

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Fabiana Coelho Fernandes

**CUIDANDO DO JARDIM PARA VIREM AS BORBOLETAS: UM ESTUDO
SOBRE APROPRIAÇÃO DE ESPAÇO POR DEPENDENTES QUÍMICOS**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUCSP

Fabiana Coelho Fernandes

**CUIDANDO DO JARDIM PARA VIREM AS BORBOLETAS: UM ESTUDO
SOBRE APROPRIAÇÃO DE ESPAÇO POR DEPENDENTES QUÍMICOS**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, pelo Núcleo de Configurações Contemporâneas da Clínica Psicológica do Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, sob orientação da Prof^a Dra. Marlise Aparecida Bassani.

SÃO PAULO

2010

Banca Examinadora

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial dessa dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: _____ Local e Data: _____

Concede-me, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar as que eu posso e sabedoria para distinguir uma das outras.

(Reinhold Niebuhr)

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e a Jesus Cristo pelas oportunidades diárias que tenho para me tornar uma pessoa melhor, através dos seus ensinamentos!

Aos meus pais, pelo amor infinito que nos une! Vocês são a minha base, meus exemplos de vida, de perseverança, de carinho e dedicação. Obrigada por tudo, sempre, mas em especial pelo apoio e incentivo incondicional em todas as minhas empreitadas!

A minha orientadora, Prof^a Dra Marlise Ap. Bassani, pelo acolhimento desde minha primeira aula no mestrado, pelo carinho e compreensão em todos os momentos da minha caminhada como pesquisadora e principalmente por ter colocado os meus pés no chão quando eu insistia em alçar vôos mais altos.

Aos meus familiares, pessoas a quem eu devoto muito respeito. Em especial: meus primos Bernadete e Jefferson (pelo incentivo à graduação), meus tios Florindo e Aparecida (por me receberem tão carinhosamente quando decidi estudar longe de casa), meus primos Luciane, Pedro Luiz e Michelle (por dividirem comigo não somente o espaço, mas também suas histórias), minha Vó Flor (pela oportunidade que tivemos de estar juntas em um dos momentos mais importantes da minha vida), meus tios Conceição e Laura, meus primos Tânia, Sérgio e Nathália (por contribuírem com seu carinho e atenção nos momentos finais da minha graduação), minhas tias Odi e Nádia (por sempre compartilharmos nossos saberes), meus tios Elli e Néia (pelo incentivo em tudo que faço), meus primos Sérgio, Pedro, Rafael e Ana Carolina (por sempre me fazerem rir, mesmo nas piores situações) e meus sobrinhos Bruno, Enzo e Eduarda (simplesmente por existirem).

A instituição onde a pesquisa foi desenvolvida, que sempre me acolheu com muito respeito e carinho. Obrigado principalmente pela confiança no meu trabalho!

Aos participantes dessa pesquisa, que compartilharam comigo suas difíceis histórias de vida e as tentativas de superar suas dificuldades. Dizer obrigado ainda é pouco para agradecer tudo que vocês me proporcionaram!

A CAPES, pela bolsa de estudos que proporcionou o desenvolvimento e conclusão dessa pesquisa.

A Prof^a Mathilde Neder, que contribuiu imensamente para a minha formação desde a época de graduação e também à Prof^a Ida Kublikowski, pelas contribuições importantíssimas fornecidas no Exame de Qualificação.

A todos os meus amigos do mestrado, por dividirmos nossas angústias e alegrias pelos corredores e salas da PUC-SP. Em especial: Cláudia e Erika (pela sensibilização para as mudanças necessárias nos momentos necessários), Lícia e Jamile (por dividirmos os primeiros passos no mestrado, desde o processo seletivo), Carol, Raquel, Luiza, Rafaella, Carine (pela torcida para que tudo desse certo, sempre).

Aos meus amigos, que estão comigo desde muito tempo e de forma ímpar. Em especial: Tatiani (pela amizade, pela imensa contribuição afetiva ao meu trabalho, por acompanhar todos os passos dados por mim nessa caminhada, pelo apoio tecnológico e de tradução nos momentos finais), Famílias Lozano / Oliveira Rodrigues e Oliveira Santos (pelo incentivo, apoio e carinho ao longo dos quase 30 anos de convivência), Hoe Jr. (por ter me ensinado sobre o amor e suas vertentes de maneira tão doce), Cristiana, Fernanda, Milena, Alice, Débora e Alane (por permitirem que eu me aproprie dessa cidade que me faz tão bem).

Aos meus amigos do Grupo Vocal Esperança, que sempre vibraram com as minhas decisões de dar continuidade aos estudos.

Aos meus amigos do Conselho Tutelar (gestão 2006 - 2008) que permitiam minhas saídas para freqüentar as aulas. Em especial, o meu grupo de trabalho: Claudinei, Márcia, Carmen, Herreira e Katiane.

Aos meus amigos da SAPS, em especial: Gilma (secretária SAPS) e Leda (diretora DPSE) por permitirem minhas ausências e confiarem no trabalho que desenvolvo atualmente.

Aos meus amigos da ASPROMATINA, em especial a Cecília e Aline (coordenadoras) e as educadoras, por sempre perguntarem sobre o meu trabalho de forma atenciosa e pela vibração positiva nas etapas finais.

Ao meu amigo José Carlos, pela impressão deste trabalho e meu novo amigo Rafael que me auxiliou com a numeração das páginas nos últimos momentos de produção.

FERNANDES, Fabiana C. **Cuidando do jardim para virem as borboletas**: um estudo sobre apropriação de espaço por dependentes químicos. São Paulo, 2010.

Orientadora: Prof^a Dra. Marlise Aparecida Bassani

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivos descrever como ocorre a apropriação de espaço por homens, dependentes químicos, que são acolhidos temporariamente em uma Organização Não Governamental, bem como identificar outros fenômenos pertinentes à Psicologia Ambiental também presentes nesse ambiente transitório. Para tanto, foi utilizado o conceito de apropriação de espaço proposto por Pol (2002), que implica em um modelo circular composto pelas dimensões de ação-transformação e identificação simbólica, considerando os comportamentos, aspectos cognitivos, afetivos e de identidade no processo de construção do significado do espaço. Participaram desse estudo quatro pessoas, do sexo masculino, com idade entre 30 e 40 anos e optou-se por uma abordagem qualitativa de pesquisa, no sentido de conceber que a investigação dos ambientes de tratamento para dependência química pode trazer conscientização sobre a interação das pessoas com as instituições e os efeitos advindos dessa interação. Realizou-se a replicação parcial da proposta metodológica de Bassani (2003a, 2004b) e foram utilizados os seguintes métodos: entrevistas temáticas (semi-dirigidas), observação direta e registros fotográficos. A coleta de dados foi realizada em uma Organização Não Governamental da Região Metropolitana de São Paulo que acolhe temporariamente dependentes químicos para tratamento. A partir da análise dos resultados, a apropriação de espaço pode ser descrita por meio das seguintes características, a saber: 1) a importância do trabalho organizado na instituição, desenvolvido com normas e regras bem estabelecidas; 2) as limitações de transformação no ambiente da instituição, derivadas das regras; 3) a escolha do local mais significativo pelos participantes na instituição se dá principalmente pelo fato de poderem transformar aquele ambiente; 4) a marcação do espaço escolhido acontece por meio da inserção de elementos físicos que retratam características pessoais dos participantes; 5) a importância da dimensão temporal no processo de acolhimento, do local de origem dos participantes, da inserção da família no processo de tratamento e da instituição como um espaço transitório. Sugestões são apresentadas para que novas pesquisas sejam desenvolvidas, considerando a relevância destes estudos e também o alinhamento destes com as políticas públicas e que contemplem a importância dos espaços de acolhimento.

Palavras-chave: Psicologia Ambiental, Apropriação de Espaço, Dependência Química, Organizações Não Governamentais.

FERNANDES, Fabiana C. **Gardening for butterflies to come**: a study of place attachment for drug addicts. São Paulo, 2010.

Oriented by Professor Doctor Marlise Aparecida Bassani.

ABSTRACT

The objective of this study is to describe how the place attachment occurs by male drug addicts, who are temporarily accommodated in a non-governmental organization, as well as identify other phenomena relevant to environmental psychology also present in this transitional environment. To do this, we used the concept of place attachment proposed by Pol (2002), which implies a circular pattern composed by the dimensions of action-transformation and symbolic identification, considering behavior and cognitive, affective and identity aspects in the construction process of the meaning of space. Participants were four people, male, aged between 30 and 40 years old and a qualitative approach was chosen in order to conceive that the investigation of the environments of treatment for addiction can bring awareness about the interaction of people with the institutions and the effects arising from this interaction. We calculated the partial replication of the Bassani's methodological proposal (2003a, 2004b) and we used the following methods: thematic interviews (semi-directed), direct observation and photographic records. Data collection was performed in a Non-Governmental Organization of the Metropolitan Region of São Paulo which hosts temporarily addicts for treatment. From the analysis of results, the place attachment can be described by the following characteristics: 1) the importance of organized work in the institution, developed with well established norms and rules, 2) the limitations of transformation in the environment institution, derived from the rules, 3) site selection more meaningful by the participants in the institution is mainly because they can transform the environment, 4) the marking of the chosen space occurs through the insertion of physical elements that reflect personal characteristics of participants , 5) the importance of the temporal dimension in the process of welcoming, the place where the participants are from, adding the family in the treatment process and the institution as a transitional space. Suggestions are presented for further researches to be developed, considering the relevance of these studies and also to align these with the public policies that address the importance of space to host.

Keywords: Environmental Psychology, Place Attachment, Chemical Dependency, Non-governmental Organizations.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Objetivos do estudo.....	05
II. PSICOLOGIA AMBIENTAL.....	07
2.1 Breve Conceituação.....	07
2.2 O conceito de Apropriação de Espaço.....	11
2.3 O conceito de Apego ao lugar.....	15
III. DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	18
3.1 Conceituação.....	18
3.2 Políticas Públicas.....	20
3.3 Dados Estatísticos.....	25
IV. TERCEIRO SETOR.....	31
4.1 O Terceiro Setor no Brasil.....	31
4.2 Comunidades Terapêuticas.....	33
4.3 Programas de Atenção à Dependência Química: Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).....	35
V. MÉTODO.....	43
5.1 Considerações Metodológicas.....	43
5.2 Participantes.....	45
5.3 Local da pesquisa.....	47
5.4 Instrumentos.....	48
5.5 Procedimentos de Coleta.....	49
5.6 Cuidados Éticos.....	50

VI. RESULTADOS E ANÁLISE.....	51
VII. DISCUSSÃO.....	92
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
APÊNDICE A: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista Semi Dirigida.....	106
APÊNDICE C: Rotina de Atividades dos Internos na Instituição.....	107
APÊNDICE D: Escala de trabalho a ser desenvolvida pelos internos, nas dependências internas e externas da instituição.....	108
ANEXO 01: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).....	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo o sexo e a faixa etária, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.....	27
Tabela 2. Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês de qualquer droga (exceto Tabaco e Álcool) nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes.....	27
Tabela 3. Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo dependência de drogas, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.....	28
Tabela 4. Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês das drogas mais usadas nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes.....	28
Tabela 5. Distribuição dos 4.107 entrevistados segundo o sexo e a faixa etária, das 52 cidades com mais de 200 mil habitantes, na região Sudeste.....	29
Tabela 6. Prevalência sobre a porcentagem do uso na vida de Drogas, dos 4.107 entrevistados nas 52 cidades com mais de 200 mil habitantes, na região Sudeste.....	30
Tabela 7. Prevalência sobre a porcentagem de dependência de drogas, dos 4.107 entrevistados nas 52 cidades com mais de 200 mil habitantes, na região Sudeste.....	30
Tabela 8. Caracterização dos participantes.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fotografia da sala de reuniões da instituição.....	59
Figura 2. Outra fotografia da sala de reuniões da instituição.....	62
Figura 3. Fotografia da cama ocupada pelo participante 02.....	70
Figura 4. Fotografia do quarto ocupado pelo participante 02.....	70
Figura 5. Fotografia do quarto ocupado pelo participante 03.....	80
Figura 6. Fotografia da cama ocupada pelo participante 03.....	80
Figura 7. Fotografia do quarto ocupado pelo participante 04.....	90
Figura 8. Fotografia, de outro ângulo, do quarto do participante 04.....	90

I - INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e drogas se apresenta atualmente no cenário brasileiro de forma complexa e desafiadora, como grave problema de saúde pública, mobilizando tanto o governo quanto a sociedade na busca de alternativas que contemplem uma atenção especializada para as pessoas que se encontram nesta situação.

Meu interesse pela questão da Dependência Química (ou uso abusivo de álcool e drogas) surgiu ainda nos tempos de graduação. Durante o estágio supervisionado em Psicologia Clínica, realizado sob a responsabilidade da Prof^a Ms Maricelma Bregola, fiz parte do Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADEq) – vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá/PR (DPI - UEM). Naquela ocasião, o que me despertou a atenção foi a importância do vínculo estabelecido com os pacientes atendidos e, a partir do estabelecimento desse vínculo, foi possível perceber o comprometimento dos mesmos com o tratamento proposto.

Ainda durante a graduação, realizei alguns cursos teórico-práticos em Psicologia Hospitalar e minha atuação profissional foi quase toda pautada nesta área. Assim sendo, após o término da graduação, entre os anos de 2003 e 2004, desenvolvi um trabalho em uma Organização Não Governamental (ONG) para acolhimento e tratamento de homens, dependentes químicos, com o objetivo de auxiliar os pacientes quanto à adesão ao respectivo tratamento.

É importante ressaltar que essa referida instituição desenvolve suas atividades nos moldes das Comunidades Terapêuticas e, de acordo com Costa (2009), estas comunidades se constituem em locais de atendimento para dependentes químicos, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e

profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes.

Este trabalho trouxe uma percepção diferenciada do que foi desenvolvido anteriormente, no período de graduação: a importância do vínculo destes pacientes com a instituição e também com os outros pacientes ali atendidos, visto que quando este vínculo era estabelecido, estes demonstravam uma maior adesão ao referido tratamento.

