de bem-estar que provoca, permite a modificação de um sentimento de impotência diante da vida e de pertencimento a uma realidade que é construída na drogadicção, mas que não poderia ser alcançada de outra maneira.

Embora tenham a consciência da sensação de “anestesia” e do “sentimento de fuga” da realidade que buscam através da droga, o que contribui para que sejam apreendidos como “alienados em sua prática”, há o reconhecimento de que são esses sentimentos e sensações que lhes permitem lidar com os problemas. O efeito da substância leva à “magia de ser”, faz com que o impossível se torne possível e que a ilusão se torne algo real, pois passa a fazer parte de suas vidas. O sentimento de capacidade vem associado ao sentimento de autonomia, ainda que sob um efeito químico, e reforça a idéia em torno de uma opção que é feita e que traz o sentimento de liberdade de decisão. Assim, segundo estes jovens, a “alienação” não tem lugar.

“... Eu confundi a liberdade com libertinagem, entendeu? Eu culpo a mim mesmo, ninguém botou uma arma na minha cabeça e falo: ‘vai, usa!’. Ao contrário! Eu cheguei, experimentei, gostei!” (Lucas)

“Quando eu vou, eu to ciente do que vai acontecer, entendeu? Eu sei que vou gastar meio dinheiro, sei que, de repente, vou ficar ruim no outro dia...” (Gabriel)

“A única visão que as pessoas tem da gente é essa! É de que você é um usuário de drogas. E você tenta manter a sua postura! Você ta fazendo uma ‘parada’ que você gosta, entendeu?” (Leandro)

“Eu podia não ter usado mais. Mas não! Eu escolhi continuar” (Bernardo).

A droga é um símbolo dessa autonomia. Seja por sentimentos incontroláveis como a raiva e a frustração, seja pela dificuldade de estabelecerem relações no âmbito familiar, profissional, social, entre outros, os jovens recorrem à substância e empreendem ações no seu cotidiano que objetivam a manipulação e a manutenção de elementos nos quais a sua drogadicção se sustenta. Deste modo, legitimam uma condição que, embora lhes permita “anestesiá-los” os problemas, torna a “fuga da realidade” um fato que, longe de ser uma negação, emerge da consciência em relação a ela e que se traduz na necessidade de modificá-la.

“... É a anestesia para os problemas. Mas você não esquece! Você vê aquilo de uma forma... mais de cabeça fria, entendeu? [...] A droga ter ajuda a agravar menos o problema, a lidar com ele de outra maneira, sem tanta raiva, sem tanta frustração...” (Wagner).

Os jovens afirmam que encontram na drogadicção uma maneira de lidar com as suas dificuldades e se tornarem mais “sociáveis”. Entretanto, no decorrer da prática drogadicção, passam a ser conhecidos em suas condições de usuários, fato que traz uma conotação negativa para as suas vidas. Cria-se um estigma que emerge do preconceito do qual afirmam ser alvos e faz com que sejam conhecidos como “o maconheiro”, “o cheirador”.

“... Quer um exemplo? Quando você namora uma menina, tem um dia que você chega, sem esperar nada ela vem falar com você. Ela fala com você o que ouviu: ‘P..., falara, que você é um maconheiro um cheirador! Isso aí é opinião de pessoas que apontam a gente como cheirador, maconheiro’” (Wagner).

“Tem algumas pessoas que falam assim contigo: ‘não, eu não tenho nada contra com quem faz, com quem deixa de fazer, entendeu?’. E, as vezes, são essas pessoas que criticam a gente! [...] o cara que não faz, que não tem nada a favor, mas também não tem nada contra, você pra essa pessoa não significa muita coisa, entendeu?” (Leandro).

Os jovens se confrontam com os sentimentos intrínsecos a sua prática por parte daquilo que o outro desperta em seu Eu. Reagem por meio de suas ações. Entretanto, consideramos que o confronto das situações, longe da conotação de “embate” que possa adquirir, se torna mais uma justificativa para os comportamentos dos jovens enquanto promessas de eterna felicidade. Buscam o prazer para “anestesiarem” o sentimento de revolta provocado pela impotência de, em muitos casos, não poderem intervir diretamente sobre as situações e os comportamentos dos outros em relação a eles.

“... Às vezes falam com você, da maneira que falam contigo, você só pensa em vingança! [...] E aí, às vezes, você não tem como reagir, você busca mais ainda a droga! Nesse momento a droga já fazia parte da minha vida já.” (Wagner)

Nesse sentido, entendemos que o uso de drogas concretiza o “*anti-herói*” (Monteiro, 2000, p. 97) que mostra o seu poder sobre o outro numa atitude que se constitui em uma possível vingança diante daquilo que fere a sua dignidade. A droga é o instrumento de

autovalorização e de restabelecimento do “equilíbrio”, pois “anestesia” os sentimentos negativos para que as situações possam ser aceitas de modo a tornar possível uma convivência, no meio social, pelo fato de trazer um “sentimento de superioridade” diante do outro que é manipulado em função de um objetivo determinado.

O que pudemos perceber é que, nesse processo, os jovens utilizam ou não fatos de suas vidas para justificar o uso da substância. Vivem em uma “via de mão-dupla”: buscam afetar o outro por meio de suas ações, e simultaneamente utilizam a resposta daqueles com os quais convivem no dia-a-dia para reforçar ação. Introjetam os conflitos que emergem dessa reciprocidade como uma forma de manutenção do que, a princípio, surge como uma opção, pois está associada ao sentimento de prazer em que ainda é possível o controle sobre a substância, sobre a sua vida e sobre a forma como são conhecidos pelas outras pessoas. Fazem referência a uma ação que, para eles, é consciente na medida em que compreendem que esta é fruto de uma clara opção de vida porque está associada a um “*prazer positivo*” (Sissa, 1999, p.9) e, quaisquer que sejam as conseqüências dessas ações, elas são empreendidas na medida de um desejo como algo que traz concretamente o “sentimento de auto-realização”.

Curtem o prazer, desafiam os limites do corpo, do medo, da lei. Os jovens associam esse fato à sensação de poder. A substância ocupa o lugar mais importante em suas vidas. Por ela tudo é permitido e o abandono de aspectos corriqueiros da vida – trabalho, família, esportes, etc – ainda que traga, posteriormente, o sentimento de culpa e o desejo de mudança, se torna uma condição fundamental para a sua sobrevivência. Assim, manipulam pessoas e situações e “*diversas mentiras são criadas para justificar uma série de comportamentos inadequados*” (Lopes, apud Monteiro, 2000, p.112).

Observamos que esses comportamentos, que se tornam “*um hábito*” (Bernardo), são atitudes que levam a uma tentativa de encobrirem a sua realidade porque precisam, a qualquer custo, manterem abertas as possibilidades de acesso ao prazer. Afirmam que, em muitos casos, fazem isso inconscientemente como conseqüência desse *hábito* que, na realidade, se torna mais uma justificativa para as suas ações.

“*Você aprende a manipular desde que usa.[...] Você não tem dinheiro, então inventa uma ocasião pra arrumar.*” (Sérgio)

“*Eu fazia tudo em função da droga. Meu pai me ajudou a comprar uma moto. Fiquei seis meses com ela! Gastei tudo em droga! Aí inventei pro meu pai que tinha sido roubado. Fiz ocorrência na polícia e tudo*” (Bernardo)

Entretanto consideramos que conscientes ou não da compulsão com que usam a substância, o fato é que se torna cada vez mais difícil o controle do uso e, conseqüentemente, a liberdade. Vivenciam a dificuldade de encobrimento da realidade porque vão se inserindo em uma fase do processo de drogadicção na qual começam a “perder o controle sobre as suas vidas”, e passam a ser “controlados pela droga”. Sentem que necessitam encontrar uma alternativa para as conseqüências das quais se tornam alvos e que trazem a iminência da descoberta por aqueles que lhes são mais próximos. Quando percebem que perdem a capacidade de encobrirem a sua dependência passam a atribuir à substância, aos indivíduos e a outras situações da vidas a responsabilidade por seus atos, fazendo com que sejam “empurrados para a anestesia”.

“No começo do curso (enfermagem) tava dando a respeito dessas coisas de como aplica injeção. Vai ter prova. Vai ser muita coisa pra minha cabeça! Regra de três? Eu não sabi! Parece que deram um eletrochoque na minha cabeça e tudo que eu aprendi no 2º grau apagou! O pior é que tem pessoas que sabiam do meu problema. Não dá! Já fico com dificuldade... Acho que é a droga!”. (Gisele)

Observamos que, apesar de afirmarem que no início de sua drogadicção não tinham a consciência das conseqüências que o uso de drogas lhes traria, os jovens fazem o possível para mantê-la através de seus comportamentos porque necessitam sentir prazer e manter viva dentro de si a sensação de onipotência e de poder, numa luta constante e diária na tentativa de mostrarem a capacidade de controle diante da substância, dos indivíduos e dos fatos da vida. Entendemos que esse fato os auxilia a manter uma “*representação de papéis*” (Goffman, 1975), ou seja, de uma apresentação de si, para regular a ótica que o outro tem sobre eles. Essa “representação” emerge de uma interação em que a reciprocidade com o outro fornece os elementos necessários para a estruturação das ações empreendidas pelos jovens; mesmo quando estas decorrem de um estado físico que os faz desejar consumir uma substância para minimizar os efeitos da abstinência. Nesse caso, a relação indivíduo-droga é justificada na capacidade de controle que precisam manter, apesar da compulsão que é adquirida através do uso contínuo, por vezes, desde a adolescência.

O uso na adolescência, por curiosidade ou pela influência de outrem, é associado à falta de *informação* sobre as questões que envolvem o uso de drogas, em especial no âmbito familiar, passando por ter um papel relevante no processo de dependência. Os jovens afirmaram que se tivessem obtido a *informação* necessária de seus familiares,

sobretudo dos pais, sobre as conseqüências que o uso de drogas traria para as suas vidas, poderiam não ter chegado a essa condição. Fazem referência às medidas repressivas por parte dos mesmos no sentido de impedi-los de fazer uso de drogas.

“Eu acho que faltou isso pra mim, sabe? A minha mãe ou alguém, chegar e falar a realidade da droga. [...] Não botar terror, medo: ‘se tu cheirar o teu nariz vai cair” (Sandro)

“Eu acho que é a falta de informação. Nem todo mundo sabe o que é uma adicção...”
(Bernardo).

“Eu usei droga por falta de informação” (Paulo)

III.1 – Informação: a tomada de consciência

A *informação* é entendida como um elemento que, uma vez obtido através da educação recebida de familiares ou através da escola, possibilitaria a realização de escolhas mais conscientes porque se constituiria em uma base para a tomada de decisões com conhecimento de causa. A carência de informações é, também, associada à discriminação, ao preconceito social e à falta de compreensão da família.

Diante da complexidade do tema, que nem sempre é percebido em sua riqueza de conteúdos, nos parece que os jovens possuem uma visão, até certo ponto, simplista do processo no qual são atores (Acselrad, 2000, p.176). As ações repressivas se tornam, na maioria dos casos, o meio através do qual seus familiares ou demais membros da sociedade lidam com uma situação que, numa certa medida, ou desconhecem ou acreditam ser esta a melhor solução. O fato é que:

“A informação sobre os efeitos do uso de drogas, lícitas e ilícitas, continua sendo uma questão importante mas constata-se que a informação tradicionalmente divulgada, de forma autoritária e recebida passivamente, ou não contribui para o alcance dos objetivos ou é mesmo contraproducente”
(ibid, p. 178).

A informação, como elemento importante, associado à capacidade de escolha ou de lidar melhor com o processo de drogadicção nos leva à Nowlis. Na construção dos discursos sobre drogas, a classificação de modelos preventivos (apud Acselrad, 2000, p. 176), se associa à *informação* sobre o consumo de substâncias e a importância dada às três

variáveis que intervêm na dependência, a saber: o produto, a personalidade (indivíduo) e o momento/meio sociocultural.

Entre os modelos preventivos propostos (Nowlis, 1975) o *Modelo Jurídico-Moral* preconiza que os efeitos do uso de drogas são extremamente nocivos e que todos os indivíduos são vulneráveis ao mesmo. O uso de drogas (ilícitas) é considerado crime. O contexto sociocultural é visto como permissivo e “*a atual crise de valores imporia a necessidade de leis duras*” (ibid, p. 178). Nesse sentido, as informações que envolvem as conseqüências do uso de drogas se tornam um instrumento de fortalecimento e justificativa para a repressão. Reforçando a perspectiva de erradicação do consumo de substâncias psicoativas, o *Modelo de Saúde-Pública* identificou o uso de drogas à doença. Nesse sentido, “*a substância psicoativa tem uma ação determinante e a população deve ser informada acerca de sua ação, população considerada indefesa, quando diante da droga*” (ibid, p. 177). Essa construção torna essencial “*eliminar o ‘bacilo’ (produto) para que as pessoas não se contaminem*”(ibid). O *modelo Psicossocial* e o *Modelo Sociocultural*, embora apresentem, respectivamente, uma relevância pois colocam em destaque “*comportamento humano[...] sujeito a fatores sociais e culturais*” (Nowlis apud Acselrad, 2000, p.178) e cujas estratégias “*... têm como foco de transformação o contexto social*” (ibid) na busca de uma humanização nos processos de prevenção de forma construtiva, a *informação* sobre os efeitos das drogas continua sendo uma questão importante. Preconiza-se o tratamento para que se evite a contaminação dos demais (ibid, 2000). Os jovens com “problemas” de uso abusivo de drogas são enquadrados “*em uma abstinência considerada indiscutível, ainda que cheia de contradições*” (ibid, p. 184).

Embora estes modelos ultrapassem em vários momentos o reducionismo característico da prevenção tradicional, não promovem uma transformação real dos valores, a partir dos quais o usuário é visto. De fato, eles preconizam o tratamento como forma de alcançar a abstinência sendo a solução adequada ao problema do uso e da dependência de drogas (Acselrad, 2000). No discurso dominante predomina o autoritarismo a partir de “*uma visão da realidade que é tomada como norma*” (p. 183). Nesse sentido, a ação educativa formal (pedagógica) ou informal tende a reproduzir os valores que envolvem os discursos que, preferencialmente, focalizam o produto como determinante para o desenvolvimento da dependência.

Posteriormente, outras formas de classificação dos discursos sobre drogas foram propostas por autores como Ana Lia Kornblit (1975) e Beatriz Carlini-Cotrim (1988). O objetivo é a “modernização” de modelos que tentam explicar as origens da dependência de drogas – modelo moral, modelo espiritual, entre outros - e a criação de uma proposta de prevenção que envolva outras variáveis que propiciem o diálogo, a observação. Assim, a relação entre informação e capacidade tem, de um lado aquilo que o jovem “precisava” ter afim de melhor estar capacitado e, de outro, a “visão” que o outro, seja a família seja a sociedade, dele faz. O que evidenciamos a partir do discurso dos jovens, é o predomínio do “*modelo da ‘guerra às drogas’*” (Acselrad, 2000, p. 187), o que torna frágil a execução de uma política na medida em que desconsidera aspectos que envolvem a dependência de drogas para além de uma prática criminosa, tendendo para um discurso moral que, embora socialmente construído, se distancia do fato de que os usuários de drogas são sujeitos, cuja drogadicção se constrói não só em sua subjetividade, como na interação com o meio social, mesmo que socialmente condenada (Kalina, 1999).

Os jovens descrevem que, por falta de informações adequadas, as pessoas com as quais se relacionam, adotam em relação a eles medidas ético-morais que fazem com que se sintam atingidos em sua dignidade e em seus direitos e os impedem de realizar e concretizar ações que lhes possibilitem trazer para si um sentimento de capacidade diante da vida em sociedade. Apesar de serem dependentes de drogas e das dificuldades que emergem desse fato, estes jovens acreditam que a informação negativamente valorada sobre a dependência faz com que eles encontrem maior dificuldade pra se inserir no mercado de trabalho, retomar os estudos, serem alvos da confiança de outrem.

“... Eu escutava: ‘safado!’. Eu pensava: ‘será que eles não entendem não?’”.
(Leandro)

“Eu to com a maior dificuldade pra arrumar dinheiro. Não tenho curso profissionalizante, minha escolaridade ainda é incompleta. Bem ou mal, tu vai arranjar um emprego, falou a tua escolaridade, o cara não quer”. (Gabriel)

Eles destacam o valor da *informação* enquanto medida de prevenção. Entretanto, descrevem que, apesar dos esforços adotados nesse sentido, pouco se avançou na direção de uma conscientização e de uma mudança na forma como são tratados. Revelam que a sociedade em geral não entende o fenômeno da dependência de drogas, caso contrário não abordaria essa questão de forma autoritária. Compreenderia que se trata de uma doença

e, nesse sentido apoiaria o dependente químico ao invés de considerá-lo um mal que deve ser eliminado do meio social.

III. 2 – Família, permissividade e “tradição”: a geração dos conflitos

De fato, os jovens entrevistados vivenciam o preconceito e a falta de compreensão decorrentes de um discurso moral que ainda é predominante, principalmente no âmbito familiar.

Durante os encontros, evidenciamos que a maioria dos jovens não faz nenhuma referência à figura paterna. Uma minoria refere-se à ela e quando faz, esta está associada a conflitos e/ou ao sentimento de abandono. A ausência parental na vida dos filhos implica em uma série de danos na construção de sua subjetividade e leva a uma instabilidade emocional originando a busca de uma solução imediata para preencher o vazio da ausência e do sentimento de perda ainda na adolescência. A adolescência é definida “*como uma fase do ciclo de vida da família que implica em importantes transformações relacionais, em especial entre pais e filhos*” (Sudbrack, 2001, p. 409). O adolescente deve, portanto, ser desestigmatizado em seu papel de incoseqüente e irresponsável, na medida em que as crises que levam aos “lutos de adolescência” não se constroem apenas na individualidade, mas no sistema familiar como um todo. O trabalho de Silva Filho sustenta que “*o mal-estar na contemporaneidade tem a ver com o declínio da função paterna*” (2001, p. 63), O pai não é mais encarado como o chefe e como modelo identificatório na nova estrutura familiar. Por outro lado o que se evidencia é a pouca diferenciação dos papéis familiares, sem a presença dos pais como uma referência de autoridade (Sudbrack, 2001). Esse fato emerge de um processo de descentralização de poder em relação à figura dos pais e das funções que despenham como provedores, abandonando seus filhos afetiva e economicamente.

“Todos parecem jovens, fisicamente, manifestando um desejo de pertencimento a uma única e mesma geração.;esta sensação confusional é reforçada pelas atitudes, linguagem e vestimentas típicas da cultura adolescente, enquanto norma dominante que rege o conjunto de interações”.
(Sudbrack, 2001, p. 409)

Os jovens vivenciam o “desencanto” enquanto um sintoma da fragilidade familiar causada pela ausência parental ou por conflitos que interferem significativamente no

desenvolvimento da auto-estima e da afetividade. A família possui a função básica de socialização e desempenha um papel fundamental nesse período da vida que se caracteriza por experiências novas e influência de amigos (Schenker e Minayo, 2003). Nesse contexto, o uso de drogas se inclui como fonte de socialização, e outros comportamentos destrutivos e anti-sociais se tornam uma tentativa de diferenciação, em que o jovem mostra através de seus comportamentos a necessidade de mudanças frente à incoerência entre o que os pais dizem e o que fazem. Há uma perda de referenciais vividos nas contradições das relações familiares nas quais a presença materna nem sempre se mostra suficiente para assumir um papel regulador.

“Meu pai tomou um fim que até hoje agente não sabe. Ele foi dado como morto, né? Que tem mais de cinco anos... O atestado de óbito é de morte presumida”.
(Wagner)

“A minha iniciação na drogadicção foi com o meu pai biológico. Foi uma impressão dele assim tipo... de conhecer um herói, sabe? Tive toda uma decepção” (Bernardo)

Embora os jovens tenham feito referência ao apoio da família como algo importante, pudemos evidenciar que esse apoio se perde em atitudes ético-morais, o que desperta sentimentos de revolta, reflexo da forma como ele é visto pelos seus familiares. Por não saberem, na maioria dos casos, lidar com a questão do uso de drogas, os familiares recorrem a medidas que vão da negação a atitudes extremas. O apoio é substituído pela falta de confiança geradora de tensões e conflitos colaborando para a manutenção do uso.

A falta de diálogo é apontada pelos jovens como significativa, que em muito contribuiu para que vivessem as experiências do uso experimental¹³ e “optassem” pela sua continuidade. Nos parece que a falta de diálogo está associada à negação do problema que traduz uma não conformidade dos pais com a situação de seus filhos. Esse fato os conduz a comportamentos que, longe de solucionarem o problema, contribuem para a facilitação das ações que estruturam a drogadicção.

“Minha mãe nem conversava comigo! Por exemplo: minha mãe... Minha mãe não! MINHA FAMÍLIA TODA num chega e aponta uma vitória minha! Se eu tenho 10 derrotas e uma vitória, vão apontar justamente a derrota! [...] Eu tirei

¹³ Uso experimental: limita-se a experimentação de uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem que haja a continuação do uso. (Fonte UNESCO/ABRAD)

9,5 numa prova. Nunca chega e fala assim: ‘meus parabéns! Tirou 9,5!’. Não! ‘Se tivesse prestado mais atenção, estudado um pouquinho mais, tinha tirado dez! Pô, me matei de estudar, venho na maior alegria, consegue cortar o meu ‘tesão’?! Pô, realmente!’. (Gabriel)

“Antes, a minha família? Diálogo nenhum!”. (Leandro)

Dentre esses comportamentos, os pais pedem para que seus filhos não façam uso de drogas. Fazem promessas, firmam pactos, mas “*nunca implementaram normas de conduta*” (Schenker, 1997, p.49). Diante da continuidade do uso e do não cumprimento das promessas feitas pelos filhos em troca do resgate da confiança, os pais recorrem a medidas como a procura pelo tratamento o qual nem sempre reflete um desejo por parte do dependente e, portanto, se mostra ineficaz. Uma outra atitude da família é a “*permissividade*”:

“Os pais dizem para o seu adicto não se drogar [...]. Além disso, dão a ele dinheiro, porque senão ‘ele vai roubar na rua doutora’. Ou ainda, pedem para que ele se drogue em casa: ‘melhor em casa do que na rua doutora. As mensagens são contraditórias, altamente permissivas’. (ibib, p. 51)

Essa “*permissividade*” passa pelo entendimento que a família tem sobre a dependência e faz com que ela assuma uma postura que tenta resgatar valores tradicionais familiares como, por exemplo, a obediência aos pais, a honestidade e o respeito à família. O jovem passa a ser responsabilizado por problemas surgidos há gerações. O uso de drogas evidencia, de fato, um sintoma que aponta para a necessidade de mudança nos processos de interação familiar. Entretanto, arraigada em sua “*tradição*”, a família faz do dependente o seu “*bode expiatório*”, ou seja, aquele cujo papel é o de encobrir os fatos que denunciam uma relação geralmente “*conflitiva e carregada de exigências [...] e instala-se o fenômeno interativo de ‘fazer vista grossa’*” (Kalina, 1999, p.47). Ao assimilar esse fato, o dependente o incorpora em sua conduta e os comportamentos empreendidos pela família se tornam mais uma justificativa para o uso, pois esta é por ele apreendida como a responsável pela sua condição.