Em seguida, no ano de 2005, realizei o curso de Especialização em Psicologia Hospitalar - mobilizada pelo desejo de aprofundar meus estudos, bem como melhorar minha atuação profissional. No decorrer do referido curso, percebi a importância do desenvolvimento de pesquisas científicas produzidas por psicólogos que trabalham na área da saúde, visto que a proposta de avaliação final era a construção de um artigo a respeito do que foi trabalhado no estágio realizado na clínica pediátrica.¹

Todas essas experiências foram de muito aprendizado e através delas pude verificar a importância do profissional psicólogo para as instituições de saúde (mesmo em ambiente não hospitalar). Partindo desse pressuposto, acredito que a contribuição da Psicologia pode ser significativa para o tratamento da Dependência Química; mas existe a necessidade de transformar a prática destes profissionais, explicitando a forma como as questões pertinentes a essa problemática veio questionar as práticas tradicionais e exigir alternativas na atenção à saúde.

¹ Artigo mimeografado: *Intervenções Psicológicas em Cirurgia Cardíaca Pediátrica, 2005.*

De acordo com Machado e Miranda (2007), no ano de 2003, o Ministério da Saúde afirmou o compromisso de assumir de forma integral e articulada, o enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e drogas; visando à integração social e também o desenvolvimento da autonomia dessas pessoas.

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro. (Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, Ministério da Saúde, 2004b, p.05).

Lima (2008) coloca que a partir da implementação da Política Nacional Sobre Drogas, pelo Ministério da Saúde em 2005, encontramos grandes avanços no que se refere ao tratamento da dependência química, ressaltando que este se situa no campo da saúde mental e apresenta como estratégia o acesso mais facilitado ao tratamento, uma compreensão mais adequada do problema, a perspectiva da promoção de direitos e a abordagem de redução de danos.

A presença do álcool e das drogas na sociedade contemporânea apresenta implicações de ordem social, psicológica, econômica e política, demonstrando a necessidade de estruturar e fortalecer a rede de assistência de forma integrada, visando uma construção coletiva para seu enfrentamento (governo, sociedade civil organizada e demais representações).

Frente ao que foi até aqui exposto, o desenvolvimento da presente pesquisa se atribui ao meu interesse pela problemática da Dependência

Química, no sentido de melhorar o atendimento prestado as pessoas que fazem uso abusivo de álcool ou drogas.

Meu interesse versa também por abordar aspectos da vivência do dependente químico, acolhido em uma Organização Não Governamental (ONG), à luz da Psicologia Ambiental, considerando as inter-relações entre estas pessoas e o ambiente físico da instituição, que é ocupado transitoriamente e lhes proporciona tratamento.

Para tanto, a escolha do conceito de Apropriação de Espaço, sob a ótica da Psicologia Ambiental, para o desenvolvimento desse estudo, parece ser relevante no sentido de descrever como os usuários de uma Organização Não Governamental (ONG) para tratamento de dependência química se apropriam e organizam o espaço que utilizam transitoriamente e identificar outros fenômenos associados a este processo de apropriação de espaço, tais como: privacidade, territorialidade e apego ao lugar, por exemplo.

Pol (2002) propõe um modelo circular de apropriação do espaço, sendo este resultado de um modelo dual de ação/transformação do espaço e identificação simbólica. Neste sentido, as pessoas estão sempre interagindo com o meio físico e a apropriação do espaço dá-se pela circularidade entre as ações e transformações realizadas por uma pessoa em um dado ambiente físico, bem como a expressão de identificação simbólica decorrente e geradora de novas ações/transformações.

Ainda de acordo com Pol (2002), compreender determinados comportamentos e experiências humano-ambientais, suas reticências e resistências sociais, podem auxiliar no estabelecimento de estratégias de gestão e intervenção adequadas.

Bassani, Silveira e Ferraz (2005) e Bassani (2006), ao abordarem a avaliação de percepção ambiental e apropriação de espaço em famílias de agricultores do Estado de São Paulo ressaltam a relevância do estudo de apropriação de espaço como contribuição para o desenvolvimento rural sustentável.

Bassani, Silveira e Ferraz (2005) ressaltam que a apropriação de espaço

(...) é um fenômeno estudado pela Psicologia Ambiental, considerado relevante para a compreensão da relação do agricultor e de sua família, com a propriedade rural e, possivelmente, com seu entorno. (...) Através deste processo, as pessoas desenvolvem diferentes sentimentos e características de apego ao lugar (Bassani, no prelo).

1.1) Objetivos do estudo

O presente estudo tem por objetivo descrever como ocorre a apropriação de espaço por homens, dependentes químicos, que são acolhidos temporariamente em uma Organização Não Governamental (ONG), bem como identificar outros fenômenos pertinentes à Psicologia Ambiental, também presentes nesse ambiente transitório, tais como: o apego ao lugar, a territorialidade e a privacidade.

A proposta desse estudo apresenta grande relevância científica, visto não haverem dados na literatura referentes ao estudo da Apropriação de Espaço junto à população de dependentes químicos; ressaltando também sua importância no auxílio ao estabelecimento de estratégias de gestão e intervenção adequadas a essa população.

É importante ressaltar que os estudos sobre Apropriação de Espaço, realizados na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), têm sido considerados como referência internacional sobre o referido conceito.

O presente trabalho dividir-se-á nos seguintes capítulos: no capítulo I constam a trajetória pessoal da pesquisadora, bem como os objetivos desta pesquisa.

No capítulo II constam as características e a conceituação da Psicologia Ambiental adotada no presente trabalho, bem como a definição dos demais fenômenos associados ao processo de apropriação de espaço identificados na coleta de dados.

No capítulo III, será apresentado o conceito de Dependência Química, abordando também algumas questões pertinentes a este assunto, tais como: políticas públicas, formas de tratamento e dados estatísticos.

No capítulo IV, serão apresentadas algumas considerações a respeito do Terceiro Setor e sua organização no Brasil; sobre as instituições denominadas de “Comunidades Terapêuticas” (o que são, como foram estabelecidas e o tipo de trabalho desenvolvem) e também sobre os programas de atenção à dependência química (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos).

No capítulo V será apresentado o Método utilizado na presente pesquisa, no capítulo VI serão apresentados os resultados e análise, no capítulo VII será apresentada a discussão e no capítulo VIII serão apresentadas as considerações finais.

No último capítulo constarão as Referências Bibliográficas e também Apêndices e Anexos.

II – PSICOLOGIA AMBIENTAL

2.1) Breve Conceituação

A Psicologia Ambiental apresenta definições de diversos autores e estes compartilham que sua concepção refere-se ao estudo das relações humano-ambientais.

Como salienta Moser (1998), a Psicologia Ambiental estuda a pessoa em seu contexto, apresentando como tema principal as inter-relações entre a pessoa e o meio ambiente (tanto físico quanto social), ressaltando que a especificidade da Psicologia Ambiental é analisar como o indivíduo avalia e percebe o ambiente e como ele está sendo influenciado por esse mesmo ambiente – sendo que esse ambiente vai ter influência no comportamento desse indivíduo.

Para Bassani (2002, 2004), a Psicologia Ambiental objetiva o estudo das inter-relações pessoa-ambiente, tanto construído quanto natural, considerando que a pessoa atua e modifica o ambiente e que o ambiente atua e modifica a pessoa, no sentido de relações mútuas. A autora utiliza o termo *pessoa* no sentido de salientar que as inter-relações ocorrem com o ser humano concreto, com uma história de vida, um contexto cultural, dotado de cognição e afetos, com identidade social e individual.

Bassani (2004a) coloca ainda que os estudos da Psicologia Ambiental estão centrados não somente no ambiente físico em si, mas também no fato de que suas características e relações venham a facilitar ou dificultar as interações sociais e necessidades humanas.

Ao realizar uma revisão sobre as definições da Psicologia Ambiental, Corral-Verdugo (2001) observa que as definições são amplas e, ao mesmo tempo em que não restringem a disciplina, não esclarecem seu âmbito de estudo. Para o respectivo autor, a Psicologia Ambiental se interessa pelo estudo do comportamento pró-ambiental e é definida pela proposta de aplicação prática no sentido de abordar e resolver problemas concretos.

Desde a origem da Psicologia Ambiental, para Aragonés & Américo (2000), citados por Alves (2005) e Paranhos (2008), existe uma postura comum entre os psicólogos ambientais no sentido de evitar uma precisão excessiva na definição desta área, com o intuito de não limitarem o desenvolvimento da mesma. Concomitantemente, a não delimitação clara desta área de atuação pode trazer o risco de não saber quais problemáticas lhe são pertinentes e quais não são.

A respeito da caracterização da Psicologia Ambiental, Moser (2002) afirma que a forma de relação estabelecida com o ambiente se apresenta como aspecto que merece atenção, visto que contribui para o bem estar da pessoa – fazendo referência ao conceito de *desenvolvimento sustentável*, que tem por objetivo satisfazer as necessidades da geração atual sem comprometer as próximas gerações.

Para o autor supracitado, a Psicologia Ambiental trata do espaço e analisa percepções, atitudes e comportamentos (individuais e comunitários) relacionados aos espaços físicos e sociais, defendendo a importância da dimensão cultural e também temporal da relação humano-ambiental; considerando, para tanto, quatro níveis espaciais:

- 1) Nível I – micro ambiente, espaços privados (por exemplo: a residência, o ambiente de trabalho).
- 2) Nível II – ambientes compartilhados, espaços semi-públicos (por exemplo: condomínios residenciais, parques).
- 3) Nível III – espaços públicos coletivos (por exemplo: as cidades, o campo, hospitais).
- 4) Nível IV – nível social (por exemplo: ambiente global, natural ou construído).

Com relação aos respectivos níveis, Moser (2001) coloca que existem dimensões na relação pessoa-ambiente e que estas dimensões estão interligadas em cada nível ambiental, conferindo-lhe dinamização e complexidade; a saber: dimensão física, social, cultural e temporal.

Alguns temas de interesse da Psicologia foram adaptados pela Psicologia Ambiental para o estudo de problemas de ordem ambiental e dentre esses temas podemos citar: a percepção ambiental (processo básico para o entendimento dos demais temas), os estressores ambientais, a cognição ambiental e o comportamento pró-ambiental. Dessa forma, outros temas que mereciam investigação também foram incluídos nos estudos da Psicologia Ambiental – tais como: o espaço pessoal, a territorialidade, a aglomeração, a privacidade, a conservação ambiental e a apropriação de espaço (ALVES, 2005).

De acordo com Gifford (2002), a percepção ambiental considera um sistema amplo de variáveis que estão envolvidas em uma determinada cena,

incluindo o observador, visto que este observa e interfere nessa cena ao mesmo tempo em que sofre interferência dessa cena.

Bassani (2004) refere que a percepção ambiental é a forma como se obtém e se reúnem informações através dos sentidos (tato, visão, olfato, paladar e audição) de forma global - sendo que as cenas são vistas como um todo, de acordo com o cotidiano do indivíduo. Nesse sentido, o observador interage com a cena fazendo parte dela; não existindo uma observação imparcial, pois as limitações pessoais selecionam aspectos da cena observada. A percepção ambiental, para a autora supracitada, está relacionada à cognição ambiental – que é a maneira de alguém adquirir, organizar, guardar e recordar informações a respeito de lugares, distâncias e como se constituem as construções (casas, prédios, ruas e espaços abertos).

A seguir estão as definições de outros processos específicos da Psicologia Ambiental - Espaço Pessoal, Territorialidade e Privacidade:

Espaço pessoal é uma área ao redor da pessoa com delimitações invisíveis, estabelecidas pelos indivíduos de acordo com suas próprias características pessoais. É uma distância que se quer manter e preservar quando se está em situação de interação social.

A territorialidade está relacionada com comportamentos e atitudes de um indivíduo, ou de um grupo de indivíduos, que visam controlar espaços físicos, objetos pessoais e idéias. Ela pode envolver ocupação, defesa, personalização e marcação de território.

Privacidade é a possibilidade do indivíduo controlar o acesso de outras pessoas sobre ele mesmo, sobre seu espaço e sobre informações a respeito dele. Inclui também a possibilidade de otimizar a interação social e a transmissão de informações. (Alves, 2005, p.25).

Um dos processos mais relevantes da interação pessoa-ambiente, conforme aponta Corraliza (2000), se constitui quando o espaço físico é convertido em um espaço significativo para o indivíduo.

Neste sentido, o significado atribuído a determinado ambiente pode ser considerado como um conjunto de conteúdos que o indivíduo utiliza para compreender o que é para ele aquele lugar. Essa atribuição de significado é a base que constitui a experiência emocional de um lugar, formando um circuito que entram em jogo as esferas de ação de um indivíduo em determinado lugar e uma caracterização da influência do ambiente sobre o comportamento desse indivíduo. No princípio da ação humana se encontra uma reação afetiva e no início da relação de um indivíduo com o ambiente (natural ou construído) existe uma série de dimensões afetivas, que são decisivas na construção da imagem ambiental e determinantes das estratégias de ação do indivíduo ou de um grupo em um espaço ou frente a um recurso ambiental (CORRALIZA, 2000).

Partindo dos pressupostos acima descritos, é possível considerar a Psicologia Ambiental como área da Psicologia que estuda as inter-relações pessoa-ambiente conectadas aos diversos contextos, com o intuito de compreender se tais interações podem promover um desenvolvimento sustentável.

2.2) O conceito de Apropriação de Espaço

A apropriação é o processo onde deixamos nossa impressão em algo ou alguém. O modo como cada grupo, família ou indivíduo realiza essa apropriação, depende dos modelos culturais, papéis sociais, formas e estilos de vida apresentados. (MORENO & POL, 1999).

Utilizando o pensamento de Korosec-Serfaty (1976), os autores supracitados evidenciam que a apropriação de espaço tem sido definida como um sentimento de possuir e administrar um espaço, independentemente de ser seu proprietário legal; por uso habitual ou por identificação.

É importante salientar que alguns processos da Psicologia Ambiental merecem maior investigação e dentre eles o conceito de Apropriação de Espaço, assim como foi proposto por Pol (2002) e que se constitui como foco deste trabalho.

No ano de 2002 tiveram início os estudos sobre o conceito de Apropriação de Espaço, no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da PUCSP, por intermédio da Prof^a Dra Marlise A. Bassani.

Como sinaliza Paranhos (2008), Bassani iniciou o desenvolvimento de projetos de pesquisa que viabilizassem a discussão do conceito supracitado em diferentes espaços e populações, sendo que primeiramente os estudos estiveram voltados aos espaços de atendimento à saúde.

Em seguida, no ano de 2003, ocorreu o desenvolvimento de um projeto inédito da PUCSP com a EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária); projeto este que versou sobre a utilização dos conhecimentos da Psicologia Ambiental na Agroecologia, visando a construção de propostas que contemplem o desenvolvimento rural sustentável.

Dando seqüência ao desenvolvimento de trabalhos na área de Psicologia Ambiental, Alves (2005) desenvolveu seu estudo com o objetivo de verificar como ocorre a apropriação de espaço por pacientes internados em um

hospital público. Como resultado da referida pesquisa, que envolveu 29 sujeitos, a autora apresenta três níveis de apropriação: pacientes que vivenciam a hospitalização de forma apática; pacientes que conseguem avaliar conscientemente o hospital e o serviço que é oferecido na hospitalização, mas apresentam pouca interação com o ambiente (evitando assim conflitos com a equipe hospitalar) e pacientes que percebem a importância da sua responsabilidade na recuperação e conseguem transformar positivamente sua vivência hospitalar.

Paranhos (2008) desenvolveu sua pesquisa buscando verificar o processo de apropriação de espaço por deficientes visuais (baixa visão profunda ou cegueira) e o meio ambiente após o processo de reabilitação. Como resultado deste trabalho, desenvolvido com 03 sujeitos, a autora também apresenta três níveis de apropriação: re-significação (da deficiência visual, da reabilitação, a ativação de outros sentidos da percepção e processos cognitivos); familiaridade (considerando as interações sociais e os locais onde foi estabelecida a afetividade) e propriedade (considerando que as ações-transformações e as identificações simbólicas são delimitadas pela territorialidade).

Os referidos trabalhos utilizaram o conceito de Apropriação de Espaço proposto por Pol (2002), também adotado na presente pesquisa.

Assim sendo, o referido autor define o conceito de Apropriação de Espaço como um processo constituído de diversas dimensões que se organiza de maneira comportamental e também simbólica; propondo um modelo circular de apropriação do espaço, sendo este resultado de um modelo dual de

ação/transformação deste espaço (componente comportamental) e identidade simbólica com este espaço (identificação do sujeito com o espaço, que inclui processos cognitivos, afetivos e interativos).

Através da ação sobre o espaço, as pessoas, os grupos e comunidades o transformam, deixando assim sua marca e incorporando as mudanças em seus processos cognitivos e afetivos de forma ativa e atualizada; atribuindo a esse espaço um significado individual e social pelos processos de interação. Através da identificação simbólica, as pessoas e os grupos se reconhecem no ambiente e mediante processos de categorização, estas pessoas colocam as qualidades do espaço como definidoras de suas próprias identidades. Desse modo, podemos afirmar que o espaço apropriado se converte em um fator de continuidade e estabilidade do *self*, mantendo a identidade e coesão do grupo. (POL, 2004).

O referido autor ressalta ainda que o espaço apropriado desempenha um papel de referência nos processos cognitivos, afetivos e simbólicos; podendo ser explicado além do funcional e comportamental. Durante o ciclo de vida da pessoa, o peso de cada componente vai variar, mas sempre estarão presentes a ação-transformação e a identificação simbólica.

De acordo com o pensamento de Korosec-Serfaty (1976), citada por Vidal & Pol (2004), a apropriação de espaço é um processo dinâmico de interação da pessoa com o meio e não deve ser compreendida sem os significados definidos socialmente.

O processo de ação-transformação acontece mais no período de juventude, e o processo de identificação simbólica é preponderante na fase da

velhice. O mesmo ocorre em função do tipo de espaço, uma vez que nos locais privados é possível a ação-transformação e nos locais públicos, é mais usual a identificação simbólica (POL, 2002).

A apropriação de espaço se dá pela circularidade entre as ações-transformações realizadas em determinado ambiente físico e também pela construção de identidade simbólica advinda deste processo, que vai gerar novas ações-transformações (BASSANI, FERRAZ & SILVEIRA, 2005).

Pol (2004) sintetiza seu entendimento a respeito da apropriação de espaço, referindo-a como um processo que vincula as pessoas aos espaços, desde os níveis individuais, grupais e comunitários até o ponto de vista da sociedade; sendo que os principais resultados deste processo podem ser entendidos como facilitadores dos comportamentos respeitosos com o espaço, derivados da implicação e participação no mesmo.

Apropriar-se de um lugar, para Pol (1996), significa agir sobre ele com o intuito de assumir seu controle e transformá-lo; processo este através do qual fazemos "nosso" um lugar.

2.3) O conceito de Apego ao Lugar

Os estudos a respeito dos sentimentos que as pessoas desenvolvem com os lugares onde nascem e vivem, bem como a função que estes lugares ocupam em suas vidas, têm sido temas de investigação nos últimos anos por parte dos psicólogos ambientais.

O conceito de identidade de lugar foi desenvolvido para auxiliar na descrição do papel exercido pelas propriedades residenciais sobre a estrutura

da personalidade, especificamente sobre a identidade pessoal (Proshansky, 1978; Proshansky, Fabian & Kaminoff, 1983). Para estes autores, os cenários físicos onde a pessoa se desenvolve contribui para estabelecer sua identidade, assim como o sexo, a raça, a classe social, entre outros aspectos.

Para Proshansky (1983) o conceito de identidade consiste nas cognições sobre o mundo físico em que o indivíduo vive sendo que estas cognições representam memórias, idéias, sentimentos, atitudes, valores, preferências, significados e conceitos de conduta e experiências relacionadas com a variedade e complexidade dos ambientes físicos em que se desenvolve. Assim sendo, a identidade de lugar é uma dimensão do "eu" que define a identidade pessoal em relação ao ambiente físico.

Um dos processos mais relevantes da interação pessoa-ambiente se constitui quando o espaço físico se converte em um espaço significativo para uma pessoa. O significado do ambiente é o conjunto de conteúdos que possibilitam a compreensão das pessoas a respeito do que é para estas pessoas aquele determinado lugar. Dessa maneira, o processo de se atribuir um significado a um lugar é a base que constitui a experiência emocional desse lugar (CORRALIZA, 2002).

Este autor sinaliza ainda que a experiência emocional de um lugar faz parte de um processo onde devem ser verificadas as possibilidades de ação de uma pessoa em determinado lugar e uma caracterização das formas de influência do ambiente sobre o comportamento dessa pessoa.

Altman & Low (1992) utilizaram o conceito de apego ao lugar, ressaltando a relação emocional que estabelecemos com os lugares,

considerando que esta noção foi derivada da Teoria do Apego de John Bowlby & Mary Ainsworth.

Para Ainsworth & Bowlby (1991), o apego se refere à busca e manutenção de contato físico da criança com sua mãe, bem como a ruptura desta ligação através da separação, privação ou morte. A Teoria do Apego forneceu subsídios para Kaiser & Fuhrer (1996) afirmarem que formamos ligações com ambientes que preenchem nossas necessidades emocionais e que possibilitam o desenvolvimento e manutenção de nossa identidade.

Low & Altman (1992) colocam que o apego ao lugar é um conceito complexo e integrador, que compreende diversos aspectos inter-relacionados e inseparáveis da relação que as pessoas estabelecem com os lugares. Estes autores consideram os diferentes padrões em que se deve entender o apego: o lugar, os atores, as relações sociais e o tempo, ressaltando que essa visão deve estar sempre atrelada à proposta do conceito da Apropriação de Espaço.

Villodres & Ruiz (1998) apontam que o apego ao lugar pode ser considerado como um sentimento estabelecido entre uma pessoa e um determinado lugar, formando um vínculo que o impulsiona a ficar nesse lugar - no espaço e no tempo, sendo que sua característica mais marcante é a tendência para atingir e manter um grau de proximidade com o objeto de apego.

III – DEPENDÊNCIA QUÍMICA

3.1) Conceituação

A dependência química é das doenças psiquiátricas mais freqüentes da atualidade. De acordo com o psiquiatra André Malbergier (2005) a dependência química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle no uso de uma ou mais substâncias psicoativas, considerando que estes agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido de tais substâncias.

A síndrome de dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (freqüentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não terem sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que o que ocorre com indivíduos não dependentes. (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, 1993, p. 74).

Como característica essencial desta síndrome, ainda de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, a CID-10 (1993), tanto a ingestão quanto o desejo de ingerir uma substância psicoativa em particular devem estar presentes para a realização do diagnóstico.

Além dessa característica, o diagnóstico definitivo deve ser feito mediante três ou mais requisitos tenham sido vivenciados ou exibidos pelo paciente no ano anterior – dentre eles:

- a) Forte desejo para consumir a substância;
- b) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância;
- c) Estado de abstinência fisiológico;
- d) Evidência de tolerância, no sentido de usar quantidades maiores para alcançar efeitos produzidos por doses baixas;
- e) Abandono de prazeres ou interesses em favor do uso de determinada substância psicoativa;
- f) Persistência no uso da substância, conhecendo a evidência de conseqüências nocivas (como por exemplo: dano ao fígado, estado de humor depressivo e comprometimento do funcionamento cognitivo).

De acordo com Costa (2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a Dependência Química se trata de um estado psíquico e/ou físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, estando caracterizada através de modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem um impulso a utilizar esta referida substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e de evitar o desconforto da privação – ressaltando que a tolerância pode estar ou não presente.

Neste sentido, se reconhece a Dependência Química enquanto doença, considerando a alteração tanto na estrutura quanto no funcionamento da

pessoa, causando-lhe prejuízo; sendo produto de diversos fatores que atuam em concomitância (físicos, emocionais, psíquicos e sociais).

Os vários problemas de saúde associados ao consumo e à dependência do tabaco, do álcool e de outras substâncias lícitas e ilícitas demandam maior atenção por parte dos profissionais de saúde e solicitam respostas e políticas públicas apropriadas que tenham o intuito de resolver ou ao menos minimizar esses problemas nas distintas sociedades.

O conhecimento sobre as questões relacionadas ao uso ou abuso de substâncias psicoativas possui ainda muitas lacunas que devem ser preenchidas, daí a importância de se somarem esforços provenientes de representantes de todos os segmentos (sociais políticos, legisladores, pesquisadores, profissionais de saúde e demais grupos da sociedade civil) no enfrentamento dessa problemática.

3.2) Políticas Públicas

Os temas relacionados ao uso e abuso de álcool e drogas estão em evidência no mundo todo e no Brasil são muitos os questionamentos relacionados ao conhecimento e a aplicação dos diferentes tipos de tratamento existentes para essa população específica.

Historicamente, até o ano de 1998, as políticas públicas sobre drogas encontravam-se sob a responsabilidade do Ministério da Justiça e visavam somente à repressão ao tráfico - em detrimento das ações de prevenção. Em contrapartida, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde baseavam-se no modelo onde era priorizada a internação em hospitais psiquiátricos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de qualidade de vida para toda a população brasileira. Com o intuito de garantir o acesso de seus usuários aos serviços disponibilizados de forma integral e equitativa, o SUS atualmente está avançando na consolidação de uma rede de cuidados que deve ter seu funcionamento regionalizado, hierarquizado e integrado.

Partindo desse pressuposto, as premissas contidas na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2004) apontam a Lei Federal nº 10.216/01 como um marco na Reforma Psiquiátrica, ratificando as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; determinando a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, no intuito de fortalecer a rede assistencial ajustando de forma democrática as suas ações voltadas às necessidades da população – readequando o tratamento dessa população específica aos padrões internacionais, recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

Não ocorreu somente uma mudança de nomenclatura, mas sim uma mudança estrutural na abordagem das ações de prevenção, tratamento e reinserção social. Ou seja, esta política estabeleceu os objetivos, as diretrizes e estratégias de atenção voltadas aos usuários de álcool e drogas, assumindo

uma postura importante ao adotar a prevenção e a humanização na relação usuário/tratamento como orientações fundamentais.

(...) torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, 2004b, p.06).

Cabe aqui ressaltar que as ações de prevenção, tratamento e educação voltadas para pessoas que fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas devem ser construídas nas interfaces intra-setoriais possíveis aos programas do Ministério da Saúde, visto que a questão da dependência química não pode ser analisada somente através da ótica médica, mas sim considerando suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas.

Tais definições são indispensáveis para que os esforços possam ser conduzidos de forma planejada e articulada, no sentido de integrar os diversos agentes nacionais.

A diretriz para o tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional das pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool ou drogas compreende que as intervenções devem ser contínuas e

ocorrer de forma associada, primeiramente através dos serviços de saúde, pois o foco principal do Ministério da Saúde é ampliar o acesso ao tratamento pelo SUS em todos os níveis de atendimento.

Neste sentido, podemos elencar os referidos serviços voltados para o atendimento às pessoas com dependência química: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), Comunidades Terapêuticas, Grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, Hospitais Gerais e Psiquiátricos, Hospital-Dia, Serviços de Emergência, Corpo de Bombeiros, Clínicas Especializadas e Casas de Apoio.

Como aponta Ferigolo e seus colaboradores (2007), os critérios utilizados para realizar os encaminhamentos devem em conta o risco de síndrome de abstinência, condições e complicações biomédicas, comportamentais e emocionais, resistência ou aceitação do tratamento, risco de recaída e ambiente pessoal propício para recuperação.

É importante citar que a *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* está pautada na “redução de danos”, compreendida aqui como uma estratégia que visa amortecer os danos causados à saúde em consequência da prática de risco (comportamento de risco), como por exemplo, o uso ou abuso de álcool e drogas.

Essa abordagem reconhece as singularidades dos usuários e não estabelece como meta única a abstinência, mas principalmente a co-responsabilidade de quem está em tratamento e/ou reabilitação. Sua ação deve acontecer no território, visando a construção e o fortalecimento das redes de suporte social e criando alternativas de combate ao uso de álcool e drogas.

Ressaltando a importância e a necessidade de ações articuladas com as demais áreas onde perpassa tal problemática, cabe salientar que o atendimento às pessoas com dependência química não pertence somente ao âmbito da saúde pública; esse atendimento também se encontra nos parâmetros do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), pautado na Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

O SUAS (2004), na perspectiva do PNAS, propõe uma visão social de proteção, organizada de maneira a contemplar cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

A proteção social supracitada deve garantir a segurança de sobrevivência (visando rendimento e autonomia), de acolhida e de convívio ou vivência familiar; sendo dividida em Proteção Básica e Proteção Especial.

A Proteção Social Especial (PSE) é a modalidade de atendimento destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de

medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

A interlocução entre o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as demais áreas pertinentes devem promover e garantir a articulação e integração (em rede nacional) das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional para o dependente químico e também para seus familiares.

3.3) Dados estatísticos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 10% da população dos centros urbanos em todo o mundo consomem de forma abusiva substâncias psicoativas – independente de idade, gênero, nível de instrução e situação sócio-econômica. Tal afirmação tem consonância em território brasileiro e pode ser compreendida como um número significativo, considerando que a população brasileira chega a 186 milhões de habitantes.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), órgão do governo federal responsável pelas ações de articulação da Política Nacional sobre Drogas, vem promovendo a realização de estudos e pesquisas sobre o uso de drogas, na população em geral ou em grupos específicos.