Observamos que eles adotam uma “*atitude perversa*” e ambígua em relação à família. Mesmo em tratamento eles se sentem alvos do preconceito e da falta de confiança que acreditam poder resgatar. Acham que a família deve “*mudar de atitude*” em relação a eles, mas em nada contribuem para essa mudança. Ao perceberem a constante vigilância

dos pais sobre as suas ações, eles se ressentem, usam a droga não só para a satisfação de uma necessidade física, como para denunciar um conflito que não se evidencia claramente, mas que interfere em sua estabilidade emocional e com a qual não conseguem lidar.

“Pô, cara! Só um negócio: minha mãe, quando ela vai sair de casa, ela tranca a porta! [...] se eu to numa festa, pegar UMA lata de cerveja, ela diz: ‘Já vai beber?’. É o seguinte: eu moro numa casa que é um verdadeiro inferno!...” (Gabriel)

“Agora, NESSE MOMENTO, em que você contribui pra reduzir o inferno que você diz que você mora?” (João)

“Pô, não contribuo em mais nada!” (Gabriel)

Por outro lado, a família se cala diante dos fatos porque não deseja ter a sua estrutura mais abalada ainda por esses conflitos. Precisam de um alvo para focar a sua atenção e a sua incapacidade em lidar com o problema. Nesse sentido, se torna conivente com o comportamento dos jovens. Cria-se um “pacto perverso” em que se encontra no outro a base através da qual, aparentemente, todos saem ganhando porque garante uma interação em que os “mal-entendidos” se constituem em uma espécie de “aliança salvadora” (Ibid, p. 49).

“Eu tive uma conversa com a minha mãe: ‘pô mãe, a senhora sabia que desde pequeno eu roubava a senhora, não sabia?’ Ela falava: ‘sabia sim!’. Sabia, né? Desde a época que eu roubava ela pra comprar doce na escola até o ponto onde eu roubava pra comprar cocaína. Então ela disse que sabia daquilo. Mas eu perguntei: ‘Por que a senhora não intervinha sobre isso? Não teve uma ação de intervir nesse comportamento meu?’. Ela falou assim: ‘porque eu não sabia qual seria a sua reação, como é que você iria reagir. De forma agressiva ou passiva. Então, ela foi conivente com esse comportamento’.” (Augusto)

A não intervenção por parte da família no sentido de dar um limite a esses comportamentos, leva à compreensão de que esta se tornou conivente com as condutas dos jovens e, portanto, deve compreendê-los em suas ações e não culpá-los, responsabilizando-os pelo modo como afetam a “harmonia familiar”. Esse fato se traduz em atitudes em que o dependente é visto como fraco de caráter e causador de problemas, como aquele que “*tem mais é que morrer mesmo*” (Leandro). A família deve pagar o preço por sua “negligência” aceitando os comportamentos do dependente na medida em que nada fez a fim de evitá-los e, portanto, deve evidenciá-los cotidianamente como deflagração de sua culpa.

“Hoje em dia eu me irrita com a minha mãe por qualquer coisa. Porque minha mãe me deixa num estado de nervos assim... fora do comum [...]. Eu já to sem falar com a minha avó há anos [...] Mesmo que eu quisesse, eu não sei perdoar! Não adianta! Até que eu me vingue, faça aquela pessoa sofrer...”. (Gabriel)

“Não ganho nada do meu tio não. [...] Não faço nada. Só durmo, como... Mas ele não me dá dinheiro”. (Sandro)

“Mas ele te banca!”. (Bernardo)

“Tem que me dar mesmo! É o mínimo que um pai pode dar pra um filho.”. (Sandro)

Embora haja o reconhecimento de que a família é atingida uma vez que é lesada em seus valores e tradições, há o deslocamento da responsabilidade dos atos do dependente para ela própria. Esta é manipulada por ele em função de seus objetivos e se torna uma co-dependente porque passa a viver em função das atitudes do mesmo. Consideramos que a família aceita o sofrimento como algo que deve ser vivido pelo fato de haver negligenciado o seu papel na formação do jovem. Os pais se sentem culpados pelas condutas de seus filhos, crença que é reforçada pelos seus comportamentos. Além disso, o sofrimento faz parte do “pacto”, uma vez que é preferível sofrer em *silêncio* pela culpa do que evidenciá-la e assumi-la concretamente. Os jovens sentem prazer em agir dessa forma em relação aos pais, em manipulá-los. Entendemos que esse fato é utilizado objetivamente para a manutenção da sua drogadicção, pois criam situações em que buscam apoio. Quando este não é possível passam a culpá-los e, em sua perversidade usam a droga para anestesiá-la raiva e para reforçar o sentimento de culpa dos pais. Dessa forma obtêm todos os elementos necessários para manter “o jogo da cumplicidade” sob o seu controle. Na manipulação de atitudes e pessoas, o outro é punido pelos comportamentos morais adotados e o silêncio é fundamental por ser o meio que permite calar sobre uma personalidade que deve ser encoberta a qualquer custo.

“No domingo eu tava conversando coma minha mãe sobre ela me dar um microsistem. Então ontem, quando eu passei no Largo da Taquara - lá tem umas Casas Bahia – comecei a olhar o som, os aparelhos, né? Aí avistei um lá que era sem entrada mais 15 vezes e tal... Falei: ‘pô,minha mãe dá pra tirar isso hoje. Não precisa esperar ela receber no final da semana’. Aí já entra um lado meio adicto, né? Eu evito pisar na Cidade de Deus sozinho porque ali era meu local de ativa. Pois eu saltei na Cidade de Deus, fui na casa da minha avó, liguei pra minha mãe, conversei com ela, fui pra Taquara, compramos o som e

eu não usei droga! Eu queria levar o meu som de qualquer jeito! Eu queria era o som! [...] Eu criei uma expectativa de levar aquele som para casa. Então eu olhava pra mim: 'se eu ficar frustrado eu não vou saber lidar com isso'. E quando eu fico frustrado com alguma coisa que eu crio uma expectativa, eu uso droga.”. (Augusto)

No processo de interação família, o *silêncio* é um instrumento de punição. A família se pune pelo silêncio. O jovem silencia para poder punir e manter o acesso ao prazer. O silêncio é também a manifestação de uma cumplicidade construída entre os membros da família, principalmente, numa fase na qual o uso compulsivo é um fato concreto e que leva a uma conduta que já não pode mais ser controlada ou escondida.

Ao se perceberem dependentes pelas situações que envolvem o uso de substâncias e incapazes de encobrir a realidade frente a uma rede de relações, os jovens e a família se vêem ameaçados, o que dificulta e/ou impede uma ação sobre o outro. Eles assumem comportamentos que vão desde o abandono de suas atividades cotidianas até a adoção de atitudes como mentir para os pais, roubar, traficar, se prostituir. Utilizam o silêncio para tornar possível o não abandono do prazer e a não descoberta por parte do outro daquilo que de fato ocorre em suas vidas. Quando não é mais possível “manter as aparências”, mentem, dissimulam e manipulam situações numa tentativa de manter o seu acesso à droga e, com isso, preservarem uma identidade construída.

“... eu acho que o maior problema hoje é o silêncio. [...] é um componente muito forte de medo e angústia. Medo no sentido de virem a descobrir e ser discriminado, porque é mesmo, e angústia da possibilidade de perder aquilo que te dá muito prazer. Então é melhor não dizer nada sabe por quê? ‘Vão cortar o meu barato!’ [...] Então é melhor calar a boca!” (João).

III.3 -O Pacto do silêncio

Para isso, ambos – família e dependente- recorrem ao *silêncio* que, movido pelo medo e pela angústia possibilita a preservação de um sentimento de controle em relação ao modo como vivem e como são conhecidos pelos outros membros que compõem a sua rede de relações. A família usa o *silêncio* para manter uma cumplicidade que preserva a sua imagem. Os jovens sentem que através do *silêncio* ainda é possível uma representação de papéis (Goffman, 1917). Ao se angustiarem pelo medo de serem descobertos e de se tornarem alvos do preconceito e do autoritarismo, eles usam o *silêncio* no sentido de não admitirem para os outros a sua condição de vida, acobertando-a.

No caso de uma descoberta inevitável por parte da família ou de outros indivíduos com os quais se relacionam em diferentes contextos, surgem as mudanças de atitudes para silenciar a angústia pela perda iminente do prazer. Entretanto, essas mudanças se constroem nos papéis que passam a representar procurando mostrar que ainda podem ser dignos de confiança. Procuram “agir corretamente”, correspondendo às expectativas dos pais. Fazem inúmeras promessas no sentido de tirar o foco sobre a sua dependência para que possam preservá-la. Na impossibilidade de cumpri-las, o que faz com que sejam cobrados pelas suas ações, passam a ter atitudes em que a família é o foco da desintegração. Diante da incapacidade para intervir sobre o comportamento dos jovens e objetivando a manutenção da estrutura familiar, surge o “pacto de silêncio” para resgatar a perda de controle das situações.

O *silêncio* é o objeto de manipulação de um estigma (Goffman, 1988) do qual os jovens se tornam alvos, embora tentem evitar. Por outro lado, consideramos que o *silêncio* também se torna um instrumento de poder sobre o outro, pois através deste mantém o “anonimato” ao garantir que o outro desconheça uma realidade. Verificamos uma necessidade imperativa, por parte dos jovens, em se manterem com uma auto-imagem positiva, e a grande dificuldade para eles está justamente no fato de terem que abrir mão do prazer e enfrentar as críticas de que passam a ser alvo seja na família, seja em outros contextos. O uso de drogas e os comportamentos a ele relacionados dão um sentido às suas vidas. Por isso, mesmo diante da progressiva perda de controle, o *silêncio* surge como uma medida que se urge extrema.

Entretanto, nos casos em que o *silêncio* se mostra ineficaz para a sua autopreservação, uma vez que há o conhecimento por parte dos outros sobre a sua condição, os jovens procuram mostrar através de outros meios de ação o melhor de si. A descoberta por parte de outrem implica numa mudança na condição para a sua aceitação, fato que leva à necessidade de abandono desse prazer cuja dimensão “*não se deixa reduzir a uma fantasia*” (Bucher, 1992, p.xi). Nesse sentido, procuram encobrir aspectos de uma personalidade que, embora adicta, ainda pode ser, para eles, alvo da confiança alheia. Procuram evitar ao máximo o abandono do prazer e a exposição de fatos que, mesmo entre os seus “iguais”, pode levar à exacerbação de um estigma. Agem desta maneira porque isso traz a proteção necessária do indivíduo em relação ao medo “... *de ser descoberto, julgado e condenado*” (Monteiro, 2000, p. 97), uma vez que sabem que isso os afeta diretamente.

“Vou falar que eu roubei, cometi as minhas insanidades? Por exemplo: eu já tive relacionamentos homossexuais. Não vou contar um negócio desse...!”
(Augusto)

O *silêncio* se torna “*uma margem de liberdade própria, o efeito de uma vontade[...]*” (Olivenstein, 1989, p.10). Emerge do imaginário que permite realizar aquilo que a ordem da vida proíbe e que encontra lugar na possibilidade de criar para si uma identidade e de verificar seu pertencer a um grupo (Olivenstein, 1989). A droga é parte da vida do indivíduo, da sua realidade. Uma realidade em que “*a falta*” (ibid) toma uma proporção desmesurada e leva a uma desfragmentação no reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito. Essa desfragmentação origina-se daquilo que lhe é exterior e não pode ser objetivamente incorporado à sua subjetividade, pois é fruto da opinião de outros que, não necessariamente, articulam-se ao seu modo de viver e de sentir. Esse fato afeta aspectos de sua personalidade, bem como o modo como estrutura as suas relações. A droga se torna o símbolo do “*não-dito*” (ibid) que permite a consciência do indivíduo em relação a si próprio enquanto “*sujeito abolido*”. É necessário ressignificar esse sujeito negado em seu medo e sua angústia por si mesmo e pelo outro. Nesse sentido, a droga como um incontestável objeto de obtenção de prazer, surge para dar unidade a esse indivíduo permitindo-lhe provar a sua existência.

Cria-se um “*estado de falta*” (ibid) como significado de um vazio que precisa ser preenchido e é desejado sendo constantemente recriado porque é necessário à manutenção de um desejo que move a procura constante pelo prazer imediato. O *silêncio* se torna uma justificativa para o medo e a angústia em relação à perda de controle sobre aspectos de sua vida e, enquanto dependente de drogas, e ele é capaz de manipular sob a justificativa da necessidade de sentir prazer. É necessário quebrar o silêncio para a sua “*auto-preservação*” e para resgatar a confiança daqueles que sabe ter prejudicado em vários momentos.

III.4 – Tratamento: o caminho “de volta”

Com o decorrer do processo de drogadicção, os jovens passam a viver o “*prazer negativo*” (Sissa, 1999, p.07). Sofrem por perderem o controle sobre o uso da substância e por perceberem que o prazer já não é mais o mesmo. Agem movidos pela esperança de ser possível o controle e o prazer do início. Distanciam-se, cada vez mais, das relações

familiares e das atividades cotidianas. Todo o resto perde a sua importância para a droga que se torna o foco de sua atenção. Perdem o limite que, para eles, significa o controle que se torna o objetivo a ser perseguido, embora cada vez mais distante. Vivem situações de risco que os faz “*suicidas em potencial*” (Kalina, 1999, p.59) desafiando a morte para poder viver. Em alguns casos, fazem a opção por uma “morte de fato”, ou seja, ao sentirem que perderam o controle sobre o uso de drogas e sobre os mecanismos que os ajudaram a manter segura a sua “opção de vida”; ao sentir que a única saída possível é abrir mão da droga e do prazer, “*não lhes resta outra saída que não a tentativa de suicídio*” (ibid). Em outros casos, após inúmeras tentativas frustradas de “solucionar o problema” porque não conseguem viver sem esse prazer, sentem que necessitam de uma intervenção para poder continuar vivendo, mesmo que seja somente para retornar ao uso controlado.

No caso dos jovens a procura pelo tratamento, seja pela intervenção da família, seja pela vontade própria, que reconhecem ser fundamental para o sucesso de sua recuperação, se constitui em uma atitude extrema, porém, necessária. Com o tratamento passam a ter o entendimento do uso compulsivo de drogas como decorrente de uma doença. A relação drogadicção-doença é aprendida no processo de tratamento, ou seja, como inevitabilidade de um comportamento, uma minimização das conseqüências desse comportamento, uma fragilidade diante da possibilidade de controle. O conhecimento de que a dependência de drogas é uma doença e o fato de procurarem demonstrar esse fato a outrem, fazem com que percebam que não há uma modificação significativa nos comportamentos onde aí se inclui a família. Sentem que continuam a ser alvos da “negligência” e do “olhar diferenciado” que se torna parte do seu cotidiano e permeia suas relações.

Esse fato os distancia da possibilidade de encobrirem a sua realidade. Sentem o medo movido pela angústia de não ser mais possível viverem, na perspectiva de um prazer positivo, e da adrenalina dos comportamentos de risco a que se impõem e sobre os quais se sentem invencíveis. Percebem que o fato de se apreenderem como doentes não serve como justificativa de seus atos. Por isso se referem à falta de *informação*. Precisam encontrar um motivo que os absolva da culpa por atitudes tomadas conscientemente, bem como transferir para outrem essa responsabilidade. Nesse sentido, o meio social, pela “carência de informações” passa a ser o responsável pela sua estigmatização.

Entretanto, ao perceberem que apesar de seus esforços, vivem inúmeras perdas – profissionais, afetivas, familiares, etc – e que já não é mais possível obter a confiança daqueles com os quais se relacionam, sobretudo, de seus familiares, recorrem às promessas

de tratamento e/ou de interrupção do uso na tentativa de resgatar o respeito e aceitação em relação a si. Nesse caso, os jovens passam a se apoiar no discurso através do qual se apreendem como portadores de uma doença “*progressiva, incurável e determinação fatal*” (F, 1986, p. 29) e, portanto, justificam suas ações e comportamentos. Esperam que as pessoas com as quais se relacionam e às quais prejudicaram sejam capazes de compreendê-los e perdoá-los em suas faltas porque são doentes. Sentem mágoa e frustração quando não conseguem atingir seus objetivos. Recorrem, mais uma vez, à substância para anestesiar seus sentimentos e passam a atribuir à droga e à doença a responsabilidade pelas suas ações e “*defeitos de caráter*” (Bernardo). A dificuldade de inserção no mercado de trabalho, na escola ou de concretização de sonhos e projetos de vida, passa a ser responsabilidade da substância. Por ela abandonaram o que possuíam de positivo em suas vidas e a ela atribuem o seu fracasso.

Baseados no fato de que são doentes, os jovens assumem uma postura de autopiedade diante de si, dos outros e da vida, o que passa a estruturar as suas atitudes e relações. Recorrem ao “discurso da doença” para reestruturar uma condição que passa a justificar a dificuldade de controle no uso da substância, bem como qualquer fato que os remete ao desejo de sentirem prazer. Referem ter perdido o controle em função da droga.

A doença surge como um novo meio de manipulação de pessoas e situações da vida cotidiana. Mais uma vez, eles se eximem da culpa porque são doentes e seus comportamentos e recaídas, mesmo quando estão em tratamento, se devem a esse fato. Encontram na doença um modo de lidar com a realidade. Por não saberem lidar com os problemas e as frustrações do cotidiano, com os sintomas da abstinência, com a angústia do prazer perdido e serem alvos da discriminação, por viverem na “anestesia” de uma atividade legalmente e moralmente inaceitável, usam a doença para explicar os seus sentimentos e atitudes. Nesse sentido, “tudo faz parte da doença” e, deste modo, se torna mais fácil para o dependente tentar obter ou recuperar o apoio perdido, bem como o controle sobre o desejo que o move para o uso.

O “*habito*” é decorrente da doença. O jovem se apropria desse entendimento para poder retomar a sua “representação”, buscando a “piedade” e a compreensão das pessoas a sua volta como forma de obter novamente o controle da situação. Trata-se de um “mecanismo regulador”. Afinal, “são doentes” e por isso é “natural” que não consigam manter o controle e tornem qualquer situação da vida um motivo para satisfazerem a sua necessidade de procura do prazer.

“Ta feliz? Vou usar droga. Ta triste, o flamengo ganhou? É automático porque já se tornou um vício”. (Bernardo)

“Qualquer motivo é motivo pra você usar droga”. (Leandro)

De fato, os jovens recorrem ao “discurso da doença” para manipular e garantir meios de manter a sua condição de “*anti-heróis*”, pois é necessário que haja um suporte. A droga faz parte das suas vidas. A doença torna mais fácil regular a impressão que os outros têm em relação a eles. Acreditam poder vivenciar situações e comportamentos sem que sejam considerados criminosos. Retornam ao uso compulsivo porque este se caracteriza como um componente da adicção e sobre o qual não têm controle.

Ora, embora a dimensão do “ser doente” seja um fato, o processo de drogadicção também se constrói, enquanto um fenômeno social, na interação entre os indivíduos. As ações dos usuários nos levam a compreender que, embora os aspectos biológicos da dependência de drogas sejam de relevância, estes só têm sentido se construídos numa rede de relações. O jovem pode “optar” por usar a droga simplesmente pelo prazer que ela proporciona ou pela necessidade de manter um estado de equilíbrio frente à percepção de que é preciso usar quantidades cada vez maiores para obter o prazer do início. No entanto, a mudança em seus comportamentos, a falta de limites, o abandono de atividades cotidianas e a criação de uma nova rede de relações (andar “*com gente careta*”, Bernardo), significa trazer para si um sentimento de diferenciação que tentam evitar a qualquer custo. Evidenciam que no decorrer desse processo a impossibilidade de encobrir a sua prática se torna inevitável. Os conflitos daí decorrentes fazem com que o dependente encontre no uso de drogas uma “anestesia” para as tensões. A doença surge como um reforço a essas tensões na medida em que ele descobre que esta contribui muito pouco para uma mudança de atitudes do outro em relação a eles.

Independente da falta de controle característica, da doença, o fato é que esta se estrutura em um processo construído para além do efeito da substância e que se fortalece na reciprocidade de ações. Compreendemos que o “discurso da doença” é mantido através das relações sociais. No processo de socialização os impulsos, objetivos e interesses levam a ações e reações dos indivíduos entre si. São resultado de processos psíquicos cujos sujeitos da ação são os indivíduos através de múltiplas interações (Simmel, 1989). Todas as

relações têm como base o que os indivíduos sabem uns dos outros e é esse conhecimento mútuo que se constitui em uma condição para qualquer relação (ibid). Nesse sentido, a relação indivíduo-droga é mantida através da forma como o dependente é apreendido pelo meio social, porque lhe fornece os subsídios necessários para estruturar e manter uma prática da qual não se deseja abrir mão, e que encontra no entendimento da dependência de drogas como doença a justificativa para comportamentos e ações. O meio social se torna “o vilão” incapaz de compreender que a doença está acima da vontade, e longe de fornecer o seu apoio, colabora para o desenvolvimento dos estados psíquicos que culminam com o desejo pelo uso de drogas, uma vez que fere a dignidade do indivíduo ao considerá-lo como criminoso e incapaz para a vida em sociedade.

No aprendizado da drogadicção, enquanto doença, os jovens identificam situações vivenciadas anteriormente ao uso de drogas, como ilustração de uma “personalidade doente pré-existente”.

“Antes de eu usar droga, o quê? Meu caderno era limpo! Eu nem entrava na escola. Já carimbava a carteirinha pra semana toda!” (Leandro)

“Antes de eu usar a droga, eu já tinha certos comportamentos que eram distorcidos. E já mentia, já roubava a minha mãe para comprar doce na escola. Já praticava sexo com os meus irmãos”. (Augusto)

III.5 – A incapacidade reguladora

Apesar das promessas e tentativas de mudança, vão se sentindo *incapazes* de cumpri-las. Entregam-se à doença que contribui para que sejam apreendidos como *incapazes*. São vistos como incoerentes, irresponsáveis e sem limites. Roubam a própria família, prejudicam a todos. Tornam-se inconvenientes, causadores de problemas e constrangimentos. Passam a depender de outras pessoas, porque ao abandonarem aspectos importantes de suas vidas como o trabalho e os estudos, perdem as condições que entendem como fundamentais para que possam cuidar da própria vida. Tornam-se “*raramente capazes de fazer algo sozinho*” (Monteiro, 2002, p.83). São considerados totalmente ou relativamente incapazes, pois tem o seu discernimento reduzido pelo efeito de um tóxico (Código Civil, cap. I, art 3º, 2002)

Entretanto, os jovens que participaram dos encontros afirmaram que não se sentem incapazes para realizar o que quer que seja. Sabem que, na sua drogadicção, fazem qualquer

coisa. Sentem-se, assim, capazes e poderosos diante das artimanhas que realizam para vencerem as dificuldades. Agem desta maneira, uma vez que “... *todo objetivo de um dependente está, de alguma forma, relacionado com a sua obsessiva busca pelo prazer...*” (Monteiro, 2000, p.98). Sob o efeito da substância, evidenciam-se aspectos de uma personalidade que, embora ilusória, leva à sensação de poderem exercer sobre si mesmo e sobre o outro algum tipo de controle. Quando isto não é possível, o poder sobre o outro se manifesta na coragem em externar os seus sentimentos.

“Se eu estiver doidão, ‘pô, ruim! Valeu!’. Vou até esculachar a garota!”
(Geraldo)

Esse poder decorre do uso da substância, por isso é fruto de uma ilusão. Embora seja construída através de uma substância, a ilusão é parte da vida do dependente e, portanto, real. Ao agir desafiando os limites do corpo e ao empreender ações sem que sejam evidenciados os seus “*defeitos de caráter*” (Bernardo), o dependente renova um sentimento de vida que é constantemente desafiado pela proximidade com a morte. Prova a sua superioridade sobre a substância, sobre si mesmo e sobre os outros. Sente-se um “deus” ao qual nada pode atingir. Esse fato lhe traz, ao contrário, a confiança em si mesmo e um sentimento de *capacidade* porque este é vivido como algo positivo, uma vez que está associado a uma sensação de controle sobre o uso, sobre as perdas e sobre as ações.

Os jovens não se sentem incapazes. Acreditam poder fazer tudo que as outras pessoas fazem: trabalhar, estudar, se relacionar. Em suas “*várias vidas*” (Bernardo) tentam manter uma certa estabilidade, porque assim se sentem preservados da descoberta do seu modo de vida e da culpa.

“ Tem muitas pessoas de outro local que também fazem um porção de coisas. Eu também posso fazer tudo que eles fazem. Posso trabalhar, posso fazer tudo, né?” (Leandro)

“Eu sempre estudei bem! Nunca repeti o ano!” (Wagner)

“Eu nunca achei que eu era incapaz. Eu sempre achei que eu sempre fui capaz de fazer tudo. O que eu não tinha era ‘tesão’ nas paradas, sacou?”
(Bernardo)

O sentimento de incapacidade por parte dos jovens está associado ao fato de que, por se tornarem dependentes, passam a viver em função da droga. Tudo que realizam

envolve os meios para a sua obtenção e uso. Perdem o interesse por qualquer outra coisa que não seja a substância e o prazer por ela proporcionado. Sentem dificuldade para se manterem no “anonimato, uma vez que perdem o controle sobre os seus atos. Deixam de cumprir minimamente as suas tarefas diárias ou, quando o fazem, procuram maneiras de manter o seu vínculo com a droga. O trabalho, por exemplo, é desempenhado com a intenção de se obter dinheiro para a manutenção do vício, mesmo quando o desejo é utilizá-lo para outras funções que promovam o autosustento. Na escola ou nos esportes, o uso de drogas se torna a justificativa para bons desempenhos, como se somente através dele fosse possível manter toda a sua capacidade.

“Pô, passou as duas semanas de prova, eu cheirando todas! Passei e tudo!”
(Gabriel)

“No meu, era um apoio pra remar! Eu remava melhor! Não cansava! Quando eu não fumava (maconha), chegava na metade da raia, tava mortinho!”
(Sandro)

“ E eu surfava melhor!” (Bernardo)

As ações empreendidas se justificam no efeito da substância. Não se sentem estimulados para realizar qualquer coisa que não tenha uma relação direta com a drogadicção. O desestímulo é associado à falta de desejo para realizarem uma série de atividades cotidianas, mas não à incapacidade enquanto um sentimento apreendido como real. Pela sua drogadicção se sentem plenamente capazes e essa capacidade, que antes era utilizada para outros aspectos de sua vida sobre os quais ainda mantinham controle, é deslocada para o uso de drogas porque nesse momento este é parte importante de suas vidas.

“Eu não me sinto incapaz não!” (Bernardo).

“A gente não é bobo não! A gente sempre dava um jeitinho de comprar droga. (risos)” (Lucio).

Os jovens abrem mão de outras realizações para manterem uma condição que traz prazer e lhes permite construir uma nova realidade como resultado da livre escolha. Porém, não se sentem incapazes. Eles revelaram que o trabalho, os estudos ou determinadas

relações sociais, não mais fazem parte de suas escolhas. Não há sentido em se manterem em um tipo de vida que não seja aquela em que a semelhança entre os indivíduos permita a construção de uma realidade que está condicionada a uma opção de vida.

“Você entra no ‘mundinho’ que todo mundo usa também e pra você o mundo é aquilo ali, entendeu?”. (Bernardo)

“Você quer ficar na elite, né?”. (Wilson)

“Não tem sentido ficar com pessoas caretas. Então, tem que andar com as pessoas que fazem as coisas que eu faço”. (Gisele)

“Na minha drogadicção, eu ‘pancadona’ só andava com gente que usava!”. (Luana)

A partir do discurso dos jovens, compreendemos que ao atingirem um estado de dependência apreendem porque não conseguem resgatar uma condição anterior em que o cotidiano é passível de controle. Diante desse fato, em que a perda de controle sobre o uso e sobre a vida anterior ao uso é evidente, procuram meios que lhes garantam, minimamente, evitar a possibilidade de abandono de um desejo, de modo a lhes garantir a continuidade do prazer e que se exterioriza na verificação de que *“... no próprio sofrimento sua não-identidade é ainda uma forma de existir, um modo de se recriar”* (ibid, p.87).

Os jovens abandonam tudo o que lhes afasta da drogadicção, porque isso significa estreitar, ainda mais, seus vínculos com a droga. Sentem prazer por isso, mesmo quando sabem que este comportamento os está levando a um caminho que talvez não tenha volta. Este fato se torna um instrumento que justifica e mantém estável uma condição que lhes dá prazer e, por isso, eles não desejam abandonar. Apesar de afirmarem que têm dificuldades em realizar certas ações e nesse sentido *“de fazer nada”* (Gabriel) tudo se justifica pelos efeitos da droga, e continuam a realizar ações que objetivam a qualquer custo levá-los a obtenção do prazer. Se sentem desestimulados para trabalhar, estudar ou tomar qualquer atitude no sentido de uma mudança em suas vidas, pois isso implica que para concretizarem essas mudanças deverão abandonar um estilo de vida, que contraditoriamente, possui um ganho. Além disso, se habituaram, através do discurso da doença, a depender da família ou de outrem, o que lhes traz a facilidade para uma forma de vida que, mesmo construída na drogadicção, eles não desejam alterar.

As reflexões ocorridas durante as sessões, nos levaram a considerar que o entendimento de *incapacidade* se constitui em um “instrumento de controle” que os mesmos utilizam para justificar as suas ações em função de um desejo. A esse fato denominamos *incapacidade reguladora*. Torna-se um instrumento regulador das ações que conduzem ao prazer. Os jovens criam um “estado de incapacidade” que consideramos relativo, porque está associado a um momento particular de suas vidas, uma vez que recorrem ao uso de uma substância para controlar um sentimento de *incapacidade*, à eles atribuído a partir de um julgamento de valor do outro, de modo a favorecer a sua liberdade de ação.

“Não. Acho que incapaz não é. A pessoa é que não quer! A pessoa não quer produzir, ela não quer fazer parte da sociedade e tudo mais. Mas que deixa incapaz? Não!” (Bernardo).

A *incapacidade* se torna um “mecanismo regulador do prazer”, e contribui para a sua busca desenfreada. E entre o prazer e a *incapacidade* está o “discurso da doença” que por esta é reforçado. Nesse sentido a *incapacidade* é justificada como uma conseqüência da doença e não do prazer, pois este é o único elemento que ainda permite significar a existência. Ela é um *estado*, mas não um sentimento de fato. Estão incapazes para aspectos determinados da vida, mas não para a drogadicção e o prazer. Mesmo quando reconhecem que são doentes, ainda têm atitudes movidas pela possibilidade de acesso à droga na tentativa de sentir prazer. Mesmo que esse prazer se distancie de um *prazer positivo* (Sissa, 1999, p. 09) porque os seus efeitos já não têm as características iniciais.

O processo de drogadicção leva a uma *incapacidade reguladora* porque, como fruto de uma doença, torna-se um instrumento de manipulação. A responsabilidade é do outro e da droga e, se ainda são cometidas “*insanidades*” (Augusto), é porque a sua condição os leva a isso. Estão entregues ao desejo irrefreável e portanto, ao “estado de incapacidade” para manter o controle sobre o uso e o prazer já que este não é mais o mesmo. Nesta fase de sua drogadicção necessitam recorrer ao uso com mais freqüência e começam a ter atitudes que os conduzem ao uso a qualquer preço. Perdem o controle sobre a sua “*representação de papéis*” (Goffman, 1975). Percebem que não é possível viver a realidade sem o efeito de

uma substância. Não conseguem mais esconder esses fatos daqueles que os cercam. São cobrados pelos seus familiares e estigmatizados por isso nas diversas esferas sociais. Sentem que perderam totalmente o controle sobre as suas vidas, pois estão submissos a uma condição cujas conseqüências para a saúde física e para a vida em sociedade fazem com que se vejam obrigados a intervir de algum modo sobre essa situação. Precisam se apreender como incapazes porque isso denota que são vítimas da doença e, portanto, preservam o seu papel no meio social.

Há uma manipulação do “*estigma*” (Goffman, 1988) em que revelam “estar incapazes”, não somente para manter um certo domínio sobre aquilo do qual não desejam abrir mão, mas porque compreendem que o que começou pelo prazer, se tornou algo que os prejudica, uma “*escravidão dos sentidos*”.

“Eu acho que começa pelo prazer. Mas depois se torna uma doença. Eu quero não ter aquela vontade. Não tem remédio pra isso. Quero acordar de manhã e não sentir vontade de usar droga, sabe?” (Leandro).

O meio social, por sua vez, motiva o dependente quanto ao pertencimento a um grupo que, embora possua uma “*imagem social negativa*” em função do comportamento “*desviante*” que o caracteriza, se cristaliza no medo e na discriminação. Esse fato deriva de que “*a pessoa que foi definida como ‘má’ ou ‘desviante’ poderia, em virtude de tal definição, ser impulsionada para continuar o seu desvio*” (Becker, 1976, p. 23). O dependente de drogas é apreendido pelo meio social como incapaz, incoseqüente, irresponsável, entre outros adjetivos. Sua conduta é considerada tão criminoso quanto a de um traficante de drogas. Ambos são vistos, no imaginário social, como um problema de ordem pública (Saad, 2001). São incapazes de agirem honestamente, dissimulam e mentem. Terapeuticamente também são “*incapazes de encarar a realidade comum da vida*” (Monteiro, 2000, p. 113). Por isso, necessitam criar uma realidade própria e, nesse sentido, têm atitudes que contrariam as normas sociais. Tornam-se uma ameaça à sociedade e precisam ser relegados a um grupo social específico. Pelas características de sua doença, pelas condutas que se contrapõem à norma e por se “*tornarem incapazes*” em decorrência desses fatos, estão adscritos à um grupo social distinto. Se estão incapazes e são causadores de problemas comprometem o equilíbrio social, se constituindo em uma ameaça. Sob a perspectiva da sociedade, a *incapacidade* se constitui em um “*mecanismo de regulação*”

social” utilizado para manter a coesão no sentido de não permitir que os indivíduos, em seus comportamentos desviantes interfiram na organização social.

Cria-se uma interação social em que a *incapacidade* se constitui em um instrumento do qual o indivíduo e o meio social se utilizam para manterem o controle sobre os seus interesses. O indivíduo “denigre” a sociedade com suas ações. O meio social se encarrega de manter a sua imagem e faz com que o direito à vida em sociedade só seja possível pelo estigma. Sem condições para a vida em sociedade e, marcado pelo estigma que dificulta a sua inserção, o indivíduo acaba por apreender a *incapacidade* como uma realidade que é parte de sua doença e da sua personalidade. Uma vez que se sente alvo da discriminação social, o dependente de drogas utiliza a sua apreensão como incapaz, bem como os elementos que o meio social fornece, para obter os instrumentos necessários à manutenção de uma condição de vida que, apesar do sofrimento e das dificuldades que precisa enfrentar no cotidiano, torna garantida a sua drogadicção.

CAPÍTULO IV - PROJETOS DE VIDA: UMA PERSPECTIVA DE MUDANÇA

Ao apreenderem o “estado de incapacidade” como consequência de sua doença e transformá-lo em um instrumento mediador de suas relações, os jovens acreditam ser possível modificar o olhar dos indivíduos no sentido de serem reconhecidos dignamente em seu meio social. Dão a impressão de se submeterem à norma, apreendendo o discurso médico como um fato que precisam aceitar para que possam dar continuidade à “representação de papéis” (Goffman, 1975), garantindo assim, o processo de interação. O

discurso de que o dependente de drogas é um ser incapacitado para a vida em sociedade torna-se um instrumento regulador da coesão. Por sua vez os jovens, embora afirmem que não se sentem incapazes, apreendem esse discurso social para que possam mostrar que ainda possuem uma dignidade passível de respeito que, porém, é modificada pelos “defeitos de caráter que adquiriram em função da doença”. Entretanto, observamos que alguns de seus comportamentos são anteriores ao uso de drogas. Nesse sentido, fazem parte de suas personalidades e não são decorrentes do uso compulsivo e da doença. As atitudes dos jovens os eximem da culpa por seus atos em que se reconhecer incapaz significa a preservação de suas opções de vida. O olhar em relação à eles é utilizado como recurso do meio social para que eles sejam vistos e tidos como parte responsável pela ruptura da coesão social. Esse fato impede que, por meio de suas ações, haja uma denúncia das contradições e condutas arbitrárias presentes no meio social (Kalina, 1999). Por outro lado, afirmam a existência de uma incapacidade que consideramos relativa porque se constrói em um momento particular de sua drogadicção e o medo e a angústia, diante da possibilidade de perda do prazer, os remete ao “silêncio” para manterem a sua condição. Esse fato ocorre quando ao se revelarem incapazes reforçam o “pacto” e, o “silêncio contido nas ações”, é a garantia de que ambos - indivíduos e meio social não serão atingidos reciprocamente por suas respectivas condutas.

Esse processo de interação, que definimos como uma *incapacidade reguladora*, leva os jovens a acreditarem ser possível uma minimização da forma como são julgados em suas atitudes. Ora, se estão incapazes é porque são doentes e esse fato os leva à compulsão e a “*cometerem insanidades*” (Augusto), o que pressupõe que não são conscientes de suas atitudes porque estão sob o efeito de uma substância psicoativa.

Não desejamos cair no reducionismo que conduz às relativizações. Reconhecemos que pela droga os jovens são capazes de prejudicar a outrem. Em muitos casos contribuem para o aumento da violência quando, por exemplo, cometem desde pequenos furtos a transgressões mais graves como meios para sustentarem a sua drogadicção ou simplesmente porque isso dá prazer. O fato de “não ser pego” aumenta a onipotência que lhes dá a segurança para fazerem qualquer coisa pela droga. São individualistas em suas atitudes, na medida em que não se preocupam com a família ou com aqueles que compõem as suas relações mais estreitas.

Embora descrevam que perdem a noção do que fazem quando estão sob o efeito de uma substância psicoativa, essas “insanidades” são cometidas porque há um desejo

intencional de fazerem uso de drogas. Na contradição do discurso em que os jovens revelam ser a sua drogadicção uma escolha consciente, e ao mesmo tempo afirmam que “não sabem o que fazem” devido à compulsão, há a pressuposição quanto a não existência de uma escolha objetivamente realizada. Entretanto, pudemos perceber que as suas atitudes são conscientemente planejadas e é através delas que recorrem ao uso porque o prazer e a felicidade têm uma função positiva. Nesse sentido, compreendemos que o não dimensionamento das ações é parcial porque está diretamente relacionado com os efeitos da substância. Isso é o que permite ir do “*nível mais baixo*” marcado pelo desejo incontrolável até “*o auge de ser Deus*” (Olivenstein, 2001, p. 41). Suas atitudes são conscientemente orientadas pelos seus objetivos. Podem culminar com a anestesia, mas esta só é possível por meio de uma ação.

“Sabe, eu não consigo! Eu já tava vindo pra cá com mente de entrar no supermercado e roubar uma garrafa de uísque para quando sair daqui usar. Porque era a maneira que eu arrumava dinheiro pra sustentar o meu vício. Era roubando pra garrafa de uísque no supermercado pra poder usar drogas”
(Augusto)

Nessa fase da drogadicção, a busca pelo prazer é desenfreada. Na evolução da doença, a tolerância leva ao uso compulsivo e o desejo pela droga é o que permeia a vida e as relações. A manipulação de outrem, a afirmação de pactos e promessas de mudança, a aceitação do estigma, tudo é válido para que “*não cortem o meu barato*” (João). Inevitavelmente, há uma perda gradativa de controle sobre o modo de viver. Há um claro processo de exclusão social no abandono das atividades cotidianas em função do uso de drogas, além do preconceito que perpassa as relações apesar das tentativas de controle.

Enquanto os jovens vivem o “*prazer positivo*” (Sissa, 1999, 09), suas atitudes tornam possível manter um certo controle sobre a sua vida, pois ainda não há o abandono de vários de seus aspectos. Preservam a sua imagem diante dos outros, conseguem acobertar a sua condição. Mostram capacidade no trabalho, nos estudos e nos esportes. São como super-heróis que transformam em segundos a sua identidade a partir de um potencial que os leva a estar acima de tudo e de todos. Se não conseguem aceitar a sua realidade, modificam-na. Como os “super-heróis” vencem todas as dificuldades e escondem quem realmente são para deixar fluir uma personalidade que lhes traz uma estabilidade traduzida em um sentimento de auto-afirmação.

“É como se a gente fosse o Clark Kent e tirasse os óculos e virasse super-homem” (Gabriel).

Quando passam a viver o “*prazer negativo*” (ibid) percebem que, apesar de seus esforços, não conseguem manter minimamente as atividades cotidianas e se distanciam de sua rede de relações em detrimento de uma outra que se constrói pela semelhança e os faz partes de “*uma elite*” (Bernardo). São estigmatizados, incompreendidos por amigos e familiares e passam a viver em um conflito insuperável e que pode se tornar insuportável. Esse conflito emerge da “luta eterna” que travam com a substância e com o mundo na tentativa de sentir prazer. Percebem que isso já não é mais possível porque não conseguem fazer uso controlado da substância. Na tentativa de solucionarem os problemas através do uso de drogas, evidenciam que não podem descartá-los de sua realidade. Após o efeito, se deparam com o fato de que os problemas não deixaram de existir. Se angustiam e sofrem com isso. Vão se perdendo em suas atitudes e em seus projetos de vida que não conseguem resgatar porque não podem viver sem a droga. Já não são mais os mesmos e, nesse sentido, sentem que algum tipo de mudança se faz necessário.

Entretanto, o dependente sente dificuldade para realizar essas mudanças. Dentre as suas tentativas isoladas de abandono dessa forma de vida, está a interrupção do uso. Sobretudo quando se seguem a inúmeras perdas. Sofre fisicamente com a abstinência e, em muitos casos, retorna à drogadicção para interromper os seus sintomas porque, na realidade, não deseja abandonar a droga. Prefere viver da crença de que em algum momento conseguirá sentir os mesmos efeitos do início, em especial, resgatar o poder sobre esta.

“Na sucessão repetitiva e de fato organizada de ‘prazer-sofrimento’, o sofrimento é a alternativa desejada pela ausência de algo melhor do que o prazer. Quanto mais intenso for, maior parecerá o prazer da intoxicação, seu poder suavizante, agora que objetivamente ele está em vias de desaparecer”. (Olivenstein, 2001, p.41)

Aprisionados em sua “paixão” e escravizados aos seus sentimentos os jovens recorrem ao tratamento na tentativa de restabelecer um equilíbrio perdido. Entretanto, isso só se evidencia após inúmeras tentativas frustradas de interromper o uso por sua própria conta ou de resgatar o uso controlado.

“Muitas vezes são hospitalizados em situações de risco de vida – intoxicação, abstinência, quadros psicóticos -, impondo à família mobilização em busca de auxílio, e aos profissionais que os assistem a decisão pela internação, ainda que involuntária e, geralmente por iniciativa da família”. (PROJAD/IPUB, 2001, P. 230)

IV.1 -Tratamento e controle

Em outros casos, procuram o tratamento em que a abordagem terapêutica se depara com o fato de que estão ali porque os pais fizeram uma intervenção em suas vidas, mas como sentem o intolerável do uso precisam de algum modo recuperar o controle. Como, em verdade, ainda negam a sua dependência¹⁴ recorrem ao outro para enunciar as suas questões. Há a necessidade de um limite que inicialmente partia do desejo de se drogar sem que a droga lhes fizesse “mal”. Esse é um comportamento comum, sobretudo no início. Esse fato suscita no abandono do tratamento tão logo se sintam mais confiantes. Costa (2000) descreve que:

“Outro grande problema enfrentado pelos profissionais envolvidos no tratamento de usuários de drogas diz respeito ao abandono do tratamento. As estatísticas sobre o assunto são numerosas e pouco animadoras, apontando para números que vão de 14 a 39% no caso de tratamento em regime de internação e 36 a 97% no caso de programas ambulatoriais”. (apud Cruz et. Al, 2001, p. 231)

O aumento da confiança leva ao retorno dos comportamentos anteriores até que percebem que não é possível o uso controlado e o retorno da compulsão se mostra tão ou mais arrasador que no início. Vivem as mesmas situações anteriores acrescidas de outras que levam ao agravamento da sua condição. Sabem que, se não tiverem uma atitude no sentido de promover uma mudança, estarão contribuindo para que o seu “*projeto de morte*” (Kalina, 1999, p. 09), através do qual mantiveram viva, mesmo em seu sofrimento, a certeza da vida, se transforme em um “suicídio de fato” porque se torna a única solução para o sofrimento diante da impossibilidade de suportar a perda.

“Eu já pensei em me suicidar várias vezes”. (Wagner)

“É! Tem hora que você só pensa em suicídio”. (Gisele)

Para o dependente, a droga preenche uma função: “*uma função sobressalente e uma função de recarga sem a qual o sujeito estaria totalmente nu...*” (ibid, p.46). É difícil reconhecer que precisa aprender a viver sem a “paixão”. Sobretudo porque, em função de suas experiências, sabe que o abandono deve ser definitivo e que não é possível uma “solução mágica”. Ao contrário, deverá construir gradualmente um estado de sobriedade através de uma mudança de atitudes. O tratamento surge como o recurso extremo, nem sempre desejado, através do qual se torna viável a mudança e a construção de uma realidade em que uma “nova rede de relações” se inscreva no sentido de modificar o tipo de interação social construída pelo uso compulsivo.

Os jovens acreditam poder recuperar as suas perdas, entre elas, a confiança familiar, principalmente, porque ainda dependem da família em muitos aspectos. Porém, consideramos que essa forma de pensamento significa resgatar um passado que mantém vivo nas suas memórias um processo que os remete continuamente à uma forma de vida em que o prazer pode ser reconduzido a um processo psíquico-químico. Esse fato que denominamos de um “estado de alerta”, independente do tratamento, encontra-se nas pressões de amigos e nas situações da vida cotidiana levando ao favorecimento da recaída.

Partindo da reflexão feita com os jovens durante as sessões, a redução das possibilidades de recuperação de perdas se constitui em um reforço no qual se torna evidente que ainda são alvos da diferença. Entendemos que como seres sociais, é na diferença que construímos nossas interações. (Simmel, 1989). O que os diferencia socialmente é o estigma que para eles é “*como uma tatuagem. Aquilo vai ficar marcado!*” (Bernardo). Esse fato os leva, mais uma vez, a viver o conflito por não se sentirem “alvos de solidariedade”. Ao serem apontados como “aquele que usou droga, um ex-viciado” percebem a dificuldade quanto ao resgate das ações do passado e, nesse sentido, reagem. Recorrem a droga, mesmo em tratamento, porque este ainda é o único modo pelo qual conseguem enfrentar a situação.