Nessa perspectiva, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no ano de 2001 foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Em 2005, por meio desta mesma parceria, foi realizado o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil

habitantes; possibilitando assim a obtenção de dados nacionais acerca do consumo de drogas.

Este II Levantamento possibilitou estimar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas, e com isto comparar com os dados obtidos no I Levantamento, desvendando as tendências no consumo pela população brasileira. Assim sendo, os dados obtidos permitem traçar o perfil do consumo de drogas no Brasil como um todo, citando cada região geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste) com a possibilidade de comparar os dados entre as cinco regiões.

Segundo dados do Anuário Estatístico do Brasil (IBGE, 2001), a população estimada do Brasil era de 169.800.000 habitantes, distribuída em 5.507 municípios. Sendo os quatro mais populosos: São Paulo (10.434.000), Rio de Janeiro (5.857.000), Salvador (2.443.000) e Belo Horizonte (2.238.000).

De acordo com Carlini (2006), o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil teve como universo de estudo a população brasileira residente nas cidades com mais de 200 mil habitantes, na faixa etária entre 12 e 65 anos de idade; ressaltando que a cidade de Palmas (capital do Estado do Tocantins) foi também incluída, embora na ocasião não tivesse ainda atingido o número de 200 mil habitantes.

Segue abaixo as informações relevantes deste II Levantamento, relacionados à população brasileira:

Tabela 1: Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo o sexo e a faixa etária, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

FAIXAS ETÁRIAS (ANOS)	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	N	%	N	%	N	%
12 - 17	375	11,4	413	8,9	788	9,9
18 - 25	569	17,2	721	15,5	1.290	16,2
26 - 34	762	23,1	1.025	22,1	1.787	22,5
• 35	1.595	48,3	2.479	53,4	4.074	51,3
TOTAL	3.301	100,0	4.638	100,0	7.939	100,0

- A população das 108 cidades brasileiras pesquisadas com mais de 200 mil habitantes é de 70.332.068 habitantes. Destes, 47.135.928 têm entre 12 e 65 anos de idade (IBGE, 2001);
- Para essa pesquisa foram entrevistadas 7.939 pessoas, considerando que 3.301 são do sexo masculino e 4.638 do sexo feminino;
- Na faixa etária de 12 a 17 anos existem relatos de uso de diferentes drogas, facilidade de acesso às substâncias, vivência de consumo próximo e necessidade de tratamento para dependência.

Tabela 2: Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês de qualquer droga (exceto Tabaco e Álcool) nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes.

USO DE QUALQUER DROGA (EXCETO ÁLCOOL E TABACO) (ANO DE 2005)		
NA VIDA	NO ANO	NO MÊS
22,8%	10,3%	4,5%

- 22,8% da população pesquisada já fizeram uso de drogas, exceto álcool e tabaco. Essa porcentagem corresponde à 10.746.991 pessoas.

Tabela 3: Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo dependência de drogas, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

DEPENDÊNCIA	
% DE DEPENDÊNCIA	
DROGAS	2005
ÁLCOOL	12,3
TABACO	10,1
MACONHA	1,2
BENZODIAZEPÍNICOS	0,5
SOLVENTES	0,2
ESTIMULANTES	0,2

- A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% e de tabaco foi de 10,1%; correspondendo à 5.799.005 e 4.700.635 respectivamente;

Tabela 4: Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês das drogas mais usadas nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes.

DROGAS	TIPOS DE USO %		
	NA VIDA	NO ANO	NO MÊS
MACONHA	8,8	2,6	1,9
SOLVENTES	6,1	1,2	0,4
BENZODIAZEPÍNICOS	5,6	2,1	1,3
OREXÍGENOS	4,1	3,8	0,1
ESTIMULANTES	3,2	0,7	0,3
COCAÍNA	2,9	0,7	0,4
XAROPES (CODEÍNA)	1,9	0,4	0,2
OPIÁCEOS	1,3	0,5	0,3
ALUCINÓGENOS	1,1	0,32	0,2
ESTERÓIDES	0,9	0,2	0,1
CRACK	0,7	0,1	0,1
BARBITÚRICOS	0,7	0,2	0,1
ANTICOLINÉRGICOS	0,5	0	0
MERLA	0,2	0	0
HEROÍNA	0,1	0	0

- O uso (na vida) de maconha surge em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados;

- A prevalência sobre o uso de cocaína, crack e merla foi respectivamente: 2,9% - 0,7% - 0,2%.

Como a presente pesquisa foi desenvolvida em um município que pertence ao Estado de São Paulo, faz-se necessário elucidar as informações obtidas no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil referentes à Região Sudeste.

Segue abaixo as informações relevantes relacionadas à população da Região Sudeste:

Tabela 5: Distribuição dos 4.107 entrevistados segundo o sexo e a faixa etária, das 52 cidades com mais de 200 mil habitantes, na região Sudeste.

FAIXAS ETÁRIAS (ANOS)	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	N	%	N	%	N	%
12 – 17	191	11,0	206	8,7	397	9,7
18 – 25	312	18,0	386	16,3	698	17,0
26 – 34	332	19,5	432	18,2	771	18,7
• 35	893	51,5	1348	56,8	2241	54,6
TOTAL	1735	100,0	2372	100,0	4107	100,0

- Foram entrevistadas 4107 pessoas, sendo que 1.735 são do sexo masculino e 2.372 do sexo feminino.

Tabela 6: Prevalência sobre a porcentagem do uso na vida de Drogas, dos 4.107 entrevistados nas 52 cidades com mais de 200 mil habitantes, na região Sudeste.

USO NA VIDA	
(% DE USO NA VIDA)	
DROGAS	2005
ALCOOL	80,4
TABACO	47,6
MACONHA	10,3
BENZODIAZEPINICOS	6,6
SOLVENTES	5,9
ESTIMULANTES	3,8
COCAINA	3,7

OREXIGENOS	3,1
XAROPES (CODEÍNA)	1,6
ALUCINOGENOS	1,3
OPIACEOS	1,3
BARBITURICOS	0,9
CRACK	0,9
ESTEROIDES	0,7
ANTICOLINERGICOS	0,4
MERLA	0,1
HEROINA	0,05

- O álcool é a substância mais usada na região, apresentando um índice de uso experimental de 80,4%;
- A maconha é a principal substância utilizada, com a mais alta prevalência do Brasil (10,3%) quando comparada às outras regiões;
- O uso (na vida) de cocaína na Região Sudeste está acima da média no Brasil, representando o maior valor encontrado quando comparado à outras regiões (3,7%).

Tabela 7: Prevalência sobre a porcentagem de dependência de drogas, dos 4.107 entrevistados nas 52 cidades com mais de 200 mil habitantes, na região Sudeste.

DEPENDÊNCIA	
% DE DEPENDÊNCIA	
DROGAS	2005
ÁLCOOL	12,7
TABACO	10,4
MACONHA	1,5
BENZODIAZEPÍNICOS	0,8
SOLVENTES	0,3
ESTIMULANTES	0,1

- Foram preenchidos critérios para dependência das seguintes substâncias: álcool (12,7%), tabaco (10,4%), maconha (1,5%), benzodiazepínicos (0,8%), solventes (0,3%) e estimulantes (0,1%).

IV – TERCEIRO SETOR

4.1) O “Terceiro Setor” no Brasil

No início da década de 90 ocorreu o movimento de reestruturação dos governos, sua relação com a sociedade e com o mercado. Este movimento foi denominado de Reforma do Estado; sendo que essa reforma instituiria a separação das políticas regulatórias – que permaneceriam centralizadas – das atividades de execução e prestação de serviços, que passariam a ser descentralizadas. (CANABRAVA, 2007).

Apesar de algumas organizações com características específicas (sem fins lucrativos, com finalidade coletiva ou pública) existirem desde o período colonial no Brasil, foi na década de 90 que o Terceiro Setor ganhou visibilidade, acompanhando um fenômeno mundial.

A expressão “terceiro setor” surge então no Brasil neste cenário, apresentando uma grande diversidade segundo a natureza das entidades que o compõem, situando-se entre as organizações do primeiro e segundo setor.

Oliveira (2005) sinaliza que o primeiro setor está representado pelo governo em suas três instâncias de poder (municipal, estadual e federal); o segundo setor é composto pelas organizações com fins lucrativos também representado por suas três instâncias (indústria, comércio e serviços); e o terceiro setor é composto pelas entidades sem fins lucrativos (organizações da sociedade civil e/ou organizações não-governamentais) que atuam em diferentes áreas (assistência social, defesa de direitos, meio ambiente, entre outras), criadas e mantidas pela participação voluntária no desenvolvimento da prática filantrópica.

Bose (2004) aponta que o surgimento do Terceiro Setor no Brasil ocorreu em um contexto marcado pela redemocratização do país, bem como por sua abertura econômica e o projeto de Reforma do Estado (caracterizado pela privatização, terceirização e publicização dos programas sociais).

Neste sentido, as instituições do Terceiro Setor tiveram seu papel consolidado como parceiras do Estado no incentivo ao desenvolvimento social e o enfrentamento da pobreza e exclusão.

As referidas instituições, que apresentavam trabalhos fechados em suas causas, buscaram novas formas para desenvolver suas atividades e essa mudança tem estimulado o crescimento da profissionalização da gestão das organizações ligadas ao Terceiro Setor.

Atualmente existe uma expansão da atividade dos psicólogos para as diversas camadas da população e esse crescimento pode estar associado à presença destes profissionais nas instituições do referido Terceiro Setor.

Para Canabrava e seus colaboradores (2007), o terceiro setor se inclui entre as entidades beneficentes de assistência social, organizações não-governamentais (ONGs), entidades representativas patronais e profissionais, associações de benefício mútuo até organizações de promoção e luta de interesses sociais, organizações religiosas e partidárias, entre outras.

Franco (2004) atribui às organizações do Terceiro Setor cinco características que lhe são comuns: 1) estão fora da estrutura formal do Estado; 2) não têm fins lucrativos; 3) são constituídas por grupos de cidadãos na sociedade civil como pessoas de direito privado; 4) são de adesão não-compulsória; 5) produzem bens e serviços de uso (interesse) coletivo.

4.2) Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas podem ser inseridas no contexto do chamado Terceiro Setor e partindo desse pressuposto, Costa (2009) refere que tais “comunidades” surgiram no Brasil quando ainda inexistia uma política de atenção ao dependente químico e atualmente são consideradas instituições de atendimento às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, de caráter não-governamental, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, considerando que o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os internos.

Estas pessoas dispõem de um local para habitação com outros dependentes químicos em um ambiente monitorado, sendo que esta vivência traz a possibilidade do dependente viver enquanto abstinência. A referida modalidade de atendimento está indicada para dependentes químicos com história de recaída após a hospitalização ou necessidade de apoio social; se combinado com hospital-dia ou programas ambulatoriais noturnos, podem substituir ambientes de hospitalização.

As comunidades terapêuticas oferecem um balanço entre reclusão objetiva e suporte afetivo, com o intuito de iniciar um processo de aprendizagem. A equipe é composta de ex-dependentes e ao menos um profissional para auxiliar nas terapias de grupo, que estimulam aceitação mútua, confronto de defesas, compartilhamento das histórias de vida, suas fraquezas e forças individuais, oferecendo auxílio para a construção de uma realidade mais saudável.

São estimulados hábitos adequados de higiene, maneiras, linguagem, atitude e conduta; sendo que alguns programas valorizam a religiosidade.

Existe uma imersão total do paciente no tratamento, preenchendo o dia com atividades bem estruturadas.

O Glossário de Álcool e Drogas (2006), desenvolvido pela Secretaria Nacional Antidrogas, traduz a Comunidade Terapêutica como:

*(...) um ambiente estruturado no qual indivíduos com **transtornos por uso de substância psicoativa** residem para alcançar a **reabilitação**. Tais comunidades são em geral especificamente destinadas a pessoas dependentes de drogas; elas operam sob normas estritas, são dirigidas principalmente por pessoas que se recuperaram de uma dependência, e são em geral isoladas geograficamente. As comunidades terapêuticas são caracterizadas por uma combinação de “teste de realidade” (através da confrontação do problema relacionado ao uso de droga do indivíduo) e de apoio dos funcionários e de co-residentes para a recuperação. Elas têm geralmente uma linha muito similar à dos grupos de **ajuda mútua** tais como **Narcóticos Anônimos**. (Glossário de Álcool e Drogas, 2006, p. 44).*

A Resolução nº 101 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA, 2001) estabelece as exigências mínimas para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, classificadas aqui como serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

De acordo com a respectiva resolução, os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de

acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. O principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares, oferecendo uma rede de ajuda no processo de recuperação destas pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Conforme aponta Ferigolo e seus colaboradores (2007), as Comunidades Terapêuticas são locais de moradia comunitária entre dependentes químicos em um ambiente monitorado. A equipe de atendimento é composta por ex-dependentes químicos que tem por objetivo estimular a aceitação mútua, o compartilhamento da vida e a construção de uma vivência mais saudável. São trabalhados, por meio de atividades bem estruturadas, aspectos como: hábitos de higiene, organização da instituição, conduta adequada nas atividades propostas, entre outros; sendo que alguns programas valorizam a religiosidade.

Jones (1972), citado por Jesus (2006), coloca que o trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas leva em consideração a importância do processo educativo, visto que é entendida como uma forma de estimular o crescimento pessoal através da formação de uma consciência responsável.

4.3) Programas de Atenção à Dependência Química: Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA)

De acordo com a literatura oficial de Alcoólicos Anônimos (AA, 2001), este programa teve início em 1935, em Ohio, nos Estados Unidos da América,

após o encontro de um corretor da bolsa de valores de Nova Iorque (Sr. William Griffith Wilson) e um médico cirurgião (Dr. Bob Smith); ambos alcoólicos.

O Sr. William passou por uma “experiência espiritual” que trouxeram-lhe sentimentos de paz e serenidade. Esta vivência fez com que ele decidisse trabalhar no intuito de que outras pessoas pudessem se beneficiar do seu sentimento de “estar revitalizado e manter-se sóbrio”; compreendendo assim o alcoolismo como uma doença da mente, das emoções e do corpo.

O Dr. Bob, apesar de médico, não tinha o conhecimento de que o alcoolismo é uma doença, mas ficou convencido das idéias do Sr. William, alcançando assim a sobriedade e nunca mais voltou a fazer uso do álcool.