O tratamento a que estão submetidos não os auxilia em seu isolamento. Ao contrário, tem por objetivo movê-los de um estágio para o outro no sentido de uma ação efetiva porque isso possibilita a mudança. A conduta terapêutica pressupõe que,

¹⁴ Esta é considerada pelos Grupos Anônimos como a “doença da negação”, pois o indivíduo não reconhece e não aceita o seu estado de dependência.

gradativamente, vão se tornando conhecedores das situações que os remete ao uso de drogas, e isso os leva ao entendimento sobre as questões que envolvem o processo de drogadicção. Os jovens compreendem, terapeuticamente, os comportamentos que caracterizam a dependência de drogas e passam a entendê-la como uma “doença incurável” (Augusto). São auxiliados a lidarem com os problemas e os sentimentos negativos como a raiva, a frustração e o desejo de vingança, entre outros, sem que precisem recorrer à substância. No início há dificuldade para se aderir ao tratamento. A não adesão é justificada pelo fato de que, antes, foram influenciados por outrem. Não desejavam se tratar e estavam fazendo isso pelas outras pessoas e não por eles mesmos. Ora, tratar-se implica lidar com aspectos de suas personalidades que não desejam reconhecer.

“Eu tive esse ataque (cardíaco) e aí, quase morri. Aí, minha mãe falou: ‘você precisa procurar tratamento’. Aí eu falei: ‘eu vou!’. Aí eu não fui da primeira vez. Depois a patroa dela falou a mesma coisa. Ela falou que ia indicar uma clínica. Eu tive pena da minha mãe. Minha mãe só vivia triste [...]. To fazendo isso por causa da minha mãe. Não quero ver ela triste não...”. (Davi)

O tratamento lhes restitui a legitimidade e leva a mudanças de atitudes que se fazem necessárias e são quase sempre rigorosas. Em sua primeira fase de tratamento, o vínculo com a droga ainda é intenso e as recaídas constantes. Ao longo da drogadicção viveram o “silêncio”, o não-dito que os “*emancipa de toda uma série de medos, de fantasmas e de imperfeições*” (ibid, p.42) e que possibilitou a eles se refugiarem em seu próprio íntimo. Sabem que não podem manipular suas atitudes, pois obtêm os subsídios necessários para o enfrentamento dos problemas. É difícil aceitarem a mudança, pois o tratamento representa a anulação do tempo vivido e os distancia do prazer.

Na medida da sua compreensão sobre a importância do tratamento em suas vidas, vão reconhecendo a sua implicação na modificação de hábitos e no crescimento pessoal. Esse fato, na construção de uma nova realidade – a realidade sem drogas -, os conduz a novos objetivos e ao resgate de antigos projetos de vida, uma vez que emerge de uma vontade consciente. Tratar a doença não significa a falta de clareza sobre as suas condutas. Referem ter procurado o tratamento por acreditarem que ao fazerem isso, espontaneamente, terão mais chances de que este dê certo, principalmente, porque as tentativas anteriores se revelaram frustradas.

“A pessoa quando quer, funciona! Eu quero me tratar, eu quero me internar, porque isso vai fazer bem pra mim, vai me trazer uma nova perspectiva de vida, entendeu? Agora, se eu for internado numa clínica não querendo estar internado, o tratamento não vai ser o ideal pra mim.”. (Bernardo)

“Não tem esse negócio que eu to fazendo pra mostrar pra sociedade que eu to me redimindo. Eu to fazendo tratamento porque eu quero! E eu fui drogado mesmo! Quem tá procurando uma qualidade de vida melhor? É a sociedade que tá me oferecendo isso? São eles que tão pegando na minha ‘mãozinha’ e me trazendo pro Centra-Rio? É a minha família que tá? Não! Sou eu mesmo que to querendo uma mudança. Então eu acho que não preciso provar nada pra ninguém. Então não importa o que eles falem ou deixem de falar”.
(Leandro)

Nesse sentido, não podem esperar que o tratamento possa protegê-los de uma ação recíproca. Sabem que terão que enfrentar a realidade sem estarem sob o efeito de drogas. Porém, pela fragilidade e pela instabilidade emocional, passam a viver entre a emoção e a razão. O tratamento se torna o apoio para explicar a recaída, porque esta *“faz parte do tratamento”* (Augusto). Há uma clara resistência em abandonarem o estilo de vida de até então, apesar de terem a consciência de que o tratamento é uma *“necessidade”* em suas vidas, Os jovens o utilizam como suporte para as atitudes que, em alguns casos, ainda cometem na tentativa de testar a sua autoconfiança. Criam situações que os leva à negação das situações positivas que conquistaram ao longo do tratamento, pois esse fato reflete o afrouxamento dos laços drogadictivos e o conseqüente encontro com uma realidade verdadeira. Sentem que a vida não tem sentido sem a droga, pois não podem preencher o vazio e a solidão. Substituem o uso de drogas por outras formas de compulsão, entre elas, o sexo e o jogo compulsivos. Quando não o fazem permanecem em seu *“ciclo drogadictivo”* que, mesmo reduzido em seus danos, revela o tratamento como o novo objeto de manipulação dos jovens.

IV.2 – Trabalho: o retorno à sociedade.

Diante desses fatos, a elaboração de projetos de vida, como uma perspectiva de mudança, traz o posicionamento habitual de que em função da droga não conseguem concretizá-los. Dentre eles o retorno aos estudos e a inserção no mercado de trabalho são os projetos de vida mais recorrentes apontados pelos jovens.

“Eu to querendo voltar a estudar e fazer um curso profissional. E correr atrás de um emprego ‘legalzinho’, mais elevado”. (Wagner)

“Eu to a fim de trabalhar. Eu tenho o sonho de uma moto”. (Lúcio)

O retorno aos estudos está associado à obtenção de melhores chances futuras, principalmente no mercado de trabalho. O trabalho é a conquista da dignidade porque permite, a realização de sonhos como a compra de uma casa ou uma moto. Embora reconheçam que o trabalho também se constituiu em um meio para sustentarem o vício, esperam que com o tratamento possam modificar a sua apreensão como instrumento para o uso de drogas. Desejam não cometer “*o mesmo erro novamente*” (Wagner) e, deste modo, obter a segurança e a dignidade construídas tanto no respeito a si próprios quanto na conquista do respeito e da admiração do outro. O trabalho se torna uma perspectiva para vida em sociedade. Por meio deste, há o resgate de valores como a auto-estima e a confiança.

“Com o trabalho, você conquista dignidade” (Wagner)

“A coisa mais prazerosa que eu acho é a pessoa ta podendo ter uma vitória. Trabalhar, poder comprar as coisas, sabe? Não gastando com outras coisas, com droga”. (Leandro)

“Eu to amarradão! To trabalhando com o meu pai”. (Bernardo)

“Eu tenho a expectativa de voltar a trabalhar. Trabalho é voltar pra sociedade”. (Leandro)

É interessante observar que o “trabalho de carteira assinada” é o único reconhecido pelos jovens. Esse fato nos remete ao entendimento da relação entre o trabalho formal e as suas inserções sociais. Ora, o trabalho como atividade humana permite a vivência de um processo de totalização que torna os indivíduos partes de um todo. Entretanto, os indivíduos enquanto forças produtivas são alvo de uma diferenciação que se constitui no seio das relações de classes. Nessa diferenciação que se dá por meio da divisão social do trabalho, a organização da sociedade deve assegurar a produção das condições materiais e de todos os aspectos da vida social que estão profundamente ligados ao trabalho e ao

capital (Castoriadis, 1995). O capital se torna a mola mestra que conduz ao desenvolvimento da sociedade criando uma relação entre os homens de exploração econômica e de alienação, o que leva à exacerbação de conflitos. A vida é marcada pelas condições que tornam o trabalhador mão-de-obra explorada, pois *“antes mesmo de o trabalho se realizar, pertence a outra pessoa”* (Marx apud Konder, 1981, p. 30). Há uma redução do desenvolvimento da capacidade criadora do homem que se perde em meio ao automatismo do sistema econômico. O trabalho como instrumento da organização social conduz a uma subordinação de seus membros em detrimento do que é apreendido como norma. Compreendemos que, deste modo se mantém o equilíbrio e a coesão social. Os antagonismos que estão na base do sistema econômico capitalista reforçam esse processo social, pois devem ser aceitos caso os indivíduos não desejem ver-se privados dos seus meios de vida (Castoriadis, 1995). Não podem viver à margem da sociedade. Nesse sentido os indivíduos devem reconhecer a “superioridade” do outro que, ao se apropriar do produto de seu trabalho reforça a sua posição social.

Na atualidade, há a pressuposição de que os indivíduos já alcançaram um nível de consciência para, de modo autônomo, reconhecerem a sua responsabilidade como seres sociais (ibid). Entretanto, o caráter competitivo estimulado pelo mercado aumenta as tensões dos indivíduos entre si. Há a necessidade de superação dos limites para o desenvolvimento de um sentimento de completude. Deste modo, a superioridade que antes se constituía em um instrumento de dominação e coesão, surge como uma espécie de “seleção natural” no seio da sociedade em que as diferenças são evidenciadas pela capacidade e competência.

“A tarefa de reproduzir as condições da vida material responde obviamente a necessidade humana mais premente. Nesta esfera da vida social se processam, em consequência, relações sociais, forma de organização e conflitos de primeira importância”. (Plastino, 2000, p.31)

Nossa análise nos conduz ao entendimento de que na inserção formal no mercado de trabalho há o desejo de pertencimento a um padrão socialmente construído e do qual se sentem excluídos em função da liberdade de decisão em sua drogadoicção. O trabalho significa a superação dos conflitos. Também significa mostrar que é possível fazer parte do mundo competitivo, ou seja, na sua diferença, ser parte de um todo.

A questão que se coloca é como os jovens enfrentam esse processo de interação por meio do trabalho como possibilidade de não viverem à margem da sociedade.

Evidenciamos duas situações distintas: a primeira está relacionada às inúmeras tentativas de inserção no mercado formal de trabalho. Diante dos obstáculos que a eles se impõem, pois apresentam uma série de deficiências em sua formação de vida e de valores, utilizam o processo de representação de papéis através do qual mentem sobre a sua condição porque acreditam que diante da descoberta perderão as suas oportunidades. A segunda relaciona-se ao fato de que a verdade seja descoberta e que tenham que enfrentar o descaso e o julgamento sobre as suas ações. Preferem manter essa sua postura diante dos fatos a permitir que um “incidente” se constitua em um instrumento de ruptura que ameaça a realidade patrocinada pelos atores (Goffman, 1975). Esse fato pode conduzir à reação provável de descontrole e constrangimento o que exigirá uma “*medida defensiva usada pelos atores para salvar o espetáculo*” (Ibid, p. 195) e, com isso, manterem as medidas protetoras em seu favor. Nesse caso, a superioridade sobre o outro é exacerbada e controlada pelo processo de “representação de papéis” (Ibid).

“Eu trabalhei no Hospital Silvestre. Trabalhei um bom tempo lá”. (Geraldo)

“Mas eles sabiam?”. (César)

“Não. Vai chegar assim e dizer: ‘pô, eu sou usuário de drogas? Mas eu vi que o pessoal tava percebendo... Então eu resolvi fazer um acordo e sair, entendeu?’”
(Geraldo)

Uma outra situação parece ser a de que o trabalho formal não atende às suas expectativas profissionais e financeiras. Uma vez que não encontram o reconhecimento profissional esperado, porque “*trabalhar pra ganhar R\$ 100, R\$200 reais não interessa*” (Davi), desistem de seus projetos e retornam ao ponto de partida. Associam a falta de oportunidades no trabalho ou nos estudos à dependência de drogas, o que pressupõe que para os jovens, o problema está na sociedade e não neles. O preconceito social é a justificativa para a “inércia” em que colocam os seus projetos de vida e as suas tentativas de mudança.

“Não faço nada. Só durmo, como...”. (Sandro)

“Eu fico mais em casa. Fico fazendo palavras cruzadas”. (Wagner)

“Eu não to me sentindo capaz de fazer nada!”. (Gabriel)

Preferem manter o jogo de manipulação em relação às pessoas e às situações, retomando os seus comportamentos adictos para preservarem a sua estabilidade emocional. Consideramos que há intrinsecamente o desejo em “punir” a sociedade tida como responsável pela deflagração de seu fracasso. Continuam dependentes dos pais, sem estímulo para levarem adiante os seus projetos. Quando resolvem mantê-los o fazem na intermediação entre a responsabilidade e o uso. Seus projetos de vida como perspectivas de mudança vão sendo abandonados gradativamente e justificados em um *estado de incapacidade* reforçado pelo discurso da doença. O tratamento representa a proteção, o “porto seguro” que lhes fornece o suporte para esse momento da vida, mas nem sempre consegue evitar que recorram à droga para “anestesiá-la” a frustração. Cria-se o “hábito de estar em tratamento” para que não precisem enfrentar os fatos, uma vez que a recaída está relacionada à doença.

O que queremos apontar é que, embora o preconceito exista, o meio social também é alvo das atitudes que demonstram uma ação consciente por parte dos jovens. Quando criam artifícios para conseguir empreender os seus projetos de vida ou deles desistem porque acreditam que não estão sendo reconhecidos em seu valor, justificam-se na ação dos indivíduos em relação a eles. Assumem uma postura de diferenciação social conscientemente significada que não desejam abandonar porque se constitui em um dos meios pelos quais mantiveram a sua drogadicção ativa. Compreendemos que muitos de seus “hábitos” decorrem da compulsão. Mas precisam manter seus vínculos como garantia para as etapas do tratamento que trazem à tona o conhecimento sobre a realidade e, por isso, não podem manter as mesmas condutas baseadas na sua falta de informação. A vitimização se constitui em um novo instrumento de ação, e o trabalho como possibilidade de volta à sociedade é descartado em detrimento dos conflitos que emergem da sua pluralidade, ou seja, na “*extrema complexidade de suas motivações e objetivos*” (Plastino, 2000, p.31).

O trabalho é uma das bases da sociedade capitalista. E, portanto, faz parte da norma. Há uma tentativa de inserção por meio do trabalho que, embora reflita um desejo de mudança, fornece novos subsídios para que os jovens não se vejam obrigados a abandonar totalmente as suas condutas. A “reação da sociedade” faz com que a tentativa de não viverem à margem através do trabalho reforce a tensão entre o meio social e os indivíduos, uma vez que a contradição se resolve através do desaparecimento de um dos componentes

(Marx, 1982) e, nesse sentido, o “Eu social” determina a manifestação da consciência que os leva a permanecerem com as suas atitudes diante dos outros e da vida.

Nossa análise parte do entendimento que no decorrer do tratamento haverá, indubitavelmente, a retomada de projetos de vida e a modificação de hábitos que, em sua primeira fase de tratamento, os jovens ainda não conseguem estabelecer. Há uma clara dificuldade em realizar o movimento de ruptura que os conduzirá a uma outra realidade de vida. O medo e a insegurança se manifestam nas contínuas recaídas que pressupõem o desejo de retomada do controle sobre as suas vidas. Percebemos o esforço, na medida de suas possibilidades, para se adequarem ao tratamento, mas é evidente que enquanto for possível viverão a sua “representação de papéis” (Goffman, 1975) porque isso mantém, dentre todas as dificuldades que enfrentam, uma possibilidade de existência que por eles é conhecida e estruturada. Isso os ajuda em seu equilíbrio e estabilidade.

IV.3 – Fé e libertação

Ao longo das discussões em grupo um outro elemento esteve presente e foi apontado como um instrumento de apoio ao tratamento: a fé como possibilidade de mudança e de conquistas frente aos projetos de vida. A base desta fé está na existência de um “Poder Superior” ao qual devem entregar o controle de suas vidas. Essa forma de pensamento emerge dos Grupos de Mútua Ajuda – Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.¹⁵

A religião se traduz na existência desse Poder Superior e na fé sobre este. Portanto a doença se torna o ponto de partida para Deus. Somente pelos caminhos da fé é que se adquire a perseverança para alcançar a sobriedade. Esta é considerada um estado de espírito que só se alcança por meio da humildade, da serenidade e da fé (ibid, p.54). É desta forma que é possível a redenção.

“Eu fazia de tudo, meu querido! Usei cueca do lado do avesso, eu troquei de cigarro, troquei de namorada, eu fiz de tudo que podia fazer. Não adianta! Se você não tiver dentro de você um poder superior. Você tem que se entregar a um poder superior. De que forma? Indo pra macumba? Vai quem quer.

¹⁵ As ações realizadas pelos os grupos anônimos não se constituem em uma forma de tratamento. Trata-se de uma Irmandade que utiliza os doze passos e as doze tradições como as bases do trabalho a ser desenvolvido para o auxílio de seus membros na busca da recuperação do álcool e outras drogas. Para a Irmandade, as leis dos homens existem para puni-los em seus erros, mas a existência de um “Poder Superior” que está sempre vigilante é o que mostra o verdadeiro caminho a seguir.

Evangélico? Vai quem quer. Você tem que se achar, entendeu? Tu vai ficar aqui o resto da vida? pretende? Eu acho que ninguém aqui pretende!”. (Hélio)¹⁶

Ora, é uma compulsão sobre a qual não há controle. Mesmo com o tratamento, é necessário que haja algum tipo de intervenção sobre esta de uma forma contínua de modo a garantir o controle sobre as ações e, principalmente, a possibilidade de retorno ao meio social.

“Você não deixa de ser adicto. Você estabiliza a sua doença” (Bernardo)

“Eu sou adicto até hoje! Pra gente que é adicto... Pra mim, era eu tomar um copo de cerveja, acabava lá em cima no morro. Era automático [...]. Agora, existem pessoas que bebem socialmente! Que não têm problemas...”. (Hélio).

A discussão perpassa pela questão de que a estabilização da doença se faz através do poder da fé. Como será inevitável o término do tratamento, é necessário garantir as forças que darão continuidade à sobriedade dos jovens.

“É claro que é muito fácil falar! Mas você tem que reunir forças para tentar ‘sair do buraco’. Agora, depois que eu consigo sair do ‘buraco’, eu vou voltar a usar? Só porque é um problema químico? Se eu sei que meu corpo sofre e me faz mal, se eu sei que dirigir sem cinto de segurança é perigoso, pra que eu vou dirigir sem cinto? É uma questão de lógica!”. (Hélio)

“Mas você controlou a tua doença!”. (Sandro)

“Eu controlei não cara! Eu busquei a Deus. Eu me entreguei a Deus de uma forma...”. (Hélio)

Para estes, Deus foi um instrumento que os conduziu em sua drogadicção, na medida em que só é lembrado para a sua proteção em seus comportamentos adictivos. Esse fato traz a culpa porque em algum momento buscaram estar acima de Deus.

“Eu tenho a maior dificuldade pra me relacionar com Deus, orar... Seja o Pai-nosso, seja a ave Maria. Eu to tendo essa dificuldade Eu já fiz tanta merda na minha drogadicção, que as vezes eu me sinto envergonhado perante Deus, sabe? Eu coloquei a droga acima de Deus. Eu procurava Deus quando eu ia roubar. Aí, quando eu entrava no supermercado, ‘ai, meu Deus, me proteja, não deixe que esse segurança me pegue, deixa que eu vou roubar só mais essa!’. Daqui a pouco, tava voltando...”. (Augusto)

“Eu rezava não só pra me dar segurança na hora de roubar, mas também rezava assim: ‘Se Deus quiser vai vir um dinheiro maneiro! Vou meter a mão

¹⁶ Hélio é um dos convidados participantes dos grupos de discussão.

naquele bolso ali, vai ter um dinheirinho maneiro. Tem que ter um pacotinho!”.
(Gabriel)

“Eu posso até entrar na igreja, certo? Mas é o seguinte: curvar a cabeça, fazer uma oração? Não sou digno de fazer.” (Wilson)

A fé oferece uma forma de “libertação do mal” (Mariz, 1994, p. 205). Nas igrejas pentecostais, por exemplo, o crente é levado a se conceber como um indivíduo que possui autonomia para fazer suas escolhas, pois enquanto sujeito é dominado pelo mal, neste caso, a droga. Aceitar o evangelho significa aceitar a Deus que o cura da doença e o liberta do pecado. Nesse sentido, a fé como condição para a mudança de atitudes, só é capaz de curar pela escolha e pela ação de uma força maior levando a um novo estilo de vida e a uma nova concepção de mundo (ibid).

“Quando a gente começa a achar que a gente é o cara que faz e acontece, a gente começa a se afastar de Deus. Mas se você acreditar que uma folha daquela árvore ali fora não cai sem a permissão de Deus... Você pode acreditar, foi aí que eu comecei a caminhar na vida. Hoje eu tenho um salão. Mas sabe o que eu fiz? Eu dobrei os meus joelhos e falei: ‘Senhor, eu na quero mais! Me ajuda pelo amor de Deus!’” (Hélio)

Ainda que este discurso pressuponha que basta a fé para a cura e a redenção esta, assim como o tratamento, só possui valor se partir de uma vontade. Nesse sentido, o grupo pesquisado, embora não descarte o valor da fé, descreve que a força que emerge do poder de Deus só é válida enquanto um reflexo da vontade.

“Só funciona a partir do momento que você quer! Não é porque minha mãe quer, meu pai quer, porque Jesus quer! É porque eu, BERNARDO, quero Mudanças!”. (Bernardo)

Nos caminhos da fé, muitas são as formas de compreensão sobre nossas ações e de entrega a um poder que está acima de nós. Seja qual for o discurso religioso Deus deve estar acima de todas as coisas. Ele olha por nós e nos conduz sabiamente em nossas vidas. Quando em nossas atitudes nos voltamos contra Deus, seja da forma como cada um de nós o concebemos, pecamos. E a redenção de nossos pecados está no “voltar-se novamente ao

Pai”. Esse fato pressupõe a humildade e a submissão. É estar voltado para a verdade e o amor e, somente este cura e salva.

Submeter-se é acomodar-se às regras. Entregar as suas vidas ao poder superior e deixar que Ele os conduza para que “seja feita a sua vontade” é reparar os danos que causaram à sociedade (Durkheim,2002) . Deste modo devem se redimir de seus pecados, ainda que represente a perda de controle sobre o seu direito de escolha, pois a consciência de ser minoria e a motivação de ser eleito de Deus é o que traz o puritanismo e o aprimoramento ético, intelectual e profissional que os faz dignos de Deus e, conseqüentemente, da sociedade. (Weber, 2000)

As formas de socialização são produto de uma ação que os jovens, enquanto atores sociais, enfrentam e que continua independente dos indivíduos, pois estes são diferentes e essa interação os torna seres sociais (Weber,1982). O discurso dos jovens nos revelou que está intrínseco em seus atos um sentido: o prazer. Como agentes de suas ações eles conferem um sentido à elas para que possam construir uma realidade. A realidade se constrói na medida de um desejo, criando uma forma de vida que é apreendida como felicidade e prazer. Nesse sentido, a atividade dos jovens se torna uma atividade social, pois estes, como agentes, lhe conferem um sentido e a *“relacionam com o comportamento de outrem para orientar, em conseqüência, seu desenvolvimento”* (Weber, apud Freund, 2000, p. 78). Ter apenas o conhecimento de que é estigmatizado pelo meio social é algo que, mesmo indiretamente, leva a algum tipo de atitude que reflete uma conformidade. Mesmo quando se trata de uma justificativa para a busca do prazer,ela ocorre através de uma interação.

Na sociedade moderna os indivíduos são capazes de uma ação sobre si. Há uma separação entre o indivíduo e o sagrado na medida em que aquele não pode ser mais um instrumento para a manutenção da tradição. A sociedade moderna constitui um sistema autoproduzido, autocontrolado e auto-regulado (Touraine, 1994). A idéia de sujeito cede lugar ao ator social que se torna responsável por conduzir as suas próprias ações. *“A recorrência a Deus, a referência à alma foram constantemente consideradas como herança de um pensamento que era preciso destruir” [...]. O homem é apenas um cidadão*” (ibid, p.38). Os jovens recorrem ao direito quanto a sua liberdade de decisão. Não se acham dignos de Deus porque este foi uma espécie de protetor, salvando-os das situações de risco. Usaram a figura de Deus para os seus objetivos. Nesse sentido, entregar a sua vontade a Ele, ao Poder Superior é submeter-se à uma vontade maior que os redime dos pecados.

Longe de desejarem a “cura pela fé”, utilizam a dificuldade em seu encontro com Deus para evitarem a redenção que os leva à submissão e, conseqüentemente, à perda do que possuem como a principal referência nas suas vidas e em sua identidade: serem sujeitos das próprias ações.

CAPÍTULO V - A CONSTRUÇÃO DE UM OLHAR...

V.1 – O Desencanto do mundo: a crise de ideais

Embora nossa análise, a partir do grupo de jovens com os quais trabalhamos, tenha como eixo principal do processo de drogadicção, o prazer, faz-se necessário a compreensão deste fenômeno, já que é uma ação social, e assim sendo, se inscreve dentro de uma visão de sociedade. Essa dimensão é de fundamental importância para que possamos estabelecer uma relação entre o meio social e o dependente de drogas e como esta contribui para a sua apreensão da realidade. Há uma experiência, ou seja, um conjunto de ações que em sua totalidade estrutura e /ou mantém um estilo de vida, se constitui em um espaço onde o ator

não parece estar mais socialmente inscrito porque existe somente um tipo de relação: a dependência a um produto (Dubet, 1987).

Como vimos, a referência à dependência de drogas como doença, parte de noções cientificamente comprovadas e é apreendida pelos jovens no decurso do tratamento. Entretanto, diante da sua complexidade, a sua compreensão pressupõe uma gama de variáveis em que a substância, as características sócio-culturais, as atitudes dos indivíduos em relação à droga, entre outros, são fundamentais.

A relação do homem com as substâncias psicoativas existe desde os primórdios da civilização. Não podemos negar a sua existência. Contemporaneamente, os problemas que delas derivam, sejam aqueles ligados ao tráfico de drogas ou às conseqüências individuais e coletivas, está no cotidiano de nossa sociedade. Seibel diz:

“A vida da humanidade sempre esteve ligada às plantas, em particular aquelas que ‘alimentam o espírito’. Em Shanidar, no Norte do Iraque, há 60 mil anos, o homem de Neanderthal já tinha conhecimento de pelo menos oito plantas de comprovado valor medicinal” (2001, p. 07)

A modernidade traz uma “crise de sentido”, isto é, *“uma nova forma de desorientação na vida das pessoas modernas”* (Berger & Luckmann, 2004, p. 13). O sentido emerge da consciência. Esta só é possível na medida em que o indivíduo a direciona para um objeto ou um objetivo que é intencionalmente constituído pelas diversas realizações. A ação é orientada por um objetivo previamente projetado e que se faz concretizar na relação entre as experiências individuais e coletivas.

O indivíduo enquanto ser consciente está sempre à procura de algo a realizar, algo que possa preencher o vazio de sua consciência numa existência real. O indivíduo é o que ele faz. *“O ser humano não é mais uma criatura feita por Deus à sua imagem, mas um ator social definido por papéis”* (Touraine, 1994, p. 28). Enquanto ator social, o indivíduo age sobre o meio a partir da sua apreensão da realidade. Ao mesmo tempo, o meio social exerce uma ação recíproca que interfere no modo como ele direciona a sua consciência. Em uma sociedade onde a luta pelo capital determina uma busca de identidade, a capacidade para intervir sobre o meio social assume um caráter limitado diante dos padrões socialmente construídos e aceitos como norma.

A vulnerabilidade social se manifesta junto às novas gerações que sofrem as conseqüências das desigualdades como reflexo de uma sociedade construída numa dinâmica de interesses econômicos, potencializando o “desencanto” quanto às

possibilidades de inserção; fato que contribui para uma fragilidade junto aos vários aspectos da vida.

“Imersos nessas situações, os cidadãos encontram-se e reconhecem-se psicológica, física, cultural, política e financeiramente fragilizados, deparando-se com a prejudicial premência de uma escolha constrangida: Não satisfazer suas necessidades, postergando-as para um futuro incerto e aprendendo a lidar com as frustrações [...] criando, então, procedimentos que fatalmente serão encarados pela sociedade como ‘marginais e dela receberão pressão negativa, compatível com a intensidade com que ocorram. Pode haver casos em que a constância obrigue a sociedade a tolerá-los [...] mas as oportunidades de aceitação serão escassas.” (Cruz Neto, 2001, p. 48)

Este “desencanto” vivenciado pelos jovens pode se constituir em uma das razões para o uso de drogas. A falta de oportunidades, em especial, no mercado de trabalho, as incertezas e dúvidas os vulnerabilizam contribuindo para o uso como uma manifestação que se inscreve na não conformidade frente à realidade. O desejo de resgate de uma inserção social por meio do trabalho, consolida a fragilidade existente em sua subjetividade.

“... a verdade é essa! Vamos ser sinceros, gente! Por mais que eu chegue... Por exemplo: Ali na Casa e Vídeo, eu vejo lá o cara amarrando uma caixa. Duas horas pra amarrar a caixa! Me dá nervoso! Dá vontade de chegar: ‘amigo, dá licença rapidinho. Deixa que eu amarro o meu pacote!’. Eu já trabalhei em expedição! Em cinco minutos eu faço tudo! Mas é aí? O cara não quer! Pra isso não vale, meu irmão!”. (Gabriel)

No movimento incessante da sociedade em que as inovações e a competitividade reforçam a diferença entre os indivíduos, os jovens vivem uma tensão entre a sua existência e a realidade. Na estruturação da organização social, a racionalização crescente contribui para que a existência se perca num grande vazio, porque o real se tornou aborrecido cansativo e utilitário (Freund, 2002, p. 23). Na “crise de autoconsciência” movida pela apreensão da realidade que deflagra um sistema de valores obrigatório para toda a sociedade, os jovens criam um modo de vida pelo qual possam modificá-la na tentativa de manter a sua inserção social. Compreendemos que, como seres sociais, há o desejo de pertencimento a uma coletividade e de intervenção sobre ela. Entretanto, não conseguem lidar com os conflitos que surgem ao longo do seu processo de desenvolvimento, principalmente a partir da adolescência. A família, enquanto grupo social, deve garantir a sua sobrevivência, bem como as trocas que propiciam um desenvolvimento pleno na

formação de valores e atitudes que os conduzam a uma vida em sociedade emocionalmente estável. Em seus *“lutos de adolescência”* (Kalina, 1989, p. 18), passam a questionar os conceitos tradicionalmente aceitos e, para encontrar a proteção para o dilema de seus próprios conflitos emocionais, desenvolvem outras formas de lidarem com as tensões. O uso de drogas surge como prática para garantir o sentimento de autonomia e “auto-suficiência” através de uma conduta desafiadora e forte.

Como atores sociais agem com criatividade e liberdade a medida que encontram uma solução própria para intervir diante de uma cultura objetiva, externa, cujas dimensões criam uma realidade na qual a cultura subjetiva, interna ao indivíduo, não poderia desenvolver-se (Velho, 2003). Em um mundo “... *com uma intensa divisão do trabalho, as coisas se tornam mais aperfeiçoadas, mais intelectuais e, de certa forma, mais controladas por uma lógica objetiva*” (Simmel, apud Velho, 2002, p. 15), procuram, em sua drogadicção, tornar o contexto no qual se inserem um meio de interação. Partem de uma cultura socialmente determinada que permeia as relações entre os indivíduos e coloca a subjetividade construída ao longo da vida, no sentido de transpor a perfeição determinada pelos objetos, em segundo plano como garantia de sobrevivência.

A possibilidade de transpor essa perfeição é uma estratégia de tentar alcançá-la. Nesse sentido, reinventam a forma como interagem com o meio social, e que tem no conflito a base para a criação de uma realidade como processo social básico que perpassa as suas relações.

V.2 – A transgressão às normas

A drogadicção como fenômeno social encontra as suas bases nas relações sociais. Por meio destas os atores sofrem as ações recíprocas dos indivíduos que os conduzem à uma compreensão da realidade que, a partir da visão de sociedade, impulsiona as ações. Embora não possamos negar o fato de que a utilização dos diagnósticos de doenças ou transtornos associados ao uso de drogas permaneça válida como constructos que norteiam os procedimentos terapêuticos (Seibel, 2001), consideramos que é por meios das relações sociais que há a construção do processo de drogadicção. Dentre os motivos apontados pela Organização Mundial de Saúde (1974) para a experimentação de substâncias psicoativas está a necessidade de participação em um grupo social. Sabemos que esse não é o único

fator que colabora para o uso de drogas em nossa sociedade. A curiosidade associada à falta de informações adequadas sobre os efeitos das drogas, a personalidade deficientemente integrada, a possibilidade de fuga das sensações e vivências desagradáveis por meio de experiências novas e emocionantes e a facilidade de acesso às drogas, se constituem em fatores de risco para o consumo (OMS, 1981). Entretanto, consideramos que mesmo nos decursos da doença que levam ao desejo incontrolável e ao uso compulsivo, é na sua rede de relações que os jovens estruturam a sua drogadicção para, em sua autonomia, mantê-la por meios de objetivos determinados.

No discurso dos jovens é evidenciada a importância que as relações possuem nesse modo de vida que não conseguem abandonar. O outro é o meio de ação do dependente, pois este fornece os subsídios dos quais necessita para justificar as suas ações. Esse fato decorre de uma necessidade que é individual, mas que só é possível porque os indivíduos possuem uma vida em sociedade, o que torna inevitável a reciprocidade de ações e a construção de um tipo ideal de atividade racionalmente idealizada porque ocorre de acordo com determinados valores e, deste modo, permite a interpretação e a compreensão do desenvolvimento e dos efeitos dessa atividade social.

Ao afirmarem, em sua maioria, ter iniciado o processo de drogadicção na adolescência e reconhecerem a influência familiar nesse fato, os jovens nos remetem ao entendimento da família como primeira possibilidade na sua formação individual e coletiva. Freud descreve que “*o homem é, desde o princípio, escravo da sociedade, posto que nasce na sociedade da família*” (1994, p.17). A família medeia esse processo de formação que nem sempre corresponde à aquisição de valores que permitem uma tomada de decisões consciente, o que se reflete nas atitudes diante da vida e de outrem. Em uma fase especialmente acentuada de questionamentos, as referências familiares da infância perdem o sentido. O adolescente deseja crescer para tornar-se adulto e autônomo. Sente-se inseguro diante do controle dos pais que “assumem o papel” de prepará-lo para a vida adulta. “*Entre os 12 e os 20 anos as pressões se exacerbam. Pais e sociedade passam a exigir uma escolha e uma definição para a vida...*” (Kalina, 1989, p. 24). Passa a enfrentar as ações dos outros, o que nem sempre revela uma experiência positiva. Está sujeito ao fracasso como parte de suas experiências de vida, pois nem sempre consegue corresponder às expectativas de outrem o que contribui para o aumento das tensões e do sentimento de frustração.

“Eu tava remando, ia disputar uma regata, mudava de técnico. Aí ele me rebaixava, botava lá embaixo! Só assim, só foi assim a minha vida toda! Eu moro com o meu tio. Teve uma vez que o meu tio pediu pra eu pintar um negócio, ‘não, deixa para amanhã’... Me botou pra fora de casa! Uma porrada atrás da outra! Tem que se revoltar mesmo!”. (Sandro)

Na sua instabilidade emocional, o uso de drogas surge como solução e resgate da autonomia. No uso de drogas pode recuperar o sentimento de “auto-estima” e a confiança em si mesmo. No meio social, as relações com os amigos e a curiosidade favorecem a experimentação. O prazer permite viver a “paixão” de “*estar de bem com a vida*” (Paulo) e de se tornar inatingível. Inicia-se um processo onde o “*prazer positivo*” (Sissa, 1999, p.09) possibilita ressignificar o sentido da vida.

“O pessoal: ‘ah, vamos numa festinha aí tomar um chopp’. Aí na primeira vez, tranqüilo. Não usei nada só bebi. Na segunda... Na terceira, aí eu já tava subindo o morro e pegando um ‘papelzinho’ (cocaína)”. (Sandro)

“Eu usei com os amigos” (Leandro)

“Os caras usando e eu ali ‘vai ou não vai?’. Experimentei e gostei”. (Gabriel)

“No meu caso, me ofereceu a primeira vez., ‘não, não quero não!’. ‘não, toma aí!’. Experimentei. ‘ah, vou experimentar de novo!’. Aí, já começou a gerar uma rotina.”. (Sandro)

Com a continuidade do uso, o processo de drogadicção se estrutura como parte da vida dos jovens. As atitudes e comportamentos são direcionados ao uso de substâncias psicoativas. Modificam sentimentos e sensações para que possam manter os conflitos a parte. Usam a substância e, em sua “fuga”, constroem uma outra realidade possível de ser vivida e por meio da qual interagem com o meio social. Na vivência do “*prazer positivo*” (ibid) mantém o controle sobre as ações e sobre as relações sociais, fato que traz o pertencimento a uma coletividade porque ainda é possível a semelhança que os torna parte de um sistema de regras e normas. Porém, com as atitudes e comportamentos que culminam com a mudança de hábitos em sua drogadicção, se afastam gradativamente da norma. Criam uma nova rede de relações sociais deflagrando a diferença que é justificada no preconceito, embora saibam que o afastamento da vida em sociedade, a dificuldade em manter os seus projetos de vida e a falta de estímulo para realizar qualquer ação que não envolva a drogadicção decorrem de suas próprias escolhas.

Os jovens sentem as conseqüências de sua “autonomia” na forma como são encarados pelo meio social. Sua imagem é associada ao crime, à falta de valores, à incapacidade e à violência, sobretudo, porque a transgressão às normas sociais e o envolvimento em atividades ilícitas como o roubo e o tráfico fazem com que se tornem alvos da coerção, pois se constituem em uma ameaça para a vida social.

“Qualquer erro, apontam mesmo! A gente sempre leva a culpa de alguma coisa. E as pessoas só querem mesmo é criticar”. (Wagner)

A transgressão às normas e regras representa a manutenção de suas condutas e a garantia do uso abusivo. Além disso, é uma fonte de prazer e da onipotência sobre o outro. A adrenalina das situações de risco e dos perigos em que se colocam cotidianamente trazem a certeza da vida porque, esta decorre do poder sobre os mesmos e sobre a substância. Mesmo no uso compulsivo que os “anestesia” e pressupõe a perda momentânea da consciência, conseguem mostrar a sua força e a capacidade para burlar as situações de risco. Nesse sentido, sentem que ainda possuem algum tipo de controle sobre as situações.

“Eu gosto disso! Depois, quando eu não consigo ser pego, vem uma sensação de vitória!”. (Gabriel)

Há o reforço dos comportamentos transgressores como se somente deste modo fosse possível manter uma interação com o meio social. Essa forma de ação se torna habitual. A transgressão passa a fazer parte de seus modos de vida e, embora não seja, necessariamente, um comportamento adicto ou perverso, é o recurso extremo, porém consciente, de acesso ao prazer. A transgressão como atividade racional por valor reflete uma convicção que *“tenta revestir-se de uma coerência interna que se traduz em atos conforme a convicção. [...] O que conta é apenas a harmonia da conduta com as exigências do fim desejado”* (Freund, 2002, p.80).

“Hoje, por exemplo, no meu estado normal, eu consigo roubar. ‘Careta’ eu consigo roubar. Já aprendi. Já tá registrado na minha mente, entendeu? Meus conceitos e valores já foram modificados. Já virou um hábito”. (Augusto)

“É igual ao assaltante. A pessoa nunca assaltou, se ela for assaltar uma vez, igual aconteceu comigo, se dá bem, ‘cara! Arrumei ouro, dinheiro pra caramba! Acabou aquilo tudo, ele vai de novo!” (Davi)

As conseqüências de suas ações, embora possam ser previsíveis, contam com a confiança sobre as condutas que garantirão a certeza da impunidade. Quando essa certeza é substituída por uma punição concreta, a transgressão assume um papel diferente. O que era um instrumento da drogadicção, se transforma em um instrumento para impedir a coerção porque, em sua racionalidade, o jovem *“...se recusa a dar crédito [...] à adaptação às normas em vigor”* (ibid). Ao criarem uma realidade própria, tentarão mantê-la através dos meios que conhecem. Referem-se à sociedade como responsável pela suas condutas, pois não são aceitos socialmente por serem dependentes de drogas. Entretanto, fica evidente que essa crença é o recurso para que possa, em sua “rebeldia”, manter as suas condutas, às vezes, com a convivência de amigos e familiares.

“Eu assaltei uma mulher na rua, roubei a bolsa dela, fui pego pela civil. Fui levado pra DPCA porque eu tinha 15 anos. E a minha avó subornou lá um policial e me soltaram. Senão eu ia pro Padre Severino”. (Augusto)

“Quando eu tava preso se eu tivesse alguma chance de fugir, eu tinha fugido [...]. Eu pensei assim: ‘tudo bem! Vou ficar 1 dia, 2 dias e depois vou sair’. Depois de 2 dias que eu vi que o negócio tava difícil, aí que a ficha caiu. Eu fiquei um mês lá”. (Gabriel)

A falta de perspectivas e a inércia para a realização de mudanças passam a encontrar nas condutas transgressoras um modo de vida. Essas condutas vão desde a manipulação de outrem às ações efetivas como o trabalho no tráfico e a realização de pequenos delitos. O objetivo revelado é a manutenção do vício, a busca pelo prazer. Significa conseguirem o que lhes é socialmente negado na medida em que se vêm fora do mercado de trabalho e sem dinheiro para a compra e o uso de drogas. Na certeza da não “convivência” da sociedade com a sua adicção, mostram a sua capacidade para uma vida que, mesmo às avessas, encontra base nas relações sociais e, deste modo, os insere.

“Eu ganhava muito dinheiro quando vendia ecstase. Tinha vez que eu tava com dez, quinze mil no bolso! A gente na linha do tráfico, vai fácil, vem fácil. Porque ‘tu sabe’ que vai ganhar dinheiro. Por exemplo: você olhou aquela moto, você quer comprar. Aquela moto custa vinte mil. Aí você pega aquela quantidade de droga, você vende e já tira os teus vinte mil! E dali você já compra a tua moto. É assim que funciona!”. (Bernardo)

“O dependente rouba pra manter o vício de drogas. Mas gosta de andar com dinheiro no bolso. Quem não gosta? É o prazer que você quer, de ter dinheiro, de roubar, de usar drogas”. (César)

“eu não cheirava menos que cinquenta reais. Se tivesse quinze reais, nem começava! Já teve dia de chegar com arma assim, parar carro na pista, dar tiro nos outros só pra roubar o carro dele, pegar dinheiro... E quando acordava e não tinha mais? Chamava dois, três e saía. Arrumava mil reais, dois mil”. (Davi)

Weber descreve que toda relação social consiste no uso e nos costumes. O uso se revela em uma regularidade que se torna um costume na medida em que assume um caráter de uma rotina, de uma estabilidade. O que se constitui em um hábito *“reconhece a validade da ordem legítima, pelo fato de dissimularem seu ato”* (Freund, 2002, p.94). Nesse sentido, a regularidade conduz à convenção, como forma típica da ordem legítima, em que é possível a exposição a *“uma reprovação geral dos indivíduos que dela se afastam ou a violam”* (ibid), o que os torna passíveis de punição.

As ações culminam, em sua racionalidade, com a realização de uma atividade social em que os jovens, como agentes de uma conduta específica, procuram encontrar nos indivíduos uma oportunidade de levar a bom termo essa ação. A transgressão, conscientemente significada, se orienta de acordo com as normas de infração, porém, é dissimulada uma vez que, de outro modo, não teria nenhum sentido. Os comportamentos são orientados de acordo com um sentido que se exprime seja em um hábito, valor ou crença, de modo a favorecer as condutas.

Através de seus comportamentos os jovens rompem com a validade da ordem legítima. Diante da punição, vão se distanciando dos grupos sociais cujos modos de vida são diversos dos seus. Deste modo desafiam a autoridade e se negam a aceitá-la trazendo-lhes uma angústia: a de ser observado e perseguido por figuras de autoridade (polícia, forças armadas, figuras paternas) (Plastino, 2000). O meio social exerce um domínio que garante a obediência a uma ordem a partir de um conteúdo determinado. Possui como base a relação de comando que, ao se afirmar, torna válida a ordenação social. A possibilidade de que se recorra ao constrangimento para tentar deter os grupamentos sociais cujas condutas levam à “desordem”, é o reflexo de um processo de “desintegração social”. Cabe à ordem controlar a *“realidade da vida diária”* (Berger & Luckmann, 2003, p. 38).

“A realidade da vida diária, como uma realidade ordenada [...] aparece já objetivada, isto é, constituída por uma ordem de objetos. Seus fenômenos acham-se previamente dispostos em padrões que parecem ser independentes da apreensão que deles tenho e que se impõem à minha apreensão”. (ibid)

V.3 – Conflito e interação social

Na vida cotidiana, *“a realidade é admitida como a realidade”* (ibid, p.40)¹⁷ seja, aquela que é apreendida como norma indiscutível e que se torna hegemônica nos processos de organização e interação social. No processo de drogadicção, os comportamentos e as ações que fazem do dependente uma presença incômoda e ameaçadora. A discriminação afasta as possibilidades de ajustamento social levando à procura de alternativas voltadas para novos modos de vida que tragam algum nível de estabilidade. É nesse sentido que o dependente se afasta gradativamente das ações cotidianas que a ele se impõem e que se tornam insuportáveis porque não são adequadas à sua opção de vida, para construir a partir daí uma realidade que atende às suas demandas, fato que lhe permite manter uma inserção através das relações que por ele são construídas. A relação indivíduo-droga atende às suas necessidades individuais de sentir prazer, como elemento transformador e de uma forma de apreensão do real. Mesmo na perda temporária de consciência provocada pelo efeito da substância, sente a euforia por, ainda que momentaneamente, ser capaz de anular o desprazer em sua vida diária. Por outro lado, essa relação o conduz a uma forma de vida em que as relações sociais se constroem em uma nova forma de agrupamento que atende às necessidades deste estilo de vida.

As relações sociais conflituosas e antagônicas cedem lugar à procura por grupos em que os indivíduos possuem comportamentos semelhantes. Nesse sentido agrupam-se através de relações baseadas numa socialização unificadora, na medida em que a semelhança, ou seja, a existência de traços ou de características comuns leva à descoberta de um sentido subjetivo capaz de orientar os comportamentos em função de um sentimento comum. Esse tipo de relação social se fundamenta *“no sentimento subjetivo dos participantes de pertencerem a um mesmo conjunto”* (Weber apud Freund, 2002, p. 95).

¹⁷ Grifo do autor.

“Não vou andar com pessoas que não bebem, que não cheiram, não fumam. Então tem que ficar com as pessoas que fazem as coisas que eu faço”. (Fátima)

“Você quer ficar na elite, né?”. (Leandro)

Ao procurarem estabelecer novas formas de socialização, criam um outro tipo de relações sociais em que os membros do grupo formam um segmento social onde a representação conduz à uma direção autônoma, pois permite aos seus membros fixarem livremente a sua linha de conduta. Tal fato nos leva a considerar que a “autonomia” a qual os jovens referem obter através do uso de drogas só é possível a partir da existência de agrupamentos heterônomos cujas condutas referem a existência de regulamentos impostos por uma autoridade exterior, por exemplo, uma legislação. Conduz, portanto, a uma atividade que faça triunfar a sua vontade sobre a dos outros, constituindo-se em um espaço de “luta” que está nas bases das diversas manifestações sociais das quais uma das mais importantes é o poder. (Freund, 2002). Através do poder é possível fazer triunfar *“no interior de uma relação social, sua própria vontade...”* (Ibid, p. 98).