Ambos imediatamente iniciaram um trabalho com os alcoólicos internados em um hospital municipal e após seus esforços, um paciente também alcançou a sobriedade. Ainda não existia a nomenclatura de Alcoólicos Anônimos, mas esses três (03) homens constituíram o primeiro grupo de AA e após quatro (04) anos de trabalho, foi alcançado um número de cem (100) alcoólicos sóbrios.

Em 1939 foi publicado o livro de texto básico, intitulado “Alcoólicos Anônimos”, onde foi exposta a filosofia e os métodos de AA; a partir dessa publicação, os grupos de AA se desenvolveram rapidamente.

A referida filosofia chegou ao Brasil em 1945 e em 1950 já havia cem (100) mil alcoólicos em recuperação no mundo inteiro.

(...) o AA é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo. O único requisito para tornar-se membro é o desejo de parar de beber e para ser membro de AA não há taxas ou mensalidades; somos auto-suficientes, graças às nossas próprias contribuições. AA não está ligado

a nenhuma seita ou religião, nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apóia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade. (Alcoólicos Anônimos, 2001, p. 02).

Os membros de AA dividem suas experiências com qualquer um que procure ajuda com problemas de alcoolismo; os depoimentos são realizados “cara a cara” em reuniões e também existe o apadrinhamento do alcoólico recém chegado em AA.

O programa de AA é expresso nos “Doze Passos” e nas “Doze Tradições” se constituem em importante estratégia terapêutica, pois visam a recuperação pessoal do alcoolismo. Os “passos” são baseados nas experiências dos primeiros membros de AA, incluindo seus êxitos e fracassos, descrevendo as atividades que os auxiliaram no alcance da sobriedade.

De acordo com a literatura oficial (AA, 2001) os *doze passos* compreendem:

1. Admitir impotência perante o álcool – com a perda do domínio sobre suas vidas.
2. Crença em um Poder Superior a eles mesmos, que poderia devolvê-los a sanidade.
3. Decisão de entregar sua vontade e sua vida aos cuidados de Deus, na forma em que Ele é concebido.
4. Realização de minucioso e destemido inventário moral deles mesmos.
5. Admitir perante Deus, perante eles mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de suas falhas.
6. Prontificar inteiramente no sentido de deixar que Deus remova todos os seus defeitos de caráter.

7. Humildemente rogar a Ele que nos livre de nossas imperfeições.
8. Fazer uma relação de todas as pessoas a quem prejudicamos com a disposição de reparar os danos a elas causados.
9. Fazer reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significar prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuar fazendo o inventário pessoal e quando estiverem errados, isto deve ser admitido prontamente.
11. Procurar, através da prece e da meditação, melhorar o contato consciente com Deus, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a eles, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procurar transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as suas atividades.

Na mesma vertente, as *doze tradições* (AA, 2001) compreendem:

1. O bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a reabilitação individual depende da unidade de AA.
2. Somente uma autoridade preside, em última análise, o propósito comum - um Deus amantíssimo que Se manifesta na forma de consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não têm poderes para governar.
3. Para ser membro de AA, o único requisito é o desejo de parar de beber.
4. Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos ou ao AA em seu conjunto.
5. Cada grupo é animado de um único propósito primordial - transmitir sua mensagem ao alcoólico que ainda sofre.

6. Nenhum grupo de AA deverá jamais sancionar, financiar ou emprestar o nome de AA a qualquer sociedade parecida ou empreendimento alheio à Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem de nosso propósito primordial.
7. Todos os grupos de AA deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doações de fora.
8. Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.
9. AA jamais deverá organizar-se como tal; podemos, porém, criar juntas ou comitês de serviço diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.
10. Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, AA jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.
11. Nossas relações com o público baseiam-se na atração em vez da promoção; cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.
12. O anonimato é o alicerce espiritual das nossas Tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.

Campos (2004) afirma que a eficácia do modelo construído pelos AA é reconhecida mundialmente e teve influência na constituição de grupos destinados ao tratamento de outras patologias, tais como: Narcóticos Anônimos (NA), Comedores Compulsivos Anônimos (CCA), Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (NASA), Neuróticos Anônimos, Jogadores Anônimos (JA), entre outros.

A reunião de recuperação é o momento onde membros de AA (homens e mulheres) compartilham suas experiências individuais, seus conflitos, suas perdas e conquistas; sem ser estigmatizado ou discriminado. Seus membros se reconhecem como “doentes em recuperação”, adquirindo uma positividade na descoberta de ser igual a muitos outros com histórias e trajetórias semelhantes às suas. Os AA possibilitam aos seus membros a participação de uma efetiva cultura de recuperação, na promoção do auto-cuidado e na resignificação de suas experiências, no sentido de manterem-se sóbrios.

De acordo com o que está descrito no site www.na.org.br, o programa de Narcóticos Anônimos (NA) derivou do movimento de Alcoólicos Anônimos e desenvolveu suas primeiras reuniões nas imediações da cidade de Los Angeles, nos Estados Unidos da América, no início dos anos 50.

Por muitos anos o programa cresceu e se espalhou para outras grandes cidades norte-americanas e também para a Austrália, no final dos anos 70. Em 1983 foi publicado o texto básico de Narcóticos Anônimos e o crescimento deste trabalho subiu vertiginosamente. O primeiro grupo de NA no Brasil foi estabelecido em 1985, na cidade do Rio de Janeiro e hoje em dia acontecem mais de 700 reuniões semanais referentes ao programa.

A base do programa de Narcóticos Anônimos se traduz nos Doze Passos, adaptados de Alcoólicos Anônimos, sendo que nestes "passos" incluem: a admissão de que efetivamente existe um problema, a busca de ajuda, a auto-avaliação, a partilha em nível confidencial, a reparação de danos causados e o trabalho com outros dependentes de drogas que queiram se recuperar.

Existe, no referido programa, o que é chamado pelos seus membros de "despertar espiritual", ressaltando o seu valor prático e não sua importância filosófica. O NA em si não é um programa religioso, mas encoraja cada membro a cultivar um entendimento pessoal, religioso ou não, deste "despertar espiritual."

O valor terapêutico de adictos trabalhando com outros adictos tem tradução nas reuniões realizadas, onde cada membro partilha experiências pessoais com os outros para buscar ajuda, como pessoas que tiveram problemas similares e conseguiram encontrar uma solução.

Os termos "adicto" e "adicção" são utilizados em NA no sentido de expressar melhor a visão de que a dependência de drogas é uma doença que afeta o indivíduo em todas as áreas de sua vida; e os seus membros são encorajados a manterem-se abstinentes de qualquer droga, inclusive o álcool.

Sanchez e Nappo (2005) afirmam que os benefícios terapêuticos destes programas podem ser identificados na literatura científica, visto que no mundo existem mais de dois (02) milhões de pessoas em recuperação pelo AA e NA.

Vale ressaltar que ambos os programas mantêm suas propostas com base em um alicerce espiritual, adotando um contexto ecumênico, ressaltando a importância de um relacionamento com a divindade. Seu modo de atuação se baseia no apoio incondicional as pessoas que estão na mesma condição emocional, permitindo assim um "socorro" mútuo.

A identificação entre os membros dos grupos permite a elaboração de uma nova identidade, agora como "doente em recuperação", que vai possibilitar a ruptura com a "adicção ativa" e também uma nova organização de suas ações, tendo em vista a conquista da abstinência. (CAMPOS, 2004).

Os programas de AA e NA concebem a dependência química como uma doença progressiva e crônica, caracterizada pela negação e pela total perda de controle sobre o uso de drogas ou álcool. Nas atividades desenvolvidas (reuniões), uma das principais estratégias é solicitar aos participantes dos grupos que aceitem com humildade o fato de terem “perdido a batalha” do controle sobre as drogas e o álcool, tendo como base para o alcance e manutenção da abstinência a execução dos “doze passos”.

V – MÉTODO

5.1) Considerações metodológicas

No intuito de contemplar os objetivos propostos, esse estudo será pautado na abordagem qualitativa.

Strauss & Corbin (2008) afirmam que o termo pesquisa qualitativa se caracteriza por qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados por procedimentos estatísticos ou demais meios de quantificação, visto que a análise realizada é interpretativa. Tais pesquisas podem referir-se a estudos sobre a vida das pessoas, suas experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos; bem como a estudos sobre organizações, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre as nações.

Esse tipo de pesquisa se ocupa com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes; entendidos aqui como parte da realidade social. Assim sendo, o objeto da pesquisa qualitativa é o universo da produção humana (relações, representações e intencionalidade), que dificilmente pode ser quantificado ou traduzido em números (MINAYO, 2007).

Turato (2005) propõe que para explicar cientificamente fenômenos relacionados à dependência química, pesquisadores utilizam psiquiatria, epidemiologia ou farmacologia clínica; já para compreender o significado da dependência química na vida do doente, este é um tema para os investigadores que ele nomeia como “qualitativistas”, que podem ser: o psicólogo, o psicanalista, o sociólogo, o antropólogo ou até mesmo o educador.

Denzin & Lincoln (1994) colocam que a pesquisa qualitativa adota uma abordagem interpretativa e naturalística, onde os pesquisadores estudam

coisas no seu ambiente natural, na tentativa de dar sentido ou interpretar fenômenos relacionados aos significados atribuídos pelas pessoas.

Bogdan & Biklen (1998), procuram entender o processo de construção de significados e a descrição destes utilizando a observação empírica, pois através dos eventos concretos do comportamento humano é que se torna possível pensar de forma mais clara e profunda sobre a condição humana.

Desse modo, justifica-se a escolha pela abordagem qualitativa neste estudo pelo fato da mesma ter como prioridade o entendimento do fenômeno a ser estudado em sua peculiaridade e especificidade, possibilitando um plano aberto e flexível e buscando uma compreensão contextualizada de mundo. (NEDER, 1993; PARANHOS, 2008).

Waters, Hamilton & Weinfield (2000) apontam que os estudos iniciais de Bowlby deram origem às primeiras formulações e aos pressupostos formais da Teoria do Apego, enfatizando os mecanismos de adaptação do indivíduo ao mundo real, assim como às competências humanas e à ação deste indivíduo em seu ambiente.

Dalbem & Dell’Aglia (2005) sinalizam que as noções da Teoria do Apego representam um campo repleto de possibilidades de aplicações; aplicações estas que podem ser benéficas a áreas dedicadas à compreensão do desenvolvimento humano.

Crowell & Treboux (1995) relatam que as pesquisas sobre apego tomaram outras direções e os estudos passaram a contemplar assuntos como: as experiências de apego na infância e o comportamento parental, a transmissão intergeracional dos padrões de apego, o impacto das experiências

de apego da infância nos relacionamentos de adolescentes e adultos, entre outros temas.

Com relação aos estudos de apego ao lugar, como fenômeno da Psicologia Ambiental, segundo Pol (2005), existe predominância no desenvolvimento de modelos para descrever o vínculo das pessoas com os lugares, a partir da avaliação dos vínculos afetivos estabelecidos com este lugar.

5.2) Participantes

Para atender aos critérios de inclusão deste estudo, os participantes deveriam ter as seguintes características:

- Estar acolhido e em tratamento na instituição por, no mínimo, 03 meses;
- Ter especificado o tipo de dependência química;
- Ter especificado o número de internações nesta e em outra instituição;
- Apresentar bom estado de saúde, sem a presença de qualquer comorbidade.

Participaram deste estudo 04 (quatro) homens, entre 30 e 40 anos, com diagnóstico de dependência química, de acordo com os aspectos descritos pela CID-10. A seleção da amostra foi realizada pelo gestor da instituição, seguindo os critérios acima descritos.

Tabela 8 – Caracterização dos participantes

Participante	01	02	03	04
Idade	30 anos	40 anos	40 anos	37 anos
Tipo de dependência	álcool e droga	droga	álcool	álcool e droga
Duração da internação atual	01 ano	03 meses	01 ano e 06 meses	09 meses
Número de internação em outras instituições	16	09	01	Nenhuma
Comorbidades associadas	não	não	não	HIV/AIDS
Data da entrevista	07/11/2009	29/11/2009	10/12/2009	12/12/2009
Cidade de origem	São Paulo (capital)	Região Metropolitana de São Paulo (a mesma da instituição)	Região Metropolitana de São Paulo (a mesma da instituição)	Interior do Estado de São Paulo

Cabe aqui ressaltar que no projeto que deu origem a este estudo previa-se que seriam entrevistados de 05 a 08 pessoas e no decorrer da coleta de dados, foi utilizado o recurso metodológico de *saturação teórica* no sentido de suspender a inclusão de novos participantes, visto que os dados obtidos passaram a apresentar certa redundância ou repetição.

Originalmente Glaser & Strauss (1967) conceituaram *saturação teórica* como a constatação do momento de interromper a captação de informações pertinentes à discussão de uma determinada categoria em uma pesquisa qualitativa; tratando-se da confiança na *saturação* daquela determinada categoria, levando em consideração a combinação dos seguintes critérios: limites empíricos dos dados, integração dos dados com a teoria e a sensibilidade teórica do pesquisador.

A regra geral é coletar os dados até que nenhum dado novo relevante apareça relacionado a uma categoria; esta categoria deve estar bem desenvolvida, demonstrando variação e, por último; as relações entre essas categorias devem estar bem estabelecidas e validadas. A teoria será

construída irregularmente se o pesquisador não coletar dados até que as categorias sejam saturadas. (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Fontanella e colaboradores (2008) apontam que não é relevante a persistência na coleta de dados porque as informações fornecidas pelos novos participantes acrescentariam pouco ao material já obtido e não contribuiriam significativamente para a reflexão teórica.

5.3) Local da Pesquisa

O local escolhido para o desenvolvimento da presente pesquisa foi uma Organização Não Governamental (ONG) que desenvolve suas atividades desde 1998, em um município da Grande São Paulo (Região Metropolitana).

As atividades desenvolvidas estão voltadas principalmente ao acolhimento e tratamento de pessoas com dependência química, como Comunidade Terapêutica, visando à recuperação e/ou reabilitação dos seus internos e também à reinserção social dos usuários deste serviço.

Ao longo de aproximadamente 12 anos de trabalho, a referida instituição tornou-se referência no cuidado às pessoas com dependência química para o município, bem como para a região metropolitana de São Paulo.

A capacidade atual de atendimento é de cinquenta (50) homens, dependentes químicos, mas também contempla o atendimento de homens portadores de HIV/AIDS. O tempo de permanência destas pessoas na instituição é de 06 meses a 01 ano, mas existe certa flexibilidade quanto aos casos que requerem atenção especial.