“O poder não se dá, nem se troca, nem se retoma e só existe em ato [...]. O poder não é primeiramente manutenção e recondução das relações econômicas, mas, em si mesmo, primariamente, uma relação de força [...]. O poder é essencialmente o que reprime”. (Foucault, 2002, p. 22)

As diferenças, geradoras de tensões, nesta *“relação de força”* (Ibid), contribuem para o entendimento dos conflitos como uma forma de socialização. A sociedade encontra no conflito uma maneira de resolver as divergências na tentativa de conseguir algum tipo de unidade que, em sua significação sociológica, suscita ou modifica os interesses coletivos (Simmel, 1983). Quando no meio social os diferentes grupos, em sua heterogeneidade, empreendem um maior número de manifestações individuais, essa diferenciação torna inevitável que as ações de um grupo penetrem o outro grupo. Esse fato leva às tensões que, por sua vez, tornam o conflito que delas emergem uma forma de interação. É através do conflito que se manifesta a subordinação como instrumento de coesão social para evitar uma *“destruição desagregadora”*. O que se faz é através da subordinação à uma instância superior pois *“quando um certo número de homens está submetido a uniformemente a um só, são iguais”* (Simmel, 1977, trad. da p.160). Esse pensamento pressupõe um mecanismo de controle em que está implícito um tipo de poder. Na procura por unidade entre os

indivíduos (o agir dentro das normas) há um processo dialético onde a maior socialização traz a ação do outro sobre si e vice-versa. Nesse sentido, a existência de regras e normas sociais é o que garante a manifestação da diferença e a coesão social. Sendo o dependente de drogas um ator social, suas ações inevitavelmente irão interferir no seu modo de se relacionar e de ser conhecido pelo outro. Na medida em que é visto como uma ameaça à ordem estabelecida, pois conduz o seu modo de vida fora dos padrões social e moralmente aceitáveis, interagindo com os mesmos por meio de sua drogadicção, o dependente sofre as ações do meio social, fato que impõe a ele a necessidade de modificar as suas condutas. Como sente dificuldade para abandonar ou modificar os seus comportamentos, ou mesmo não deseja fazê-lo, vai abandonando o tipo de convivência social que a ele se impõe como norma, para construir um tipo de relações baseadas na igualdade dada pelo uso. Protegido nas fronteiras de seu grupo, pode manifestar na semelhança entre os seus membros, a diferença como forma de inserção. Resgata o sentimento de “auto-estima” que lhe conduz, em sua nova rede de relações, ao resgate do poder perdido em suas manipulações e comportamentos. Cria-se uma “sociedade alternativa” onde o comportamento desviante se torna “*um mecanismo fundamental de hierarquização*” (Velho, 1998, p. 205) e é possível viver a plenitude da escolha através de regras e normas específicas porque estão voltadas para a manutenção das condutas deste grupo. Os jovens em seus “comportamentos desviantes” constroem estratégias para que possam continuar tendo sua visão de mundo e que embora possa ser estigmatizante, é manipulada, mesmo que num certo grau de tensão e de clandestinidade (Velho, 1998).

“Isso afirma a pessoa na sociedade. Se torna uma carta forte. Firma na sociedade porque ela só vive no meio de viciados, de drogados, de bandidos. Isso vai firmar ele, né? Vai dar um certo...”. (Bernardo)

“Respeitabilidade!”. (César)

“Eu era o ‘fodão’! De ir pra uma ‘rave’, ‘pô, ali ta o Bernardo, entendeu? Todo mundo me conhecia. Todo mundo tinha respeito por mim! Isso dava o maior status!”. (Bernardo)

O uso de drogas se constitui no mediador das relações entre os indivíduos e o meio social e deve ser compreendido como um elemento importante. No discurso dos jovens, apreendemos que o uso de drogas não se constitui em uma forma de confronto. Os mesmos

agem sobre o meio social, do mesmo modo que sofrem a ação deste, numa “cumplicidade”. Afinal, ser considerado incapaz por causa do seu modo de vida é uma forma de exercer sobre o outro o poder que mantém o equilíbrio social. Assumir essa incapacidade, não como um sentimento real, mas como um “estado de incapacidade” que se justifica na doença e que serve para explicar determinados comportamentos, não significa a convivência com uma forma de subordinação à qual é subjugado de modo a garantir a norma, sendo anulado em sua capacidade criativa e relacional. Significa que a o “estado de incapacidade” se torna um elemento regulador das condutas que permite contestar o discurso dominante, pois em seu novo grupo social, o dependente age e interage revelando toda uma capacidade para que, enquanto sujeito das próprias ações, possa manter a sua inserção como garantia do direito à vida em sociedade. Deste modo, consegue agir sobre a realidade interpretada e subjetivamente dotada de sentido na medida em que forma um mundo coerente e intencionalmente consciente (Berger & Luckmann, 2003).

V.4 – A aplicação das leis

A sociedade, por não acreditar que “*o dependente químico tenha recuperação*” (Leandro), deve cumprir o seu papel. Isso significa o empreendimento de ações que encontram na coerção um dos caminhos possíveis. No caso da dependência de drogas, o preconceito e a estigmatização são, na opinião dos jovens, os principais meios pelos quais a sociedade tenta anulá-los.

“*A sociedade é escrota!*”. (Wilson)

“*Eu acho que tem muita discriminação!*”. (Sandro)

“*São níveis sociais muito diferentes*”. (Bernardo)

“*Drogado não tem mais jeito! Eu passo por uma situação constrangedora: com as pessoas que eu lido, um tem um irmão que usa droga. O outro tem um sobrinho que usa droga. Quando eu to com eles, o tio dele mete a mão: “esse aí tem que morrer para dar descanso pra família. Aquilo é um safado, maconheiro, cheirador, sabe? Como é que o cara vai discriminar o sobrinho?”*”. (Leandro)

O caráter desviante de um ato depende, então, da maneira como os outros reagem a ele.

“*o desvio não é a qualidade de um ato cometido por uma pessoa, mas antes é uma conseqüência da aplicação, pelos outros, das normas e sanções a um*

'transgressor' [...] O desvio é uma consequência das reações dos outros ao ato de uma pessoa" (Becker, 1985, trad. da p.33).

Entretanto, não é necessariamente qualquer transgressão que é considerada problemática a ponto de ser considerada como uma infração, pois *"a tendência a tratar um ato como desviante depende também daquele que o comete e daquele que se estima lesado por este ato"* (ibid, trad. da p.36). No caso da drogadicção, entendemos que a questão do "desvio" se constitui em um dos elementos que conduzem às divergências e às contradições que geram as tensões e conflitos sociais. Enquanto a sociedade apreende o dependente de drogas como aquele que transgride as normas sociais, sendo este tratado em seu "comportamento desviante" com a severidade moral dos indivíduos e das leis, este se sente lesado por aquela porque a sua drogadicção e os seus comportamentos são decorrentes de uma doença. A doença assume um caráter de fenômeno cumulativo na medida em que *"elementos prejudiciais podem agregar-se progressivamente piorando a saúde do indivíduo com o passar do tempo"* (Oliveira, 2001, p.84). Claro que não podemos desconsiderar o caráter comportamental atribuído à dependência de drogas. Embora refiram a existência de um quadro clínico inegável, este se complementa nas ações em que os jovens evidenciam escolhas conscientes. As atitudes que culminam por lesar não apenas a saúde física e mental, como também de pessoas e situações vividas, culminam com uma reação que conduz à estigmatização e, conseqüentemente, à punição. Esse fato pode se dar sob a maneira como os indivíduos se vêem, eles são "colocados" em uma posição humilhante e são tratados por meio de nomes obscenos ou pela indicação de suas qualidades negativas, como se não estivessem presentes (Goffman, 2001, p.31). A outra forma se dá através das leis. Estas objetivam a punição pelo não cumprimento da norma social (Durkheim, 2002). Em ambas, institui-se o direito repressivo para a reparação dos danos causados à coletividade no sentido da sua desagregação. As partes que formam a sociedade devem conviver juntas no sentido de manter a coesão. Quando grupos determinados da organização social interferem nessa coesão é preciso reconduzi-los ao equilíbrio, pois *"a vida social não é outra coisa que o meio moral, ou melhor o conjunto de diversos meios morais que cercam o indivíduo"* (Durkheim, 2002, p.18) e, ainda que a diferença entre os indivíduos seja fundamental, eles devem ser reconhecidos dentro de um mesmo valor moral. Na medida em que nessa diferença os indivíduos interferem na consciência moral coletiva por meio de seus atos, se tornam alvos do que a coletividade impõe através da moral e da lei.

Para os jovens, o desafio constante às leis decorre de suas condutas e assim como o seu modo de vida se constitui em um hábito. A ilegalidade contida nas ações faz parte da “relação de força”, em que a repressão representa a coerção e as atividades ilícitas conclamam o poder sobre o outro. O que é visto como ilegal e, portanto, passível de punição, é, para os jovens, um processo que legitima a sua inserção.

Ao analisar os problemas da política de drogas, Pábon (2001) descreve que, os formuladores de política baseiam-se fortemente no modelo doença/ jurídico, o que consiste na concordância por parte de advogados e especialistas de que, entre vários aspectos, a dependência de drogas é uma doença, e que nem todas as pessoas são igualmente suscetíveis assim elas são responsáveis pelos seus atos quando sob o efeito de drogas.

Entretanto, a Lei 6368/76, conhecida como Lei dos Tóxicos em seu art. 19, parágrafo único, isenta ou conduz à imputabilidade o agente que sob o efeito de substância entorpecente esteja inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso das suas ações. Nesse sentido, configura-se “*o critério biopsicológico*” (Moraes, 2001, p.217), o que pressupõe uma participação involuntária do agente, já que se trata de “*uma situação accidental ou produzida por coação, onde a introdução da droga no organismo do agente se faz sem que haja uma ação volitiva livre por parte dele*” (ibid, p. 218). O agente deverá, na forma do art.19, ser encaminhado à perícia psiquiátrica oficial e, “*verificada a recuperação, será esta comunicada ao juiz que, após comprovação por perícia oficial, e ouvido o Ministério Público, determinará o encerramento do processo*” (art.29, parágrafo 1). Nesse sentido, o dependente de drogas, cuja compulsão o conduz à busca irresistível pela substância, quando furta, rouba, trafica, ou mesmo mata, o faz somente para prover a sua carência da droga. Esse fato, na realidade exime o dependente da responsabilidade sobre os seus atos, contrariando o próprio discurso que refere a consciência e a intenção sobre as ações, Levando à continuidade das condutas isentas de um caráter moral, o que reforça a necessidade de uma intervenção no sentido da anulação do agente e das ações que comprometem as crenças e os sentimentos comuns da vida coletiva. Na realidade parte do modo como o meio social apreende o dependente de drogas e interpreta as suas condutas.

V.5 – A visão da sociedade

Nossa análise nos conduziu a três perspectivas distintas em relação ao uso de drogas. A primeira se refere a existência de uma “superioridade” em relação ao dependente de

drogas. Estes conseguem se manter “dentro das normas”, apesar de terem vivido perdas e frustrações significativas sem que tivessem necessitado recorrer à droga como solução dos problemas.

“Eu fiquei um ano desempregado cheio de bebida na minha cara, que até hoje tem, mas nunca ‘ah,minha mulher me abandonou, eu to duro, vou encher a cara!’. Eu chorava com raiva porque não conseguia emprego,mas nunca me passou pela cabeça ir pra droga, ir pra bebida. Já tava ruim sóbrio. Bêbado, então, ia piorar”. (Ronaldo)¹⁸

Para aqueles que se enquadram dentro desta perspectiva, os comportamentos dos jovens são associados à falta de inteligência e, conseqüentemente, à fraqueza de caráter, à dificuldade para lidarem com os problemas da vida. Na medida em que podem vir a prejudicar a outrem, nas mais variadas situações e instâncias, devem ser alvos de uma intervenção como forma de controle para impedi-los de comprometer o bom andamento da vida social.

“Tem pessoas que...Eu acho que não tem nenhum burro! Uns são mais inteligentes, outros são menos inteligentes. O menos inteligente vai pra droga! Com certeza!”. Eu trabalhava de segurança [...], trabalhei três anos em atividade externa. Fazia investigação. Mas essa investigação com relação às drogas era de funcionários ou de tráfico de drogas. [...] A droga interfere no trabalho. Às vezes é pra proteger o funcionário que não quer ser protegido. [...] Mas ela não discrimina o dependente! Ela dá tratamento, aconselha, ela faz investigação. Até ‘o cara compra droga no morro tal!’. O cara vai lá e às vezes impede. Já fiz muito! Eu era pago pra isso”. (Ronaldo)

A segunda perspectiva relaciona-se a explicação religiosa. O dependente de drogas é considerado como sujeito a um mal que precisa ser expurgado. Entretanto para que a sua “libertação” possa acontecer, ele deve submeter-se a uma instância superior, ou seja, a uma força maior que produz “*uma radical transformação na tensão da consciência*” (Berger & Luckmann, 2003, p. 43). Deste modo a fé se constitui em uma estratégia através da qual “*as pessoas encontrariam lugar para os seus sofrimentos*”(Cunha, 2004, p.102). A fé se torna um elemento agregador que ordena o mundo no sentido da coesão.

“Pelo amor de Deus! Você tem que encontrar na tua vida, meios de tu substituir ‘a parada’ (droga)! Eu hoje me encontrei espiritualmente, graças a Deus! Eu sou cristão. Dá pra sair! Agora eu te digo: sem Deus não dá não! Graças a Deus eu consegui uma outra forma de vida. [...] A palavra de Deus diz o seguinte: aquele que orar, se humilhar e se converter dos seus maus caminhos, Deus ouvirá a ele dos céus e perdoará os seus pecados”. (Hélio)¹⁹

A terceira perspectiva diz respeito ao silêncio que conduz a negação da dependência de drogas na medida em que a sua evitação leva ao descaso, quando não ao desprezo que, como responsável por suas escolhas, deve enfrentar sozinho, ainda que pague com a morte o preço pelas suas condutas.

“A gente tá cansado de chorar por vocês. Porque a gente faz, batalha, tem uma sensação de que não vai conseguir, que não vai valer à pena. Mas a gente fica assim...inconformado! Porque no fundo a gente queria ajudar. Mas na verdade, ninguém ajuda ninguém. Você se ajuda principalmente.se num momento você tinha experiência de conversar e poder se abrir, eu acho que o maior problema de hoje é o silêncio. Eu tive essa certeza na... Eu tinha um aluno, o Alberto, eu descobri que ele tava envolvido com cocaína especificamente e eu freqüentava a casa dele. Aí um dia eu fui passar um ano novo, natal... enfim, na casa dele. E eu tava percebendo uma movimentação enorme e eu perguntei: ‘cadê o Alberto?’. A tia dele sacou que eu sabia de alguma coisa, me puxou pra um canto e falou: ‘o Alberto foi lá em cima comprar. Eu to doida pra ir atrás dele e o pai dele não quer deixar!’. Aquilo foi me dando uma angústia! Eu me ajoelhei, peguei na mão dos dois e falei assim: ‘até quando vocês vão fingir que nada está acontecendo?’. Por duas vezes nós tentamos conversar sobre isso, o papo escorregou. Aí peguei e falei pra mãe dele e o pai dele: ‘nesse momento, o Alberto não tá aqui, tá lá na Vila comprando. E vocês sabem disso! Agora, fingir que tá tudo bem, você cantando e ela batendo palma feliz? Não dá pra gente brincar com isso mais!’. Conclusão: tempos depois o Alberto morreu”. (João)²⁰

Entretanto essas três perspectivas, organizadas nas diferenças que envolvem o modo como se significam os comportamentos e atitudes do dependente de drogas, tem uma linha comum, a necessidade de se reconduzir o dependente a um modo de vida que seja adequado às normas, já que suas ações interferem diretamente nas ações do outro, prejudicando-os.

¹⁸ Ronaldo é um empresário e foi convidado a participar de um dos grupos de intervenção. Seu entendimento sobre a dependência de drogas, reflete uma das formas de apreensão do meio social em relação à questão, bem como a maneira de se lidar com a mesma.

¹⁹ Hélio, o segundo participante dos grupos de intervenção é “um dependente químico em recuperação”. Em abstinência há 4 anos e meio, trabalha como cabeleireiro e traz o discurso da fé como possibilidade de salvação e mudança.

²⁰ João é professor e o terceiro participante dos grupos de intervenção. Traz a questão do “silêncio” como a negação que conduz ao “esquecimento” frente o problema do uso abusivo de drogas. O descaso que deste decorre origina uma possibilidade de anulação do dependente em seu direito à convivência familiar e no meio social.

Seja pelo estigma, pela fé ou pelo silêncio, o que se vê é um processo de neutralização do dependente que, com suas ações interfere no equilíbrio social e na coesão afastado dos valores socialmente construídos, e identificado com um estilo de vida diverso.

Cabe ao dependente de drogas ressignificar, em seu modo de vida, as condutas que garantam a sua inserção e o direito à vida em sociedade. Nesse sentido, passa a viver “várias vidas” na representação de papéis que permitem “*o controle da informação sobre a identidade*” (Goffman, 1988, p.98) e que assumem um significado nas relações na medida em que o indivíduo consolida uma situação vital para a sobrevivência. Nesse sentido, o processo de drogadicção evidencia a construção de um olhar que se manifesta nas condutas pelas quais os mesmos interagem com os indivíduos e que, uma vez conscientemente significadas, tornam a prática drogadicção uma ação social como forma de afirmação de vida.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, considerando a drogadicção como um problema mundial crescente com dimensão e complexidade geradoras de múltiplas indagações, buscou, por meio dos atores sociais envolvidos e do referencial teórico utilizado, a compreensão do processo de drogadicção numa perspectiva para além dos discursos jurídico e biológico. O eixo norteador tem como base a noção de prazer e a sua relação com os elementos que envolvem a drogadicção como meio de inserção social. A discussão teórico-metodológica perpassou por questões que possibilitaram a compreensão do sentido da ação, ou seja, o processo de drogadicção como uma ação social construída na relação de interação entre os atores e o meio social.

Os aspectos relacionados ao processo de drogadicção nos permitiram apreender essa construção como subjetivamente dotada de sentido. Esses aspectos não se encontram isolados e traduzem um significado apreendido pelos atores e que está implícito nas ações individuais e coletivas. Nesse sentido, destacamos alguns pontos. O *prazer* é compreendido como uma paixão alucinante e, o uso de substâncias, o meio de acesso a essa *paixão*. Destacamos duas formas distintas em relação à vivência do prazer: o *prazer positivo* e o

prazer negativo (Sissa, 1999). O *prazer*, embora suponha a “perda de consciência” e uma conseqüente “fuga da realidade”, é o elemento que traduz uma possibilidade de mudança sobre realidade vivida. A transformação do *prazer negativo*, em que há uma perda de controle sobre o uso da substância e sobre a vida, em *prazer positivo* perpassa as ações empreendidas pelos atores com o objetivo de saberem lidar com os problemas e frustrações do cotidiano. Esse fato traz um sentimento de estabilidade e de preservação no modo de viver e de se relacionar, o que torna possível a inserção em vários níveis sociais – trabalho, vida afetiva, familiar, etc, seja pela recuperação da auto-estima, seja pelo reconhecimento por outrem do seu valor.

As ações se tornam parte de uma realidade em que elementos diversos, tendo como base a busca do prazer, se tornam parte de um “mecanismo regulador” que influi na construção de uma forma de vida baseada na “representação de papéis” Os referenciais passam a ser ações no sentido da obtenção e do uso da substância, bem como da manipulação do outro, o que traz um sentimento de *poder*, de *status* e de *capacidade* frente à superação das dificuldades. A *capacidade* possibilita a conquista de um sentimento de auto-realização e de autonomia, pois permite significar um estado ou condição que leva ao empreendimento de ações escolhidas por “*deliberação e decisão*” (Chauí, 2002, p.117), e segundo a própria vontade. O uso da substância traz autonomia e “ser autônomo” é possuir um sentimento de posse em relação às próprias atitudes e escolhas, o que significa responsabilidade e liberdade de ação.

“*Autonomia já é a droga*” (Sandro).

“*Autonomia é você representar você mesmo*” (Bernardo).

Por outro lado, o *prazer negativo* leva à perda da confiança em si mesmo e em seu meio social, por parte das pessoas. O prazer surge como elemento articulador dos conflitos que emergem dessa situação, permitindo a construção de um sentimento de “unidade” através de comportamentos que, mesmo que tragam a autodestruição, se tornam uma linguagem possível de incorporação da realidade. Nesse sentido, preserva-se um sentimento de pertencimento à sociedade. O prazer leva à criação de uma vida própria, onde a distinção é uma forma de *inserção às avessas*.

O abandono das atividades cotidianas, como o trabalho e os estudos, faz parte de um processo de *exclusão* associado à busca do prazer, e não como resultado de uma visão de

sociedade em que imperem o preconceito e a estigmatização. Embora os jovens reconheçam que são alvos do preconceito, este não é determinante em sua *exclusão*, mas sim, o prazer, na medida em que constitui um modo de vida que só tem valor se vivido através do uso de uma substância. Essa forma de vida é associada ao *prazer negativo*, ou seja, à perda de controle, sendo esta atribuída à falta de *informação* que, junto à curiosidade e influência de amigos, contribuiu para a realização das escolhas que culminaram com a dependência de drogas. O valor da *informação* enquanto uma medida de prevenção revela a falta de entendimento da sociedade em relação ao fenômeno da dependência de drogas, que assume uma conotação ética e/ou moral que considera o dependente químico como uma ameaça a ser eliminada da vida em sociedade. Há a crença de que, se o meio social obtivesse a compreensão necessária, haveria um maior entendimento acerca da dependência de drogas como decorrente de uma doença. A carência de *informações* serve para a “absolvição da culpa” e para a transferência de responsabilidade.

Compreendemos de que nada adianta haver a *informação* sobre a questão do uso de drogas se não a compreendermos em sua totalidade, o que nos permitiria utilizar essa *informação* de uma forma positiva, pois nos proporcionaria uma visão mais crítica sobre o consumo de drogas como algo que faz parte da história da humanidade e que leva a conflitos que “*são identificados como sintomas de um mal-estar no mundo*” (ibid, p. 186). Isso contribuiria para a compreensão do uso de drogas como um fenômeno que se insere nas diversas sociedades e que, portanto, atinge a todos. Nesse sentido, acreditamos que uma proposta preventiva através de um modelo que traz uma *pedagogia dialógica* para além do autoritarismo, rompe o isolamento a que o dependente de drogas é relegado gradativamente ao longo do seu processo de drogadicção. O modelo proposto por M.O.Pey (1988) proporcionaria a responsabilização dos sujeitos na reflexão de como o uso de drogas vem sendo tratado em nossa sociedade (apud Acselrad, 2000).

Acreditamos que essa visão sobre a importância da informação reforça o papel dos indivíduos como atores sociais na medida em que se trata de uma ação que objetiva a uma mudança. A perspectiva é de não se restringir à saúde individual “*colocando-se como alternativa às campanhas moralistas, reducionistas*” (ibid) e que, ao estabelecer a relação sujeito-droga em diferentes meios socioculturais, permitiria a formulação de políticas que atendam aos interesses públicos, sobretudo, aos interesses dos próprios usuários enquanto sujeitos que possuem direitos e deveres sem a discriminação que colabora para o reforço da sua condição.

“Tem muitos ‘não use drogas’. Tem cartazes ‘diga não às drogas. Mas também tem poucos trabalhos de prevenção às droga [...]. Tu fala em adicto, ‘o que que tu tá falando?’” (Bernardo).

“É você chegar com um grupo, ir na escola, mostrar. Por exemplo, mostrar o pulmão de uma pessoa que fuma, o cérebro de uma pessoa que usa cocaína, maconha...” (Leandro).

No âmbito familiar, ainda predomina o discurso moral onde o preconceito e a falta de diálogo revelam uma fragilidade de onde emergem as tensões que interferem no desenvolvimento da auto-estima e da afetividade. O uso de drogas se constitui, então, como fonte de socialização e surge para deflagrar uma necessidade de mudança. A “negação” da família, ora decorre da incapacidade em lidar com o problema, ora da “permissividade” que, objetivando o resgate dos valores tradicionais, faz do dependente o seu “bode expiatório” na tentativa de encobrir uma relação de conflito. Esse fato leva à continuidade de ações onde o dependente adota uma “atitude perversa”, na medida em que o comportamento da família se torna uma justificativa para o uso de drogas, pois esta é apreendida por ele como responsável pela sua condição, mesmo quando é manipulada em função de seus objetivos. Por sua vez, a família procura preservar a sua estrutura construindo um “pacto de silêncio” que denuncia a convivência entre esta e o dependente.

O *silêncio* é um instrumento de punição que traduz a aceitação de um sofrimento, por parte da família, como algo que deve ser vivido. Por sua vez, o dependente recorre ao *silêncio* porque encontra neste uma possibilidade de transferir a responsabilidade por suas ações para a família, o que se torna meio para justificar e manter uma condição de acesso ao prazer.

O distanciamento das relações familiares e atividades cotidianas decorrentes da perda de limites, sobretudo, em relação ao controle da “paixão”, leva à necessidade de procura pelo tratamento. Entretanto, o tratamento os distancia da “representação de papéis”. A afirmação da doença leva a adoção de um sentimento de autopiedade que passa a estruturar atitudes e relações e, sob a justificativa da perda de controle, levam à continuidade da busca do prazer. A relação *drogadicção-doença*, cujo entendimento é construído no processo de tratamento, surge como um novo meio de manipulação de pessoas e situações da vida cotidiana e se justifica na compulsão e no prazer com o objetivo de obter ou recuperar o apoio perdido. Embora as perdas já se fizessem sentir, não eram

suficientes para uma mudança efetiva. O tratamento é uma estratégia de recuperação de um controle mínimo sobre as perdas, de modo a garantir a continuidade do processo drogadicativo.

Concordamos com as teorias que afirmam ser a dependência de drogas uma doença com critérios diagnósticos específicos (CID –10) e na qual o adicto é considerado como “... *um homem ou uma mulher cuja vida é controlada pelas drogas*” (Narcóticos Anônimos, 1993, p. 03). Cabe ressaltar que não pretendemos negar os efeitos físicos causados pelo uso de uma substância psicoativa ou pela sua privação

A *incapacidade* é reforçada pelo “discurso da doença”, uma vez que está associada a um modo de vida em que tudo é realizado em função do prazer. Há uma perda de interesse sobre outros aspectos da vida, o que leva a um *desestímulo*, mas não à incapacidade como um sentimento apreendido como real. Os *projetos de vida* enquanto possibilidades de mudança, seja pelo *trabalho* ou pela *fé* como garantias de “volta para a sociedade”, implicam no abandono do que, mesmo contraditoriamente, traz um ganho. Os jovens não são incapazes, porém, são desmotivados na medida em que o cotidiano sem o uso de drogas leva a uma perda de sentido para a vida. A *incapacidade* é justificada como uma conseqüência da doença, na medida que é apreendida como um “discurso do tratamento” e se constitui em um estigma a eles atribuído a partir de um julgamento de valor do outro. A *incapacidade* se torna *reguladora*, pois é construída e apreendida como um “estado” que é vivenciado em um momento particular da vida e se constitui em um instrumento de “manipulação do estigma” para manter o controle sobre o uso e o prazer, além de se constituir em um “mecanismo de regulação social” na medida em que, sob esta perspectiva, a *incapacidade* é atribuída ao indivíduo de modo a garantir uma coesão.

As intervenções do meio social sobre o dependente partem da sua apreensão sobre o mesmo e sobre as suas condutas. Podemos identificar três perspectivas distintas. A primeira perspectiva articula-se a um sentimento de “*superioridade*” em que se evidencia uma capacidade de se manter “dentro das normas sociais”, apesar das frustrações e dificuldades do cotidiano, sem que seja necessário recorrer ao uso de drogas. Nesse sentido, atribui-se ao dependente a falta de inteligência e a fraqueza de caráter, na medida em que este só consegue lidar com as situações da vida por meio do uso de substâncias psicoativas. A segunda perspectiva relaciona-se à *fé* como uma forma de libertação que pressupõe a submissão a uma instância superior, constituindo-se em um elemento agregador que ordena o mundo garantindo o funcionamento da organização social. A terceira perspectiva baseia-

se na *negação* que impõe ao dependente a responsabilidade por seus atos e por suas escolhas, o que o torna alvo do descaso e do desprezo. Há um processo de “neutralização” do dependente em seu papel de ator social, pois este interfere na coesão enquanto se distancia dos valores socialmente construídos.

Nossa análise tem como eixo a compreensão do processo de drogadicção. Entretanto, o *prazer* é o seu elemento norteador. As variáveis que compõem as categorias de análise traduzem uma relação com a noção de prazer, na medida em que se tornam instrumentos que são conscientemente utilizados para consolidar uma situação vital para a sobrevivência. Entretanto, o prazer leva a comportamentos e ações socialmente inaceitáveis. Há a necessidade de intervir sobre essas ações de modo a garantir a coesão social. Em suma, o processo de drogadicção se constrói através do prazer, cuja busca incessante para além dos discursos vigentes (biológico/jurídico) emerge das relações sociais, onde reciprocidade de ações que têm como base as diferenças, contribuem para que a drogadicção, como fenômeno social, evidencie a construção de um olhar.

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Regina. *plantas psicoativas: símbolos de identidade social*. In . In BASTOS, Francisco (org.). *Só socialmente: os fatores psicoativos nas relações humanas através dos tempos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp.15-23.

ASCELRAD, Gilberta. *Educação para a autonomia : a consturção de umm discurso democrático sobre o uso de drogas*. In ASCELRAD, Gilberta (org.). *avessos do prazer. Drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2000.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO. *cartilha sobre as drogas*. Rio de Janeiro : ALERJ/Comissão de Prevenção ao Uso de Drogas e a Dependência Química, sd.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALCOOLISMO E DROGAS. Problemas relacionados ao uso,abuso e dependência de álcool e outras drogas. Prevenção, informação e educação: manual para educadores. Rio de janeiro:ABRAD, 2002.

ARTAUD, Antonin. *Os escritos de Antonin Artaud*. Tradução, seleção e notas de Cláudio Willer. Porto Alegre:L&PM Editores

ABRAMOVAY, Miriam; WAISELFISZ, Julio Jacobo; ANDRADE, Carla Coelho de (et al). *Gangues, galeras, chegados e rappers. Juventude, violência e cidadania nas cidades da periferia de Brasília*. Rio de Janeiro:garamond, 1999.

BARATTA, Alesandro. *fundamentos ideológicos da atual política criminal sobre drogas.* . In BASTOS, Francisco (org.). *Só socialmente: os fatores psicoativos nas relações humanas através dos tempos.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp 35-49

BASTOS, Francisco. *Cocaína: uma carreira histórica.* In BASTOS, Francisco (org.). *Só socialmente: os fatores psicoativos nas relações humanas através dos tempos.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp 25-33.

BASTOS, Francisco Inacio ; GONÇALVES, Odair Dias. *drogas : é legal ? um debate autorizado.* Rio de Janeiro : Imago, 1993.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e ambivalência.* Tradução de Marcos Penchel. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editor, 1999.

BECKER, Howard S. *Outsiders: études de sociologie de la deviance.* Paris: Éditions A. – M. Métailié, 1985.

BECKER, Howard *Uma teoria da ação coletiva.* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *a construção social da realidade.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BERGER, Peter L; LUCKMANN, Thomas. *modernidade, pluralismo e crise de sentido. A orientação do homem moderno.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Presidência Da República. Secretaria Nacional Antidrogas. *política nacional antidrogas.* D. O. U nº 165-27.08.2002. Brasília: SENAD, 2002.

BUCHER, R. *Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: cartilha do educador.* Brasília: Ministério da Saúde/Programa nacional de DST/AIDS,1995.

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

BURNS, John E. *O caminho dos doze passos.*São Paulo : Edições

CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade.* Tradução de Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. (Coleção Rumos da Cultura Moderna)

CHAUÍ, Marilena. *convite à filosofia.*12 ed. São Paulo: Atica, 2002.

CUNHA, Claudia carneiro. *Revelando vozes, desvendando olhares: os significados do tratamento para o hiv/aids.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (dissertação de mestrado)

CENTRE D'ANALYSE ET D'INTERVENTION SOCIOLOGIQUE.. *La prevention de la consommation d'alcool et de drogues illicites, dans le cadre du lycée*. Paris, 2000.

CÓDIGO CIVIL. *Lei nº 10.406*, de 10 de janeiro de 2002.

CODIGO CIVIL. *Lei nº 6.368* de 21 de outubro de 1976

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. *nem soldados nem inocentes. Juventude e tráfico de drogas no rio de janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

DO CARMO, Paulo Sergio. *Juventude no singular e no plural*. In *as caras da juventude*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. *doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2001. (Coleção Antropologia e Saúde)

DUBET, François. *La galère: Jeunes em survie*. Paris: Fayard, 1987.

DURKHEIM, Émile. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 2002. (coleção Grandes Cientistas Sociais)

F, Aluizio. *alcoólicos anônimos*. Rio de Janeiro: Dior, 1986.

FREUND, Julien. *A sociologia de Max weber*. Tradução de Luis Cláudio de Castro e Costa. Rio de janeiro: Forense Universitária, 2000. 5.ed.

FREIRE, Paulo. *pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 15ª ed. (Coleção Leitura)

FREUD, Sigmund. *o mal-estar da civilização*. Tradução de José Otavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

FOUCAULT, Michel. *história da sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1998).

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GOFFMAN, Erving. *estigma. notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7 ed. São Paulp: editora Perspectiva, 2001.

GOFFMAN, Erving. *a representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1975.

INEM, Clara; BAPTISTA, Marcos. *toxicomanias: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sete letras, 1997.

KALINA, Eduardo et al.. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

KALINA, Eduardo; GRYNBERG, Halina. *Aos pais de Adolescentes*. Rio de Janeiro: Francisco neves Editora, 1998.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack A. *compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KARNIOL, Isac. *subsídios à problematização dos discursos médico e jurídico*. . In BASTOS, Francisco (org.). *Só socialmente: os fatores psicoativos nas relações humanas através dos tempos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, pp 71-73.

LANCETTI, Daniel (org.). *saúde e loucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1991.

MINAYO, Maria Cecília dos santos. *Sobre a toxicomania da sociedade*. In BAPTISTA, Marcos ; CRUZ, Marcelo Santos ; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2003. 2v, pp 13-29*.

MINAYO, Maria Cecília dos Santos (org.). *pesquisa social :teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ : Vozes, 1994.

MONTEIRO, Walmir. *O tratamento psicossocial das dependências*. Belo Horizonte: Novo Milênio, 2000.

MOREIRA, Maria José Franklin. *O grito dos drogados*. Campinas,SP: Lemos, 1994.

OLIVENSTEIN, Claude. *o não dito das emoções*. Tradução de Ângela Melim. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

OLIVENSTEIN, Claude. *uma interrogação sobre a dependência*. In BAPTISTA, Marcos ; CRUZ, Marcelo Santos ; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2003. 1v, pp 37-47*.

PÁBON, Mauricio Avendaño. *O processo de deliberação sobre a política de drogas e a implementação da política de redução de danos na colômbia*. In BAPTISTA, Marcos ; CRUZ, Marcelo Santos ; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2003. 2v, pp 43-55*.

PLASTINO, carlos Alberto. *a constituição do sujeito coletivo e a questão dos direitos humanos*. In ASCELRAD, Gilberta (org.). *avessos do prazer. Drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2000, pp 17-33.

PLASTINO, carlos Alberto. *dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea*. In BAPTISTA, Marcos ; CRUZ, Marcelo Santos ; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade*. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2003. 2v, pp 133- 144.

PENNA, Antonio gomes. *Freud, as ciências humanas e a filosofia*.. Rio de Janeiro :Imago, 1994.

POLITIQUE QUÉBÉCOISE AU COEUR DU QUÉBÉC. *la jeunesse au coeur du québéc*. Quebec : Litho Acme-Renaissance, 2001.

PROCÓPIO, Argemiro. *O brasil no mundo das drogas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

PROJETO DE PESQUISA E ASSISTÊNCIA A USUÁRIOS DE DROGAS (PROJAD/IPUB). *O tratamento de usuários de drogas no PROJAD: sobre as especificidades das demandas nesta clínica*. In CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salete Maria Barros (orgs.). *álcool e drogas: usos, dependência e tratamento*. Rio de Janeiro: Edições IPUD: Cuca, 2001, pp.229-238. (Coleções IPUB).

MACRAE, Edward. *antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos*. In SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JR, Alfredo. *dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001, pp. 25-34.

NATIONAL INTITUTE ON DRUG ABUSE; NATIONAL INSTITUE OF HEALT. *Epidemiological trends on drug abuse*. Maryland: Division of Epidemiology and Prevention Research, 1999.

NARCOTICS ANINYMOS. *the NA way*. 5 ed. AA World Services, 1993.

RIZZINI, Irmã; CASTRO, Mônica Rabello de; SARTOR, Carla Daniel. *Pesquisando... guia de metodologia de pesquisa para programas sociais*. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1999.

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

SAAD, Ana Cristina. *Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos*. In CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salete Maria Barros (orgs.). *álcool e drogas: usos, dependência e tratamento*. Rio de Janeiro: Edições IPUD: Cuca, 2001, pp. 11-32. (Coleções IPUB).

SAWAIA, Bader; VÉRAS, Maura; JODELET, Denise; et. Al. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2002. 4 ed.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica*. [on line] 2002. Disponível: [http:// www. Bireme.br](http://www.Bireme.br). [capturado em 09 nov, 2003]

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. *relatório de I fórum nacional antidrogas*. Brasília: SENAD,1999.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2002

SILVA, Ana Maria. *As práticas corporais ou porque “narciso” se exercita*. Revista Brasileira de Ciência do esporte. Rio de Janeiro. V.17, nº 3, 1996, pp.244-251.

SIMMEL,George. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1989. (coleção Grandes Cientistas Sociais)

SIMMEL,George. *le conflit*.

SIMMEL,George. *estudios sobre las formas de socialización*. Revista de Occidente, v.1. Madri, España , 1977.

SISSA, Giulia. *prazer e o mal. Filosofia da droga*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. *terapia familiar sistêmica*. In SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JR, Alfredo. *dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001, pp. 25-34.

TELES, Nair. *E o prazer se fez carne...*, s.d.

TOSCANO JR, Alfredo. *um breve histórico sobre o uso de drogas*. In SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JR, Alfredo. *dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001, pp. 07-22.

TOURAINÉ, Alain. *Crítica da modernidade*. Tradução de Elia Ferreira Edel. Petrópolis: Vozes,1994.

TOURAINÉ, Alain .*La voix et le regard* .Paris:Seuil, 1978.

TOURAINÉ, Alain. *le retour de l'acteur*. Paris:Fayard, 1984

TOURAINÉ, Alain .*la methode de l'intervention sociologique*. Paris: Atelier d'Intervention Sociologique, 1982.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *tóxicos & manias: o mal –estar da contemporaneidade*. Rio de Janeiro:UERJ, 1995

VELHO, Gilberto. *nobres e anjos. Um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

VELHO, Gilberto. *Subjetividade e sociedade.uma experiência de geração*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

VELHO, Gilberto. *desvio de divergência. Uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1974.

WEBER, Max. *economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 3 ed Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1994.

WEBER, Max. *sociologia*. Organizado por Gabriel Cohn. 2 ed. São Paulo:Atica, 1992.

WEBER, Max. *a ética protestante e o espírito do capitalismo*. Tradução de Pietro Nassetti. São Paulo: Martim Claret, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes médicas, 1999.

ZALUAR, Alba (org). *drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense,1994.

ANEXO I

METODOLOGIA: A INTERVENÇÃO SOCIOLÓGICA

A intervenção sociológica é um método de análise que vem sendo utilizado desde o ano de 1976. Foi criado para o estudo de um tipo particular de condutas coletivas: os movimentos sociais. Trata-se de uma metodologia desenvolvida pelo sociólogo Alain Touraine e seus colaboradores e que se destaca dos demais métodos de estudo pela sua originalidade que se justifica no caráter analítico e experimental que apresenta. Consiste na interação entre pesquisadores e participantes e procura metodologicamente esclarecer e hierarquizar os significados de uma ação. Esses procedimentos possibilitam unir o sentido à ação na construção de um novo olhar. É um instrumento qualitativo de análise que pressupõe a valorização do discurso dos atores permitindo a verificação de formas de interação entre os mesmos. Esse procedimento é possível na medida em que, por meio dos debates realizados nos grupos de intervenção, as diferenças na forma como cada participante discorre sobre o tema bordado a partir de uma apreensão que é individual, contribuem para que se construa um novo sentido sobre as ações que, para além das particularidades, passa a ser compartilhado pelo grupo possibilitando a construção de um olhar na ressignificação dos diferentes elementos que envolvem as ações.

A metodologia não pretende anular o discurso individual, mas partir deste para uma construção coletiva que possibilita aos pesquisadores a compreensão dos fenômenos sociais, baseada na explicação das condutas dos atores a partir da consciência dos mesmos. Estes serão levados a explicar as suas ações. Cabe ressaltar que o Método de Intervenção Sociológica, ao possibilitar a interação entre pesquisadores e participantes, não perde a sua objetividade porque se fundamenta na reciprocidade entre os atores que, na sua interação, se tornam capazes de apreender, explicar e efetuar mudanças positivas na forma como compreendem a realidade cotidiana e a ela reagem por meio de suas ações. Além disso, o caráter de exterioridade faz com que os pesquisadores conduzam a pesquisa de forma pontual. Quando, por exemplo, durante a intervenção sociológica a análise foge aos objetivos da pesquisa, os pesquisadores intervêm no sentido de reconduzir o grupo investigado ao objeto de análise em questão.

O Método de Intervenção Sociológica possui dois momentos principais: a auto-análise e a conversão. O primeiro momento possibilita a união do sentido da ação à consciência

do ator. Portanto, a auto-análise colocará os atores diante de suas próprias ações possibilitando-lhes, através do debate entre pesquisadores e participantes, interpretar o sentido das mesmas. Na auto-análise os participantes são colocados diante do próprio fenômeno o que os leva a discorrer sobre as suas opiniões na forma como o entendem. São levados a pensar sobre as suas condutas, mas neste momento da metodologia, ainda não conseguem romper com a particularidade contida nos próprios discursos. Nesse momento, o objetivo proposto pelo método é o de estabelecer uma relação direta entre os participantes e o fenômeno estudado, no caso, a drogadicção. Não pressupõe um consenso entre os mesmos, uma vez que se fundamenta no fato de que cada indivíduo possui suas próprias questões internas, que diferem das outras opiniões. Desta maneira, propicia-se o debate como estratégia para a reflexão e a mudança. O ator é “...confrontado com os interlocutores. Sua reflexão e sua ação se formam somente a partir desses encontros, freqüentemente mais diretos que o decurso do próprio conflito” (Touraine, 1978, trad.da p.185). No conflito há a tendência para que os interesses particulares sobrepujem os interesses coletivos. Entretanto, o debate possibilita partilhar com os indivíduos opiniões diversas que suscitam outra forma de conflito construído no interior dos grupos como representantes de uma coletividade e que, nesse sentido, permite uma análise das ações e fenômenos numa perspectiva sociológica real pois “a mais antiga regra do pensamento sociológico, fortemente afirmada por Durkheim, é explicar o social somente pelo social” (Touraine, 1984, trad. da p. 109). Nesse sentido, cumpre ao método criar, por meio dos debates, as interações que se constituem em relações sociais criadas artificialmente, onde na diversidade é possível atribuir um sentido à ação.

O segundo momento da intervenção sociológica se constitui no principal momento do método. Na conversão os pesquisadores, após os dados obtidos na auto-análise, formularão a hipótese e a apresentarão ao grupo. O objetivo desse procedimento é o de motivar os atores a re-avaliarem a sua auto-análise, pois quando esta é realizada, ainda possui um “caráter individualista”. É nesse momento que os pesquisadores criam condições, por meio da intervenção, para que o indivíduo faça uma re-análise das suas ações, na medida em que está sujeito à opinião e à influência dos outros membros do grupo, não mais numa perspectiva ideológica e particular, mas dentro de uma perspectiva coletiva criada a partir da interação entre os atores no grupo pesquisado. Entendemos que é nesse momento que se criam as tensões e, por meio delas, é possível

aos indivíduos a realização de mudanças de atitudes ou de opiniões, pois ajuda na análise do fenômeno numa perspectiva mais ampla, na medida em que interagem com os demais participantes e compartilham opiniões que diferem das suas.

Os atores, dentro de um grupo de intervenção sociológica, não são confrontados pelos pesquisadores. As tensões têm o objetivo principal de criar condições para que eles repensem as suas ações, dentro de uma perspectiva sociológica, uma vez que, esse estudo busca a compreensão da drogadicção como uma construção social, ou seja, como um conjunto de ações que são construídas nas relações sociais. Nesse sentido, é necessário que os participantes, ao longo da intervenção, estejam inscritos em um contexto caracterizado pela formação de uma rede de relações. Eles não são elementos passivos no processo metodológico. Ao contrário, uma vez compreendidos como atores sociais, participam ativamente dos processos de investigação sob a orientação dos pesquisadores, o que corresponde a uma das vantagens do método.

Ao longo dos últimos anos, a Intervenção Sociológica vem sendo aplicada em outras perspectivas. Lapeyronnie (1986) descreve que após a eclosão dos movimentos sociais na França, o seu desaparecimento associado à crise econômica torna também necessário o estudo de outras condutas sociais também importantes como a marginalidade, o terrorismo, as condutas anti-sociais, etc. François Dubet em sua obra *La Galère: Jeunes em survie* (1987) utiliza o método de intervenção sociológica na análise da delinqüência juvenil. Além disso, o CADIS (Centre de L'Intervention Sociologique – Paris), vem desenvolvendo pesquisas em três campos principais: os atores sociais e as mudanças históricas; os atores e aparelho cultural; desestruturação dos atores e crise urbana. Este último procura analisar o sujeito pela perspectiva dos processos de socialização, tendo como premissa a construção de uma experiência social heterogênea. Aborda temas como a exclusão, marginalidade, racismo, entre outros, nos quais poder-se-ia incluir o tema da drogadicção.