Os internos contam com um corpo técnico composto pelo gestor da instituição, uma diretora administrativa, um coordenador geral, uma psicóloga

(que realiza atendimentos clínicos), dois voluntários que realizam as reuniões de AA e NA durante a semana na instituição e também contam com alguns colegas de acolhimento que são escolhidos para auxiliar na coordenação das tarefas a serem executadas na instituição.

A rotina e a escala das atividades desenvolvidas pelos internos se encontram no Apêndice C e D, respectivamente.

5.4) Instrumentos de coleta de dados

A entrevista temática, replicação de Bassani (2003), que consta no Apêndice B, foi o instrumento escolhido para levantar informações acerca de alguns aspectos relevantes para o objetivo proposto, a saber:

- 1) histórico do uso de álcool ou drogas,
- 2) decisão pela abstinência,
- 3) histórico em instituições,
- 4) atividades desenvolvidas na instituição,
- 5) escalas ambientais significativas,
- 6) história das ações/transformações no espaço escolhido.

A entrevista foi realizada de modo a que os participantes se sentissem à vontade para falar de sua vivência como dependentes químicos e demais aspectos relevantes ao tema.

Foi utilizado 01 (um) celular com gravador digital de voz para gravar as entrevistas, que foram transcritas em momento posterior.

Foi utilizada também 01 (uma) câmera digital, para registro fotográfico do local eleito pelo participante como mais significativo na instituição.

5.5) Procedimento de coleta

Primeiramente, foi apresentado ao gestor da instituição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os demais documentos necessários para conhecimento da presente pesquisa e a explicação da forma como esta seria desenvolvida na instituição.

Após a aprovação do gestor, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos participantes, nas datas em que as entrevistas foram realizadas. Cabe ressaltar ainda que os participantes foram escolhidos pelo próprio gestor da instituição.

Como houve concordância de todos os escolhidos para a participação na pesquisa, cada Termo de Consentimento foi preenchido pela pesquisadora, de acordo com os dados fornecidos pelos participantes e individualmente assinados pela pesquisadora e participante e uma via foi devidamente entregue aos mesmos.

Após os referidos procedimentos éticos, as entrevistas foram realizadas e gravadas. Ao final de cada entrevista era individualmente solicitado ao participante que indicasse um lugar mais significativo na instituição e a pesquisadora realizava o registro fotográfico.

5.6) Cuidados Éticos

O projeto de pesquisa, intitulado “Apropriação de Espaço por Adultos, Dependentes Químicos, que vivem em uma Organização Não Governamental (ONG)”, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e obteve aprovação em 30 de novembro de 2009, com protocolo de nº 243/2009 (conforme documento no Anexo 01).

Anteriormente à coleta de dados, os participantes consentiram e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (apêndice A), conforme resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 16/2000 e a resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 196/1996, que versam sobre o desenvolvimento de pesquisas em Psicologia com seres humanos.

Neste sentido, os procedimentos propostos nesse estudo foram desenvolvidos de acordo com as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – assegurando o respeito e a dignidade para com os participantes.

Após a conclusão da pesquisa, os participantes serão contatados para a realização da devolutiva e será entregue à instituição uma cópia da dissertação, a fim de serem apresentados os resultados e conclusões do trabalho realizado.

Caso algum deles não esteja mais acolhido na instituição, tentar-se-á o contato com os mesmos via gestor.

VI – RESULTADOS E ANÁLISE

Considerando os objetivos propostos para este estudo, que consistem em descrever como ocorre a apropriação de espaço por homens, dependentes químicos, que são acolhidos temporariamente em uma Organização Não Governamental, bem como identificar outros fenômenos pertinentes à Psicologia Ambiental também presentes nesse ambiente transitório, serão apresentados a seguir os resultados obtidos.

Os resultados foram organizados de modo a, inicialmente, ser exposta uma breve descrição do histórico de cada participante², para que não se perdessem suas especificidades. Em seguida, serão apresentados os dados referentes aos eixos temáticos, propostos pela entrevista, bem como a síntese de cada entrevista realizada, a saber:

1) Histórico: são consideradas as informações dos participantes que referem-se à sua história de vida, a história de dependência, as histórias de internação, a história na instituição, os conflitos familiares, relacionamentos afetivos e perspectivas de futuro.

2) Ação–transformação: considerando que através da ação sobre o espaço, as pessoas, os grupos e comunidades o transformam, deixando assim sua marca e incorporando as mudanças em seus processos cognitivos e afetivos de forma ativa e atualizada; atribuindo a esse espaço um significado individual e social pelos processos de interação.

3) Identificação Simbólica: considerando que através da identificação simbólica, as pessoas e os grupos se reconhecem no ambiente e mediante processos de categorização, estas pessoas colocam as qualidades do espaço como definidoras de suas próprias identidades. Desse modo, o espaço

² Os nomes dos participantes foram alterados com o objetivo de assegurar-lhes o anonimato.

apropriado se converte em um fator de continuidade e estabilidade do *self*, mantendo a identidade e coesão do grupo.

4) Apego ao Lugar: considerando a relação emocional que estabelecemos com os lugares, na formação de um vínculo que nos impulsiona a ficarmos nesse lugar, no espaço e no tempo, sendo que sua característica mais marcante é a tendência para atingir e manter um grau de proximidade com o objeto de apego.

5) Territorialidade: considerando comportamentos e atitudes de um indivíduo, ou de um grupo de indivíduos, que visam controlar espaços físicos, objetos pessoais e idéias. Pode envolver ocupação, defesa, personalização e marcação de território.

6) Privacidade: como a possibilidade do indivíduo controlar o acesso de outras pessoas sobre ele mesmo, sobre seu espaço e sobre informações a respeito dele. Inclui também a possibilidade de otimizar a interação social e a transmissão de informações.

Serão apresentados excertos das entrevistas que explicitam a análise realizada. Os registros fotográficos foram inseridos em seguida à apresentação dos resultados das categorias *identificação simbólica* e *territorialidade*, conforme pertinência ao conteúdo trabalhado nas entrevistas.

Participante 01: Evaristo, 30 anos

Histórico

E. iniciou seu processo de dependência química fazendo uso de cigarro, álcool e maconha aos 15 anos.

No ano de 2002, aos 23 anos aproximadamente, descobriu ser portador do vírus HIV e por motivo de inúmeros conflitos familiares, quase sempre motivados pelo uso contínuo de crack, sua mãe o colocou prá fora de casa.

Dessa forma iniciou sua vivência em situação de rua e com o intuito de se manter na rua, passou a fazer parte do tráfico (vendendo drogas) e utilizava seu ganho no uso de crack.

Por motivo de conflito com a polícia foi atingido por uma arma de fogo e o disparo feriu sua perna direita. Após período de hospitalização, foi levado para a casa de sua mãe. Contudo, seu padrasto o aceitou somente até o ferimento melhorar, restringindo sua permanência somente ao quintal da casa. Mesmo debilitado, permaneceu no local por 09 meses fazendo uso de álcool e droga.

Após 03 anos e 06 meses de nova vivência em situação de rua, conseguiu internação nesta instituição. Passados quatro (04) meses, E. saiu da unidade para conhecer seu pai biológico e descobriu que este também era dependente químico. Após usarem crack juntos, no dia do seu aniversário, E. voltou a viver em situação de rua.

Retornou para a instituição e ali permaneceu por 08 meses. Sua saída foi ocasionada por ter assumido o cargo de coordenador dos demais usuários na instituição e não conseguir lidar com a situação de liderança que passou a exercer na unidade.

Foi acolhido novamente pela mãe, que lhe arrumou uma casa onde foi morar com a namorada/esposa³. Não demorou muito para que retornasse ao uso contínuo de droga e por esse motivo, ela o abandonou, fazendo com que ele retomasse a vivência de rua.

Neste período, E. relata que vivia diariamente um círculo vicioso: acordava cedo e já fazia uso de álcool, passava dias sem comer só fazendo uso de álcool e crack. Tal situação fez com que sua condição de saúde piorasse e mobilizado por um medo de adoecer “na rua”, procurou retornar à instituição.

Entrou em contato com o coordenador geral da instituição e aguardou resposta da possibilidade de ter vaga. Com a resposta positiva do referido coordenador, somada à fala do coordenador de que seria sua última oportunidade ali, E. voltou para a instituição e se encontra há 03 meses, abstinente de álcool e drogas e também em tratamento para portadores de HIV/AIDS.

E. foi internado para tratamento da dependência química pela primeira vez aos 18 anos (por intermédio de seus familiares), ressaltando que essa é a 16ª casa de recuperação que ele fica. Somente em 2009 foram três (03) passagens pela referida instituição.

Já inserido nas atividades propostas, retomou seu cargo de coordenador por ter conhecimento de toda a rotina estabelecida e, também, por não haver na ocasião outra pessoa na instituição com os mesmos conhecimentos que ele para o exercício da função.

³ O participante faz referência à sua companheira ora como namorada, ora como esposa.

Ação-transformação

A ação-transformação do ambiente refere-se aos componentes comportamentais e, neste sentido, E. apresenta ações que podem ser identificadas como características de transformação na instituição.

A fim de retornar à instituição, houve uma opção pela ruptura com a vivência de drogadição e a vivência em situação de rua:

“(...) liguei prá cá novamente porque o “Seu Zé”⁴ havia me falado que ia me dar uma vaga numa clínica em Cotia. Aí eu falei: vou prá lá, vou me internar, vou fazer alguma coisa prá mudar minha situação. Então aí eu liguei e ele falou prá mim ligar depois de 20 minutos; aí eu fiquei lá numa praça sentado, esperando passar... Era meio dia, eu me lembro como se fosse hoje, 12h20 eu liguei. Aí ele falou: vem prá cá que a vaga é sua, a gente tá te dando uma nova oportunidade né...”⁵

Nessa fase E. demonstrava estar disposto a tentar manter-se longe das drogas e do álcool, fazendo uma opção pela abstinência, mobilizado principalmente pelo medo que sentia de adoecer e morrer na rua:

“(...) eu tava bem magro, eu peguei uma pneumonia na rua, fui levado prá Santa Casa né, começo de pneumonia... Falaram que era uma tuberculose, me isolaram, aí viram que meu CD4⁶, as minhas defesas do meu corpo tavam bem baixas então eu falei: na rua, com o CD4 baixo, uma hora o HIV vai me pegar e eu vou pegar uma doença oportunista e eu vou acabar chegando a óbito.”

No desenvolvimento de suas atividades, inserido em uma rotina bem estabelecida pelos organizadores da instituição, E. consegue perceber que estar na instituição tem um sentido ou um propósito:

“Você já ouviu aquela frase que diz assim que você deve parar de correr atrás das borboletas porque cada vez que você corre atrás delas, elas vão mais prá

⁴ Os nomes das pessoas que trabalham na instituição também serão modificados, para que lhes seja resguardado o sigilo.

⁵ Na transcrição das entrevistas, foram mantidas as expressões verbais emitidas pelos participantes.

⁶ Os linfócitos CD4 fazem parte do grupo de células que compõem o nosso sistema imunológico, alvo direto da ação do vírus HIV no organismo humano.

longe de você? Você tem que cuidar do seu jardim que elas vêm até você... Eu fiz isso, cuidei do meu jardim, que sou eu (...)"

Auxiliando sua decisão de romper com o uso de drogas e álcool e se manter abstinente, existem as reuniões de AA e NA e a forma como estes encontros se dão; trazendo a possibilidade de ser realizada uma avaliação diária do comportamento apresentado:

"Então sempre que eu recaí, todas as minhas recaídas, hoje eu posso ver isso claramente, foram premeditadas... Eu já tava recaindo em comportamento, eu parei de ir pras reuniões quando eu tava na rua, de NA... Eu não posso, eu preciso estar em contato com a recuperação sempre porque não é só porque eu to 1, 2, 10 anos limpo que acabou a bebida, que as bocas de fumo fecharam; tá tudo aí... Eu tive a opção de parar de usar... Eu optei por isso, do mesmo jeito que um dia eu optei a usar as drogas né, e na verdade foi o contrário, elas que me usaram, eu virei uma marionete."

No sentido de fortalecer os internos quanto ao trabalho desenvolvido na instituição, alguns são escolhidos para tornarem-se multiplicadores de informações; fazendo palestras em empresas para CIPA e SIPAT⁷. Tal ação é de extrema importância para E., trazendo-lhe um sentimento de utilidade:

"Que nem isso que eu tô fazendo aqui, falando com você; prá mim faz parte da minha recuperação porque eu faço palestras da casa de CIPA e SIPAT... Nossa, eu vou lá dou o meu testemunho e saio de lá com a missão cumprida né, eu virei um multiplicador de informações... Eu tô passando a minha experiência, aquilo que eu vivi para as pessoas verem que acontece..."

E. tem consciência de que a abstinência, no seu caso, não deve ocorrer somente para o uso de drogas e álcool. É necessário também se abster de determinados lugares (não frequentar) e determinadas pessoas (não conviver)

⁷ CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (comissão organizada pelas empresas com a finalidade de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho).

SIPAT: Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (atividade obrigatória para todas as empresas e deve ser realizada com frequência anual, sob a responsabilidade da CIPA).

que o remetem à continuidade de sua dependência. Construir novos caminhos para a abstinência também faz parte do seu tratamento:

“Eu tenho que me abster de drogas, de lugares, de pessoas, da minha ativa nas drogas... Eu tenho que me afastar disso, tenho que ter novas amizades, pessoas novas, frequência nas salas, não frequentar bares, não frequentar salão de baile, bailes noturnos, tudo isso prá mim eu tenho que me abster... Não é o meu ambiente... Algumas pessoas conseguem beber e ficar bem, conversar, ir prá casa dormir...Eu não, eu bebo, bebo, bebo, tipo... Uma é pouco e um milhão não é o bastante! E me leva prá droga né? Eu não sinto vontade de usar drogas se eu não beber, se eu beber acabou... Eu vou usar crack com certeza!”

“Mas eu sinto muito a necessidade de criar uma coisa nova, eu acho que porque eu deixei de viver durante 15 anos da minha vida, os melhores momentos... Eu tô com 30 anos hoje, então dos 15 anos até os 30 eu parei numa das melhores fases que tem na vida, a adolescência... Época de muita coisa nova, de namorar... Eu deixei tudo isso prá trás por causa da droga, então às vezes essa necessidade é uma coisa que eu não aproveitei lá no passado e tá aflorando agora...”