O CADIS foi criado no ano de 1981 e tem como diretor-fundador o sociólogo Alain Touraine. É um laboratório de sociologia diversificado em seus objetos de estudo e integrado à concepção do trabalho de pesquisa. O projeto do C.A.D.I.S objetivava, a princípio, o estudo dos movimentos sociais. Entretanto, a institucionalização e o declínio do movimento operário na França fizeram com que surgisse um programa de pesquisa onde “objetos empíricos” se impuseram. A estrutura teórica dos trabalhos de pesquisa desenvolvidos pelo CADIS fundamenta-se na sociologia da ação que, em

linhas gerais, entende a ação social como sendo construída a partir das relações sociais e como portadora de um significado apreendido pelos atores. Nesse sentido, a sua estrutura metodológica encontra a possibilidade de unir a teoria à ação prática. A justificativa para a escolha do método baseou-se na adequação da sua estrutura metodológica com o entendimento de que toda ação possui um significado que se constrói na interação entre os sujeitos.

O tempo de duração de aplicação do método de intervenção sociológica é de no mínimo dois anos. Considerando-se o tempo previsto para a conclusão do curso de mestrado, houve uma adaptação do método em relação a sua aplicação na pesquisa. O estudo foi acompanhado por pesquisadores do CADIS, os quais foram contatados pela professora orientadora Nair Teles. A professora, por motivos de interesse profissional e teórico, participou da pesquisa de campo que, de acordo com a orientação de Alain Touraine, possui condições de utilizar o método de forma adaptada.

Cabe ainda ressaltar que, em nossa compreensão, não haveria risco para os entrevistados, o qual efetivamente se comprovou ao longo da pesquisa, considerando-se os aspectos acima descritos e a especificidade dos participantes. A Intervenção sociológica não se trata de um grupo terapêutico, pois não se pretende analisar aspectos individuais da prática drogadicção. Não se trata também de desconsiderá-los, pois compreendemos a sua importância. Entretanto, o que pretendemos é partir desses aspectos e por meio da intervenção, criar condições para que os indivíduos analisem a sua prática, de modo a nos permitir situá-la em um contexto sociologicamente construído na análise do discurso.

- Aspectos operacionais

O Método de Intervenção sociológica foi aplicado na pesquisa de campo no período entre 30/04 de 2004 à 27/08/2004. A Pesquisa foi realizada no Centro de Tratamento e reabilitação de Adictos – Centra-Rio/SES. O Centra-Rio é considerado como um Centro de Referência para questões ligadas ao uso indevido de substâncias psicoativas dentro da rede de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Deve cumprir papel normativo e desenvolver atividades de impacto para a Rede, dentre as quais, as atividades de pesquisa. Foi criado no ano de 1998, com a finalidade de ser um

hospital-dia para usuários de drogas, ou seja, um local de acolhimento entre uma estrutura hospitalar para desintoxicação em um ambulatório de saúde mental. O Centra-Rio vem atuando em quatro linhas de trabalho: assistência a adolescentes, adultos e seus familiares; pesquisas e programas especiais (tabagismo e DST/AIDS); capacitação de profissionais e supervisão de serviços em dependência química nos municípios do estado. Atualmente, a Unidade oferece um tratamento ambulatorial que atende pacientes com problemas de álcool/drogas, assim como os seus familiares. Nos programas de tratamento a frequência dos pacientes é de duas a três vezes por semana, nos horários da manhã ou da tarde, de acordo com a inserção do paciente e conta com diversas atividades complementares ao tratamento que, numa abordagem multidisciplinar, conta com atividades de terapia ocupacional, oficina da palavra, vivências corporais e atividades recreativas. Uma vez definido como um Centro especializado e de referência, o Centra-Rio se traduz por sua função normativa e pela capacidade de criar ações inovadoras e de impacto na área de drogas ampliando os procedimentos possíveis de execução, permitindo que a SES/RJ possa cumprir o verdadeiro papel de gerador de políticas de saúde na área de uso de drogas.

A proposta inicial para a formação dos grupos de intervenção, estava baseada na escolha de pacientes pertencentes ao grupo de apoio¹. Entretanto, observamos a inviabilidade de trabalharmos com esse grupo especificamente, na medida em que observamos a grande instabilidade emocional com que os pacientes chegam à Unidade, muitos ainda com atendimento médico marcado para cerca de um mês após a sua inserção no tratamento. Além disso, o grupo de apoio possui uma dinâmica diferenciada pois envolve pacientes recém-chegados ao Centra-Rio. A frequência é de uma vez por semana. Nesse sentido evidenciamos a impossibilidade de comprometermos a participação no grupo de apoio, bem como de onerarmos os pacientes para que comparecessem ao local da pesquisa em dia diverso do dia de tratamento, uma vez que, por questões administrativas não seria possível ao Centra-Rio oferecer Vales-transportes aos participantes. Objetivando respeitar os aspectos éticos que envolvem a pesquisa, em reunião com a equipe do Centra-Rio sugeriu-se que, considerando os critérios de elegibilidade para a pesquisa, esta fosse realizada com os pacientes do programa de

¹ No final do ano de 2004 o *grupo de espera* passou a ser denominado *grupo de apoio*. Os objetivos são os de recepção e acolhimento do paciente para a criação de vínculos que permitam ao paciente manter a sua adesão ao tratamento.

adulto jovem, onde há o maior percentual de usuários de drogas ilícitas (cocaína) e em primeira vez no tratamento.

Segundo os dados fornecidos pela equipe terapêutica do programa de adulto jovem, cerca de 44,1% considera a cocaína a droga principal. Analisando a proposta da equipe técnica da unidade, eu e a professora Nair Teles concordamos quanto à viabilidade da realização da pesquisa com essa clientela. Associado a esse fato, temos a importância que o trabalho representa, na medida em que, utilizando como base *La Politique Québécoise de La jeunesse* (2001) de cujos grupos de discussão a professora Nair fez parte, se torna possível uma construção teórica inédita sobre o assunto a que se propõe este estudo. Além disso, ao analisarmos a proposta do *Programa Adulto Jovem* observamos que entre os seus objetivos está a inserção social na perspectiva de habilitação para novos papéis a partir de uma atitude crítica diante do fenômeno da drogadicção, tendo o acesso à educação, à formação profissional e ao lazer, um dos seus desafios. Essas propostas do programa de tratamento articulam-se com os objetivos propostos pela *Politique Jeunesse* visando oferecer aos jovens condições favoráveis ao exercício da cidadania para que a juventude também possa encontrar o seu lugar (2001).

Nesse sentido, reconhecemos que a intervenção sociológica representaria uma possibilidade de enriquecimento das propostas acima descritas colaborando, por meio de sua estrutura metodológica, para a modificação do papel dos atores numa perspectiva positiva de mudança, a partir de uma consciência socialmente significada.

O *Programa Adulto Jovem* ocorre três vezes por semana e com o apoio da equipe terapêutica, pudemos realizar a pesquisa, duas vezes na semana, pela manhã, com duração de 1 hora cada, e em dias e horários do tratamento, sem que esse fato comprometesse a rotina dos jovens. O grupo contou com a participação de 13 jovens, e tinha como características gerais²:

- Os participantes possuem idade entre 20 e 28 anos de idade.
- A idade média para o início do uso de drogas é de 14 anos

² Essas informações foram cedidas pelo Centra-Rio e foram apresentadas pela equipe terapêutica do *Programa Adulto Jovem* no Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira – JUBRA, realizado em outubro do ano 2004 pelo Instituto de Psicologia da UFRJ.

- Situação familiar caracterizada pela presença de pais e irmãos legítimos a exceção de 1 paciente (filho único).
- Baixa escolaridade e conseqüentemente , ausência de formação profissional.
- Desgaste das relações familiares
- Delinqüência: envolvimento com tráfico de drogas, roubos e furtos.
- Comprometimento da auto-imagem.
- Impulsividade e ansiedade.
- Grande dificuldade de construir identidade fora da droga: Fusão com a droga.

O interesse de jovens do sexo feminino na participação nos grupos de intervenção nos levou a considerarmos uma modificação da proposta inicial da pesquisa de campo que incluía apenas jovens do sexo masculino. Consideramos que, tendo como referencial o discurso dos jovens, a participação das pacientes também contribuiria para o enriquecimento do trabalho, fato que se evidenciou sem nenhum tipo de prejuízo à realização da pesquisa. A freqüência dos jovens se mostrou regular, considerando-se as especificidades do tratamento e as faltas não se mostraram significativas a ponto de comprometerem a realização do estudo.

Nosso objetivo inicial correspondia ao trabalho com jovens em primeira fase de tratamento, ou seja, que freqüentam os grupos de acolhimento. No entanto, com a criação do grupo de apoio para adulto jovem, este passou a ser denominado como primeira fase de tratamento, cujos objetivos são o de informar sobre os efeitos nocivos do abuso de drogas, iniciar a identificação com o grupo e promover atitudes críticas diante do fenômeno de drogadicção. Nesse sentido, o que correspondia à primeira fase de tratamento, é agora considerada como segunda fase, cujo foco é o sujeito e a sua relação com a droga, o que corresponde ao nosso objeto de análise, constituindo-se no grupo ideal para a realização da pesquisa, uma vez que na terceira fase o foco é o sujeito e o tratamento corresponde à psicoterapia de grupo.

Uma vez formado o grupo de jovens, iniciamos a auto-análise através das discussões sobre os temas que permeiam o uso de drogas a partir do discurso dos jovens. A

predominância da vitimização baseada no entendimento da dependência de drogas como doença, permeou a maioria dos grupos de auto-análise, constituindo-se como a base para a conversão, ou seja, para o surgimento das tensões que põem em questionamento essa forma de apreensão da realidade e que leva à necessidade de reflexão por parte dos jovens com relação às suas condutas no sentido de uma reavaliação e uma modificação. A conversão propiciou o aparecimento de temas como, por exemplo, os “projetos de vida” que objetivavam uma condução dos atores no sentido de uma mudança, não só das perspectivas para a vida como das atitudes. Outro ponto forte da conversão foram os grupos mistos. Nesses grupos, além dos jovens participaram pessoas convidadas, a partir de uma discussão interna ao grupo de intervenção, e enquanto representantes do meio social, a saber, um empresário (Ronaldo), um dependente químico em recuperação, dono de um pequeno negócio (Hélio) e um professor de escola pública de segundo grau (João). Nos grupos mistos as tensões provocadas pelas divergências de opiniões foram de fundamental importância para a reflexão dos jovens e a mudança sobre o modo como interpretam a realidade e/ou as suas condutas. Inicialmente, houve um certo receio quanto a participação dos convidados nos grupos, por parte dos mesmos e dos pacientes. Esse fato corroborou para o surgimento das tensões que devem ser criadas artificialmente nos grupos, mas que resultaram no agradecimento de jovens e convidados por terem aprendido com o processo.

Embora o “discurso da doença” tenha perpassado por quase todos os grupos de intervenção – grupos de pacientes e grupos mistos – houve um salto qualitativo significativo no “olhar” dos jovens e em seus comportamentos. É o caso, por exemplo, de uma dessas sessões, em que os jovens foram considerados menos inteligentes por parte de um dos convidados. Num primeiro momento o grupo se sentiu ofendido, para depois reconhecer que o uso da inteligência os conduziu àquele caminho, pois foi utilizada por eles de uma forma negativa.

- Intervenção sociológica do dia 16/06/2004:³

³ As falas dos jovens fazem referência à tensão surgida no grupo misto realizado na semana anterior, em que Ronaldo, o empresário afirma ser o dependente de drogas um indivíduo menos inteligente. A atitude dos jovens neste momento foi assumir uma postura de superioridade e “deboche” em relação ao participante.

“Pô, fiquei ‘bolado’ quando falou que quem usa droga é menos inteligente!”. (Bernardo)

“Ele falou que nós somos menos inteligentes”. (Sandro)

- Intervenção sociológica do dia 14/07/2004:⁴

“Eu acho que tem inteligência positiva e negativa. Eu usei a minha inteligência pro mal”. (Bernardo)

Essas e outras situações ocorridas ao longo da pesquisa de campo nos mostram a validade do método na medida em que as discussões propiciaram a reflexão sobre questões trazidas pelos jovens ou decorrentes dos grupos de intervenção anteriores a elas.

Embora aplicado de forma adaptada consideramos que o método cumpriu os objetivos propostos na medida em que possibilitou a condução dos atores a sair dos aspectos particulares que envolvem a sua prática, suscitando temas para além da questão da doença, o que nos permitiu obter os elementos necessários para a construção deste trabalho. A medida que pudemos conduzir os grupos a uma análise crítica sobre o processo de drogadicção a partir de temas mais amplos, pudemos contribuir para enriquecer não só o seu tratamento⁵, mas sobretudo, para permitir um novo olhar sobre a dependência de drogas e levar à realização efetiva de mudanças em suas vidas.

“Primeiramente agradecer vocês pela pesquisa, tipo inovadora, né? Dando, tipo assim, um apoio de busca pra se conhecer melhor, acredita em si próprio. Muitos chegam aqui dentro desacreditados! Pensando que é um bicho, é um merda e quando vê, não sabe o que é que tem dentro quando se abre uma porta

⁴ A referência feita conscientemente pelo paciente, ao relatar no grupo a sua vida antes e depois do tratamento.

⁵ Os vínculos criados pelos jovens através do grupo de intervenção sociológica levou-os a considerá-lo como parte da sua rotina de tratamento, ou seja, era uma atividade que lhes ajudava a compreender o processo no qual estavam envolvidos. Eles sabiam que não era tratamento psicoterápico, mas consideravam tão positivo quanto o tratamento.

mais à frente, que pode conquistar o mundo! Vocês ajudam, assim... em certo termo a ter auto-confiança de novo. Expondo problemas, conversando através de grupos. Porque a sociedade vê os adictos como ladrão, marginal, matador, mas não sabe o que que aquele adicto pode ter por dentro”. (Wilson)

“Vocês puderam me conhecer melhor do que eu mesmo!”.
(Gabriel)

“A pesquisa me ajudou a ver um lado da dependência química que eu não conhecia” (Leandro)

Gostaríamos de concluir revelando que os jovens, nos grupos de intervenção, puderam discorrer sobre seus os projetos de vida, mesmo com dificuldade para colocá-los em prática, manifestando um desejo de mudança relacionado com o retorno ao trabalho ou aos estudos. Ao final da pesquisa de campo, verificamos algumas mudanças relatadas pelos jovens:

- Bernardo: Possui o 3º grau incompleto, pois havia trancado a faculdade. Nos comunicou a reabertura da matrícula e a transferência do curso de gastronomia para o curso de administração de empresas, pois estava trabalhando com o pai no ramo de corretagem de imóveis.
- Sandro e Geraldo: ambos revelaram a grande dificuldade em interromper o uso de drogas, vivenciando constantes recaídas. Embora viessem negando essa possibilidade, principalmente Geraldo, resolveram optar pela internação e, posteriormente, dar continuidade ao tratamento no Centra-Rio
- Gabriel: Interrompeu os estudos na 7 série do primeiro grau. Em seu discurso, observamos a insegurança em retomar os estudos, pois *“a droga não deixa”*.

Gabriel retomou os estudos e mesmo com as suas dificuldades vai, pouco a pouco recuperando, a sua auto-estima. A relação conflituosa com a mãe foi substituída pelo silêncio que, embora precise de atenção especial pelo tratamento, se constituiu no recurso adotado pra que “*ela não estragasse a minha parte boa*”.

- Wilson: jovem em situação de rua e desempregado. Conseguiu um emprego nas eleições para poder tirar os seus documentos.
- César: trabalha, pois tem “*uma família pra sustentar*”. Manifestou o desejo em retomar os estudos e ter melhores oportunidades no seu local de trabalho.
- Augusto: trabalha como locutor. Conseguiu emprego em uma rádio comunitária, apesar de ainda ter recaídas constantes.
- Fátima (Graziela): Possui segundo grau completo com formação profissional de técnico em enfermagem. Tem plano para cursar a Universidade.
- Leandro: Adepto dos trabalhos comunitários continua exercendo a sua ajuda ao próximo.

Houve um real envolvimento dos jovens no processo de intervenção, o que contribuiu para que estes se sentissem realmente integrantes da pesquisa, valorizando a oportunidade de aprendizado, bem como a sua colaboração para a construção de um conhecimento científico como possibilidade de uma maior compreensão a cerca do fenômeno da drogadicção, proporcionando uma mudança de olhar, não só dos participantes do estudo, como dos indivíduos que compõem o meio social. O encerramento da pesquisa ocorreu com uma confraternização que deixa saudades, onde se firmou o compromisso de, após a defesa, haver a devolução dos dados e a apresentação do estudo a esses jovens que pela voz nos conduziram à apreensão de um olhar.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar a sua participação na Pesquisa: “Da incoseqüência à incapacidade. Do prazer ao direito de existir. O que o processo de drogadicção nos informa?” A pesquisa tem como objetivo compreender o processo de drogadicção pela perspectiva do dependente de drogas, através da noção de incapacidade, enquanto eixo norteador, relacionando-o com a noção de prazer.

Os procedimentos desta pesquisa não têm por objetivo realizar um grupo de terapia. Não se trata de tratamento. Você estará participando de uma pesquisa que procurará realizar uma análise sobre o tema da dependência de drogas numa perspectiva de caráter sociológico.

Por intermédio desse termo lhe são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos dessa pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) direito a não autorizar a utilização de material de áudio e vídeo antes e/ou durante a pesquisa; (6) solicitar encaminhamento médico e terapêutico a qualquer momento durante a realização da pesquisa; (7) ter acesso aos resultados da pesquisa após o seu término; (8) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa garantindo-se o direito à permanência na Unidade para a continuidade do tratamento.

A sua participação permitirá o maior conhecimento sobre a realidade vivida, podendo trazer subsídios às autoridades competentes para tomadas de decisão, se assim for necessário.

“Declaro estar ciente das declarações nesse ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’ e entendo que serei resguardado pelo sigilo dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre essa pesquisa; recusar-me a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa; solicitar a não inclusão em documento de quaisquer informações que já tenha fornecido; solicitar a não utilização de gravado; solicitar atendimento médico e terapêutico durante a minha participação na pesquisa; ter acesso aos resultados da pesquisa após o seu término a qualquer momento que julgue necessário, devendo procurar o Centra-Rio que receberá uma cópia da pesquisa e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia desse Termo permanecerá arquivada com o pesquisador de Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública responsável por essa pesquisa”.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2004.

Participante: _____

Endereço (somente se você desejar fornecer esta informação):

Assinatura do pesquisador: _____

Endereço (Centra-Rio): Rua Dona Mariana, 151 – Botafogo.

Telefone: 2286-3183

ANEXO III

EXTRATO DE UMA ENTREVISTA⁶

Augusto: por exemplo, eu quando tenho recaída, né? Estava aqui algumas semanas atrás, eu tenho que ser interditado. Entendeu? Tenho que ser interditado numa clínica que é pra poder parar. Entendeu? Eu comecei num processo de recaída, né? Que a recaída não vem qdo a gente ta... A gente vai e usa. A recaída vem antes. Em sentimentos e comportamentos, né? Sabe, eu não consigo!”. Eu já tava vindo pra cá, com mente de entrar no supermercado e roubar uma garrafa de uísque pra quando sair daqui usar. Pq essa era a maneira que eu arrumava dinheiro pra... pra sustentar meu vício. Era roubando garrafa de uísque no supermercado pra poder usar drogas. Entendeu? então, eu... na minha forma de ver, eu tenho que ser interditado.

Márcia: mas isso você acredita ou você faz uma análise... Quer dizer, a impressão quando eu ouço, por isso que eu te perguntei se você já tinha feito tratamento. Porque a impressão que a gente dá é que você já, já tem um discurso...

Augusto: discurso pronto.

Márcia: Pronto. De explicação pro que você vive. Quer dizer, você encontrou esse discurso e ele te respondeu e você usa esse discurso.

Augusto: Acredito. São comportamentos totalmente obsessivos compulsivos. Da mesma maneira que eu uso drogas. Eu to às vezes me drogando através de sexo, através do trabalho... Entendeu? é a busca de um prazer imediato.

Márcia: mas, peraí! Eu não to entendendo. Eu acho que você ta tocando num ponto interessante. O que é se drogar através do trabalho? Pq aqui agente tinha levantado... A gente teve uma reunião aqui que a gente falou da importância do trabalho, né? Em termos assim; do lado positivo da gente. O que a gente tem de positivo na vida. Então uma das coisas foi o trabalho que vocês levantaram. E a gente levantou: o que é trabalho? É só o trabalho de carteira assinada ou... Isso aqui é um trabalho. A gente considera isso aqui um trabalho Efetivamente o que a gente ta fazendo aqui é um trabalho. É um trabalho de pesquisa sobre a vida. Então, o que é isso? Trabalhar é, não só necessariamente você ter uma carteira assinada. Você tem outras forma de trabalhar e a gente também tem que aprender a valorizar essas outras formas de trabalhar, na medida que a outra da carteira

⁶ Este anexo tem como objetivo ilustrar a aplicação do Método de Intervenção Sociológica. Cabe ressaltar que as iniciais que antecedem os diálogos são de nomes fictícios para que sejam mantidos e respeitados os aspectos éticos que envolveram o estudo.

assinada ainda não chegou. Então você fala assim; “olha, eu me vicio no trabalho”, não é isso? Mas isso não seria uma coisa positiva? Por ex: eu. Trabalho muito. Muito. Trabalho muito!

Augusto: Porque aí vem uma busca egoísta, entendeu? Uma busca egocêntrica interior. Por exemplo: pra mim é uma busca egoísta, egocêntrica porque eu vou ta ali, em vez de ta buscando simplesmente o meu trabalho pra conseguir um salário mensal pra me sustentar, pra suprir as minhas necessidades mensais, eu não vou ta fazendo simplesmente isso.

Gabriel: é uma compulsão, uma obsessão, um.... Eu tenho que trabalhar...

Márcia: ah! Então você ta relacionando esse trabalho excessivo...

Augusto: é o mesmo comportamento que eu tenho quando eu vou buscar a droga.

Márcia: então, se eu trabalho excessivamente eu sou uma drogada?

Gabriel: não, não é uma drogada. É o seguinte: é um comportamento...

Augusto: é um comportamento adictivo.

Gabriel: é um comportamento compulsivo. O problema não é quando você trabalha demais. Quando você trabalha demais, trabalha de um modo saudável...

Márcia: o que é isso?

Gabriel: por exemplo: você trabalha de um modo saudável, você não vai se estressar por 14 horas, durante 14 horas do começo ao fim....

Márcia: então eu sou adicta? É isso que eu to querendo saber. Porque eu to no meu trabalho, trabalho demais, não dá conta de terminar no dia, às vezes, trabalho em casa, acordo de madrugada, trabalho pq não dá tempo. Hoje acordei profundamente irritada. Você vai no trabalho, você tem aborrecimento, você chega, as pessoas não sabem... Eu não to entendendo. Porque não sou só eu. Várias pessoas têm essa coisa. O que eu to dizendo é: às vezes, não necessariamente está escondido um comportamento um comportamento adicto. Isso é da vida! Entendeu o que eu to te falando? O que eu to tentando trazer pra vocês é que existem coisas que SÃO assim! Não é que estão certas ou erradas. Que são assim!

Augusto: são naturais do ser humano.

Renata: são experiências. Vivências que pelo menos em algum momento da vida da gente a gente passa.

Augusto: mas nem todo mundo faz.

Márcia: não! mas e daí? O fato de você ter feito não quer dizer que você vai ser um viciado, vai ser um bandido, vai ser um estuproador. vocês não acham que frustração faz parte da vida? Eu não acho vocês tão diferentes não. Frustração todo mundo tem.