A mudança de postura em relação ao uso de droga, apresentada por E., pode ser expressa também através de pequenas ações que fazem muita diferença em seu cotidiano na instituição; considerando o cargo de coordenador que exerce na ocasião da coleta de dados:

“E isso só vem me mostrar que eu não devo julgar as pessoas né... Tem que conhecê-las realmente, às vezes você vê a pessoa muito quieta e acha uma coisa e é outra totalmente diferente... E isso eu não esperava, mas você vê... Na hora que eu mais precisei, alguém que eu nem tinha muita afinidade me estendeu a mão... E isso eu não vou esquecer...”

“Então eu tenho que aprender a ouvir mais as pessoas, o que as pessoas têm prá me passar... Nem tudo, algumas coisas eu descarto... Mas o que é bom, poxa... Eu já fiz isso uma vez e do meu jeito não deu certo... Pô, se ele fez assim e deu certo, pode funcionar... Então eu vou absorvendo o certo daquele cara e sabe, se não der eu tento fazer de outra forma, mas eu nunca vou desistir!”

“Eu prejudiquei tanta gente né e porque só eu que sou um intocável e ninguém pode me prejudicar? É aquela história de apontar os defeitos dos outros, mas

não se auto-avaliar né... E hoje eu venho fazendo uma auto-avaliação diária da minha vida, o que eu fiz de dia, as decisões que eu tomei, se foram boas ou se foram ruins... E isso que tá me mantendo limpo porque na verdade a droga é só um detalhe... Na verdade o meu comportamento, as minhas atitudes, os meus defeitos de caráter que me levam a usar droga né...”

“Às vezes eu falo alguma coisa e fico pensando: putz, eu não devia ter falado isso... Agora eu to agindo um pouco diferente, quando alguém me pergunta uma coisa eu nem respondo na hora, eu fico pensando, pensando e tipo: depois eu te falo, porque eu tenho que pensar antes de falar...”

“Aí eu vou procurar tá observando os comportamentos, essa é a parte mais difícil porque eu tenho que olhar prá 40 e tem 40 olhando prá mim... Então eu acabo sendo espelho né? Se eu escorregar, eles me fritam (risos) – a realidade é essa!”

Identificação Simbólica:

A identificação de E. com a instituição pode ser demonstrada inicialmente pelo fato do mesmo ter passado por duas (02) internações anteriores ainda no ano de 2009.

A instituição foi escolhida primeiramente pelo fato do participante discordar do posicionamento religioso adotado em algumas casas de recuperação para dependentes químicos. Nesse caso, é importante citar que essa instituição se localiza dentro do município; não apresentando características de isolamento social.

“Eu passei por ‘n’ casas né, 16 casas de recuperação e a maioria evangélica, só que eu não me identifico... Eu não me identifico com muitas coisas, eu acho que uma pessoa em recuperação não tem que se isolar do mundo... Se privar de informação porque a realidade é que essa instituição faz você aceitar a vida como ela é... O portão tá aberto, eu posso ir ali, atravessar a rua, voltar, passa gente bebendo, com bebida, eu tenho que aceitar... Aceita, ou sofre! Ou eu aceito a vida como ela é ou eu vou sofrer...”

O participante apresenta identificação com a sala de reuniões na instituição, sendo que este foi o local eleito pelo participante como mais

significativo neste seu atual processo de tratamento. É o local onde existe a possibilidade concreta de expor o que pensa e sente, bem como de retomar o relacionamento com a divindade; mesmo exercendo um cargo de responsabilidade na instituição.

“É, eu acho que lá é onde que tem um encontro não só com o meu poder superior da maneira que eu concebo e compreendo, que é Deus né, mas tenho um encontro com os meus iguais... Porque eu tô em contato com eles todo dia, mas lá a gente fala sobre recuperação, sobre as coisas que a gente fez né, na drogadição... O que a gente tá fazendo hoje prá mudar isso...”

“Então eu acho que lá é o lugar prá aprender que o poder superior tá com a gente, que a gente tem que ter muita força... Aquele lugar é a minha sala, da onde eu nunca deveria ter saído!”



Figura 1. Fotografia da sala de reuniões da instituição.

E. se identifica com os colegas que também se encontram em regime de recuperação, principalmente pelo fato de terem a oportunidade de compartilharem suas histórias e vivências durante a adicção ativa.

“Tem um companheiro assim que quando ele fala, eu fico muito atento porque ele traz muitas lições e é legal porque eu vejo que o que ele fala eu sinto sinceridade... Porque ele fala coisas que eu, às vezes, faço e não me reparo né? Eu me identifico muito com a partilha dele... Eu acho que essa identificação que nos ajuda né? Porque na verdade é um trabalho em grupo né? Ninguém domina a sala, quem dirige a reunião é o poder superior, da maneira que cada um concebe e compreende... Cada um tem o seu... A gente não prega religião, é um dos princípios do NA... Na verdade eu coordeno a reunião e é só literatura, a palavra tá aberta, o companheiro vai partilhar... É uma linha de ajuda... É um tipo de apoio...”

“O engraçado que toda vez que eu vejo um companheiro chegando acabado, destruído, parece que eu to olhando no espelho, me vendo entrando por esse portão de novo... Porque eu me identifico com tudo que acontece com eles né...”

A reinserção social (que aqui se traduz no encaminhamento das pessoas em tratamento para vagas de emprego) faz parte do processo de tratamento e no caso de E., a possibilidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido na instituição, como funcionário efetivo, também pode ser mencionado enquanto identificação.

“Que aqui seja o meu trabalho, que eu more aí por perto e continue aqui na instituição, ligado a este trabalho né... Porque a diretora, o gestor tem que arcar com a casa dela, com a alimentação, paga um salário prá ela, ela tá aqui, como voluntária ela faz algumas atividades, mas ela tem de tudo... Pode ser que eu também chegue a esse patamar e prá mim vai ser muito bom tá dentro de recuperação sempre...”

“Do mesmo jeito que se eu não chegar e tomar a decisão de ir e ter um emprego, me estabilizar financeiramente primeiro, tá na casa mas trabalhando fora porque existe um trabalho de reinserção social aqui dentro...”

Existe, por parte do participante, uma valorização quanto à condução do trabalho desenvolvido na instituição, podendo ser percebida também como forma de identificação:

“Eu me identifico muito com a casa né? Com a maneira que é conduzido todo o trabalho... Eu gosto de estar em todos os lugares, subir e descer essas escadas!”

Apego ao Lugar

A dimensão de apego pode ser evidenciada primeiramente pela escolha que E. faz em retornar para essa instituição por mais de duas (02) vezes no ano de 2009, sendo que já esteve em processo de tratamento em outras quinze (15) instituições.

A dimensão de apego também pode ser evidenciada através da dificuldade que o participante apresenta de pensar em uma perspectiva de futuro em qualquer outro lugar, referindo que faz parte dos seus planos manter um vínculo de trabalho efetivo com a referida instituição.

Outra situação que merece ser mencionada, também relacionada à dimensão de apego, diz respeito ao processo de excepcionalidade de aceite deste participante na instituição, frente às suas reincidências e/ou recaídas constantes.

Territorialidade

A escolha da sala de reunião como o local mais significativo na instituição pode representar uma demarcação de território por parte do participante, principalmente quando relacionada ao cargo que ele exerce; visto

que suas particularidades são discutidas com a psicóloga e com as demais pessoas que exercem cargos de confiança na instituição:

“(...) eu não posso errar e é complicado às vezes nas reuniões porque às vezes eu quero expor o meu sentimento e eu não posso porque eles podem usar contra mim... Então eu uso a psicóloga, que é individual, eu falo, choro, porque eu sou “mó chorão”, qualquer coisa já mexe com o sentimento...”

“(...) então eu procuro a psicóloga, eu procuro a diretora, às vezes eu converso com o coordenador geral um pouco, mas ele não é muito de falar, o meu padrinho de NA, o gestor...”

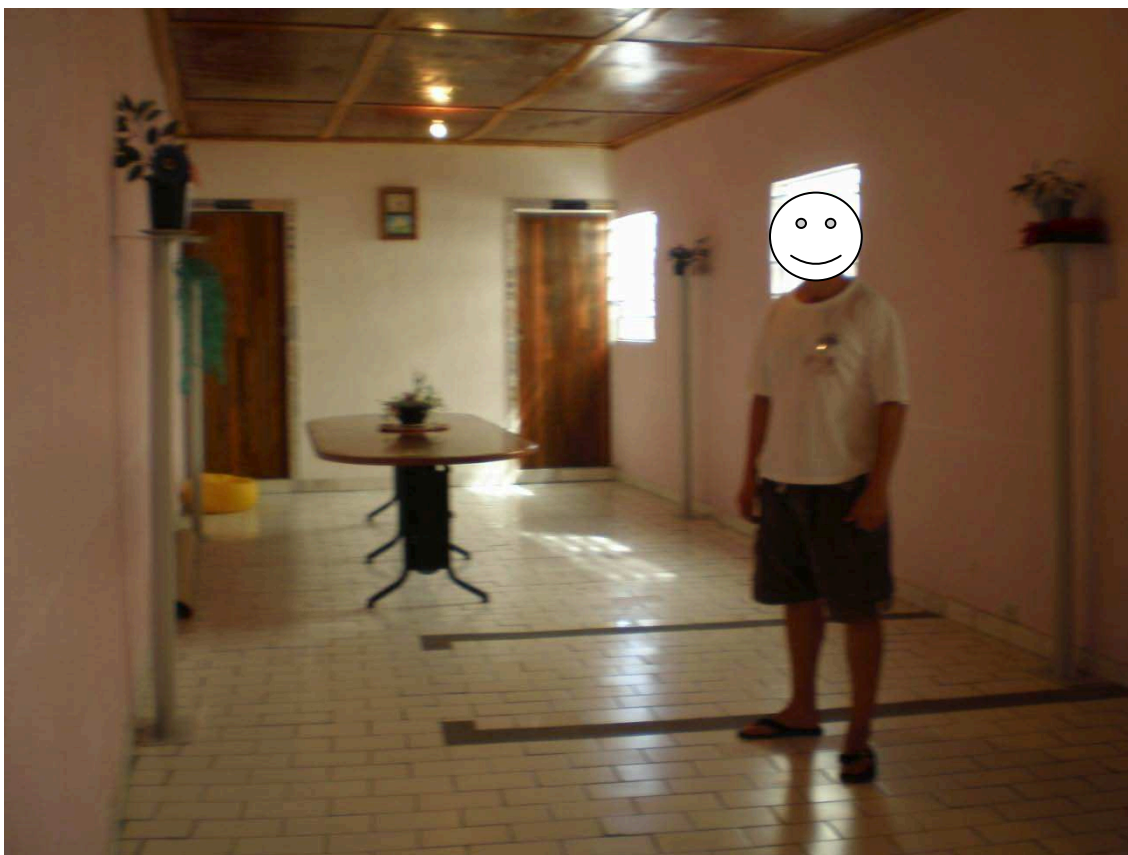


Figura 2. Outra fotografia da sala de reuniões da instituição.

Na posição de coordenador, o participante procura manter a ordem e o respeito nas reuniões de AA e NA realizadas na instituição, pois tem ciência de que se tornou um “ponto de apoio” para os demais internos quando estes vivenciam situações difíceis.

“Com os internos assim eu tenho uma relação mais de coisa de pai, sabe? De mostrar o caminho correto... É tipo sugerindo né? Porque dentro de uma instituição eu acredito que tem que ter o lado duro forte, o lado equilíbrio tipo segue as normas e acabou e o lado um pouco mais coração...”

“O meu lugar aqui na sala de reunião é estratégico porque eu gosto de olhar ao meu redor... Coisa de coordenador! Eu fico olhando porque eu gosto que respeita a reunião... Às vezes eu paro uma reunião e falo: ô, por favor! O companheiro tá falando, o momento não é esse, tem que respeitar a partilha dos outros companheiros, por mais chata que seja... Às vezes a pessoa fala uma coisa sem pé nem cabeça, mas tem que respeitar porque é o momento dele, não importa o que ele tá falando... Se aquilo tá fazendo bem prá ele, se ele tá se sentindo bem na reunião... Se ele tá desabafando aquilo lá, seja da maneira que for, não precisa falar bonito, fala do jeito que for, é o momento dele e eu acho que é isso que tem que respeitar! Porque quando eu to falando, eu quero que os outros me respeitem... Ou o companheiro que tá lá falando, quando ele fala ele também não gosta... Então é isso!”

A sala de reunião é vista também como um recurso para se aproximar do que ele chama de “poder superior”, compartilhar sua história, seus pensamentos e sentimentos com seus pares através das reuniões de AA e NA desenvolvidas na instituição; assim como foram apontados no item anterior (identificação simbólica).

Privacidade

O participante utiliza a privacidade para regular os acessos dos demais usuários a ele, principalmente pelo fato de ter sido colocado novamente no cargo de coordenador na instituição.

Com o objetivo de exercer certo controle sobre os demais usuários da instituição, acaba não dando o espaço que gostaria para que seus pares o conheçam melhor.

A comunicação estabelecida com seus colegas de tratamento acontece na sala de reunião, onde é possível uma maior e melhor expressão dos seus

pensamentos e sentimentos; mas sempre existe o cuidado de não se expor em demasia para não ser cobrado depois.

“Se eu escorregar, eles me fritam (risos) – a realidade é essa!”

Participante 02: Jonas, 40 anos

Histórico

J. iniciou seu processo de dependência química fazendo uso de álcool aos 12 anos, na casa de um tio.

Ao longo da adolescência foi experimentando novas substâncias (solvente e um determinado “comprimido”); aos 18 anos, por influência dos amigos, iniciou uso de maconha (referindo não gostar) e aos 20 anos iniciou uso de cocaína (referindo ter tido um encontro com “Deus”).

Nessa fase, o participante mantinha uma vida familiar e social (morava com os pais, já apresentava um vínculo de trabalho e estava na faculdade); perdendo o controle sobre a cocaína após quatro (04) ou cinco (05) anos de uso contínuo. Cabe ressaltar aqui que essa substância foi utilizada até que J. entrou em contato com o crack.

O participante desenvolveu-se muito bem profissionalmente, atuando tanto em empresas multinacionais quanto na administração pública (com cargos de responsabilidade); mas acabou se distanciando do trabalho por conta da dependência apresentada.

J. teve envolvimento político desde a época que fazia faculdade, participando primeiramente dos movimentos estudantis da universidade onde estudou (diretório acadêmico) e em seguida trabalhou em uma central sindical, filiando-se então a um partido. Essa vivência possibilitou sua atuação em dois (02) municípios do Estado de São Paulo, administrados pelo referido partido, como funcionário público em cargos comissionados.

Com o intuito de tratar a dependência química, passou por nove (09) internações em diferentes instituições, sendo que algumas tinham um custo alto e os tratamentos propostos foram pagos pelas empresas onde o participante trabalhou.

Por motivo de ter sido acusado como cúmplice em um assalto, foi preso em flagrante e permaneceu por quatro (04) meses encarcerado. Durante o período de reclusão, recebeu proposta para fazer parte do PCC (Partido do Comando da Capital, uma organização criminosa que pertence ao Estado de São Paulo), mas recusou sob a alegação de que não se deixou seduzir pelo convite. Até hoje responde a um processo de assalto a mão armada.

J. tem os vínculos familiares quase todos rompidos (ex-esposa, filhos e irmãos), mantendo somente o contato com a mãe. Essa mãe é vista como a única pessoa com quem ele pode contar a qualquer hora e em qualquer momento.

Apresenta muita dificuldade com a situação de “internação”, com pessoas que adotam postura “autoritária” e com o “cumprimento de regras” visto que afirma tais preferências durante toda a entrevista.

Faz alusão à sua droga de preferência (o *crack*), enfatizando que faz uso dessa substância porque sente prazer e alívio; o ato de utilizá-la faz parar a dor que ele sente quando enfrenta sua realidade.

Atualmente o participante se encontra em sua 10ª internação, abstinente de álcool e drogas há 03 meses.

Ação-transformação

Poucos são os movimentos de ação que pressupõem transformação do ambiente nos dados demonstrados pelo participante J. Isto pode ser explicado inicialmente pelo fato dele estar somente há três (03) meses acolhido nesta instituição, sendo que a decisão para o tratamento de sua dependência química está praticamente condicionada à vontade de sua mãe:

“A minha mãe freqüenta um centro espírita e tem uma pessoa lá que freqüenta também que tem um trabalho com a instituição. Ela recebe os reciclados que a casa leva. Aí essa pessoa indicou prá minha mãe e a minha mãe veio ver a possibilidade de me internar e eu não queria de jeito nenhum, até que eu fiz tanta besteira, tanta besteira que eu mesmo falei: olha mãe, é melhor eu me internar... Aí minha mãe pegou o telefone, ligou prá cá e eu vim...”

Apesar da dificuldade apresentada frente à vivência de estar acolhido nesta ou em qualquer outra instituição para tratamento de dependência química, o participante em questão compreende a necessidade de estar abstinente e manter a abstinência para que possa retomar sua vida pessoal e profissional:

“Eu tava numa situação muito ruim na casa da minha mãe. Usando droga direto, roubando minha mãe, levando coisa de casa prá "boca", uma situação muito grave... Mas é ruim, é ruim estar internado, muito ruim! Eu não gosto de estar internado...”

“A única certeza que eu tenho é que se eu parar de usar vai ficar tudo mais ‘clean!’”

“Eu quero voltar a militar na área social e política, e voltar a trabalhar. Primeiro restabelecer minha vida pessoal e depois voltar a militar, porque eu sempre militei, independente de onde eu tivesse trabalhando eu sempre me envolvi nas campanhas, nos movimentos e eu quero continuar porque isso aí faz falta. É muito bom!”

Assim como todos os demais usuários da instituição, J. desenvolve as atividades propostas, ressaltando o que gosta e o que não gosta de fazer:

“Eu ajudo na cozinha, eu trabalho na reciclagem e trabalho na limpeza da casa... Assim, cada dia tem um quarto que vai para a cozinha e o meu quarto tá nesse rodízio de cozinha... Então mais ou menos a cada cinco dias eu volto prá cozinha e fico 24 horas na cozinha... Eu gosto até! É cansativo, mas é gostoso... Eu gosto de cozinhar, gosto de trabalhos assim... E é legal que a gente faz em grupo, é gostoso...”

“E na reciclagem eu estou lá a maioria do tempo... Quando não é sábado nem domingo, ou quando eu não estou na cozinha, eu estou na reciclagem... E na reciclagem eu não gosto muito do trabalho de lá não! A gente fica mexendo com lixo, diretamente com lixo, nós separamos o lixo... Eu me sinto bastante desconfortável, mas faço também né?”

Apesar de apresentar também uma dificuldade em aceitar e cumprir regras, o participante consegue seguir a programação pré-estabelecida, pois sabe que tal ação é condição à sua permanência na instituição:

“Mas não posso fazer tudo só o que eu gostar, eu faço o que tem que fazer. E a limpeza da casa todo dia, todo dia eu ajudo na limpeza da casa... Passando pano, varrendo, limpando em geral.”

“É uma rotina cansativa! A gente vai trabalhando na reciclagem até cinco e meia, depois nós jantamos aproximadamente as sete ou as oito, se tiver reunião...”

Identificação Simbólica

O participante demonstra certa identificação com a instituição, principalmente pela possibilidade de praticar diariamente o exercício de

permanecer em abstinência, pois têm consciência de que talvez não consiga alcançar essa meta em qualquer outro ambiente.

“Então o que eu quero daqui prá frente? E eu sei que vai funcionar... Eu tenho que parar de usar... Se eu parar de usar, eu vou conseguir qualquer coisa na vida! Voltar a trabalhar, voltar a me relacionar, ter outra família... Agora eu tenho que me dedicar ao tratamento! Prá mim o cerne da questão é a coisa de enfrentar a minha realidade, então eu tenho que aprender de alguma forma a aceitar a minha realidade...”

A proposta das reuniões de AA e NA o ajudam nesse processo de identificação, pela possibilidade do participante poder compartilhar sua história, seus pensamentos e desejos, sem que aconteçam julgamentos posteriores:

“Eu gosto das reuniões de AA e NA porque eu posso partilhar livremente, sem ouvir retorno nenhum... É muito importante um lugar onde eu possa falar sobre qualquer assunto que esteja me afligindo e ficar tranqüilo que ninguém vai me julgar ou nada parecido.”

“Eu já tenho 03 meses na casa e poderia não ir, mas eu vou em todas porque eu considero muito importante... Se eu não tivesse comprometido com o tratamento, eu não iria! Mas eu quero a recuperação, então... As reuniões tem resultado terapêutico, tem um fim que é terapêutico! E funciona... Eu sempre consigo sair bem melhor da reunião do que quando eu entrei. É sempre bom!”

“Imagina eu contar a minha angústia, falar que eu estou morrendo de vontade de usar droga... Se eu falar isso prá minha mãe, ela tem um treco! Eu não tenho um amigo que eu posso falar dessas coisas... O espaço que eu tenho para falar de mim mesmo, de maneira aberta e franca são as reuniões de NA e AA, por isso que eu gosto das reuniões daqui...”

Apego ao Lugar

A dimensão de apego pode ser observada quando o participante refere que recomendaria a instituição para algum colega (também dependente químico) que “estivesse mal”:

“Vou falar a verdade prá você... Aqui é bom, um lugar bom! Eu tava numa clínica no ano passado que eu pagava R\$ 1.500,00 por mês e não tinha o conforto que tem aqui... Televisão no quarto, 05 refeições... Aqui é um lugar bom de se ficar! Apesar de eu não gostar, se fosse prá eu recomendar, eu

recomendaria prá algum companheiro meu que estivesse mal. Eu falaria prá ele vir prá cá!”

A instituição representa para J. mais uma tentativa de lidar com a sua realidade, mesmo sendo insuportável, independentemente de sua concordância com o fato de estar novamente abrigado para tratamento de sua dependência química:

“É que eu não gosto de estar internado mesmo... A minha queixa é sempre grande quando eu estou internado. Eu tenho uma dificuldade muito grande em lidar com autoridade...”

“Um dos objetivos que eu estou empenhado é tentar lidar com a minha realidade, que é muito difícil...”

“Agora eu tenho que me dedicar ao tratamento! Prá mim o cerne da questão é a coisa de enfrentar a minha realidade, então eu tenho que aprender de alguma forma a aceitar a minha realidade...”

Territorialidade

O participante atua de forma controladora na instituição, no sentido de se preservar. Tal situação pode ser percebida pela escolha do local mais significativo para J., que é sua “cama”, local este utilizado para reflexão quanto à dificuldade apresentada frente à sua atual condição (dependente químico acolhido para tratamento):

“Olha, o lugar que eu mais gosto aqui é a minha cama... É lá que eu deito, coloco a cabeça no travesseiro e me deixo absorver em fantasias... Fantasias de uma vida melhor, fantasias de voltar com o meu relacionamento... Eu vou prá minha cama e sonho acordado... É o melhor lugar da casa!”

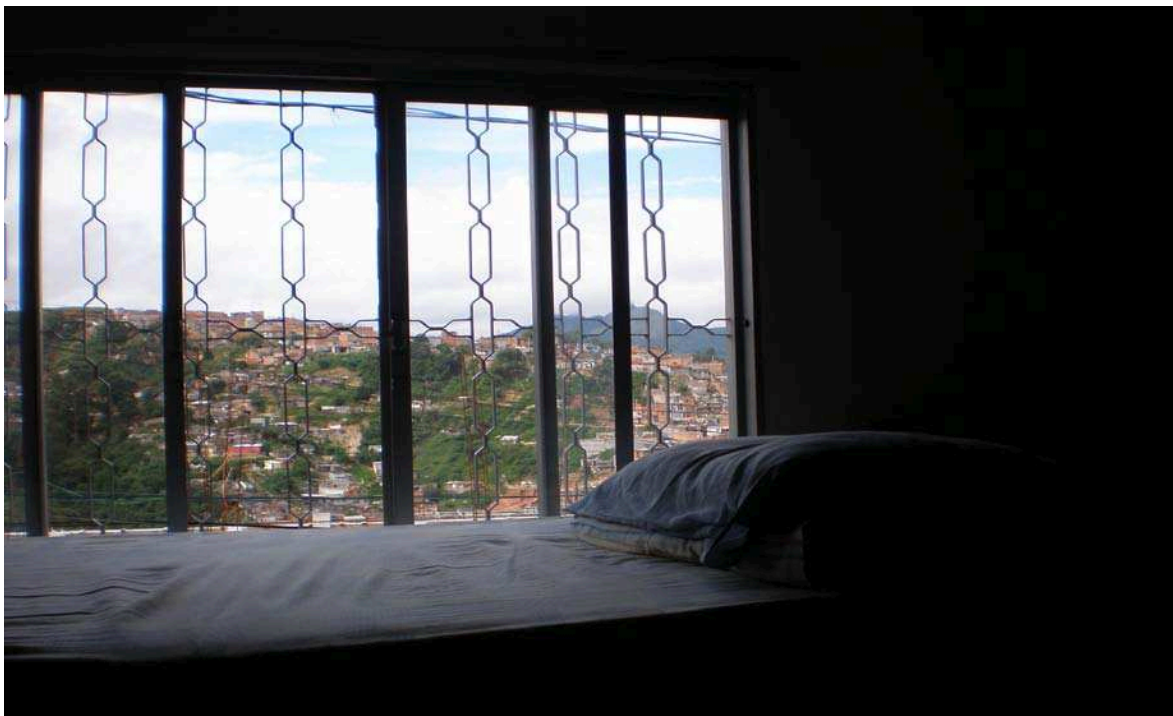


Figura 3. Fotografia da cama do participante 02.

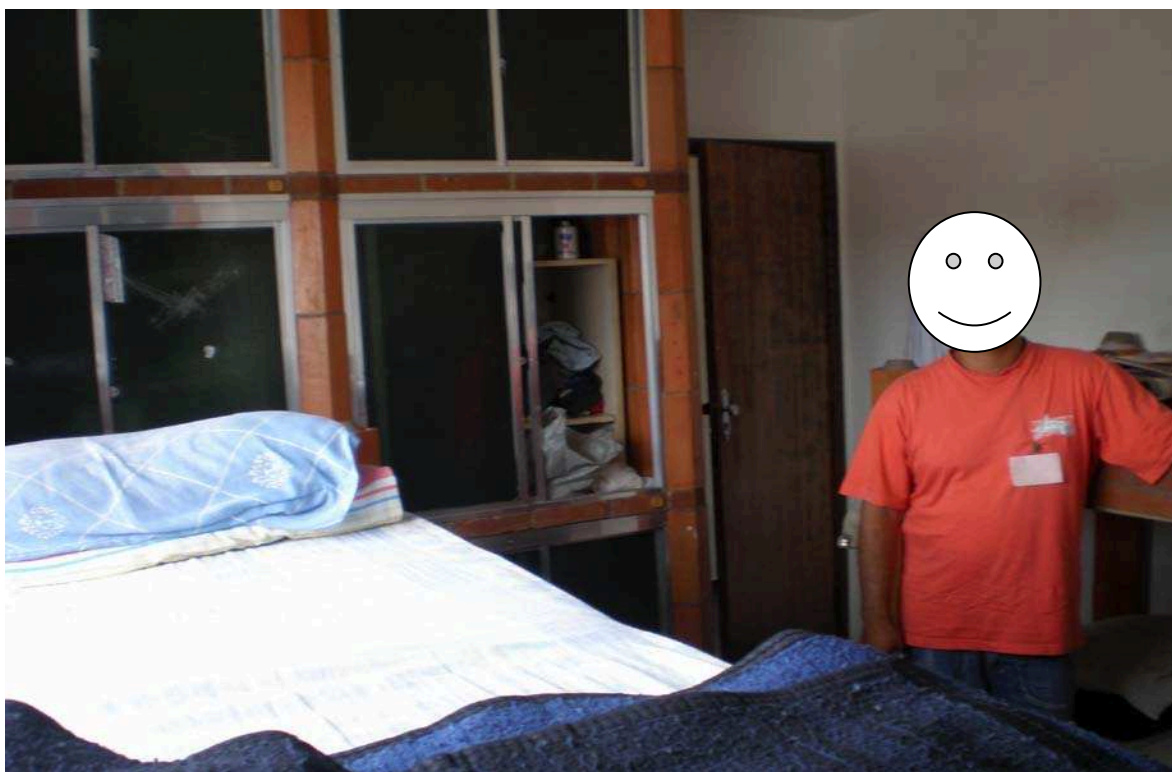


Figura 4. Fotografia do quarto ocupado pelo participante 02.

Como demarcação territorial, J. gosta de desenvolver determinadas atividades na instituição; demonstrando preferência para o trabalho que é

realizado na cozinha, visto que as atividades propostas são desenvolvidas em grupo e também porque Jonas gosta de cozinhar.

“Assim, cada dia tem um quarto que vai para a cozinha e o meu quarto tá nesse rodízio de cozinha... Então mais ou menos a cada cinco dias eu volto prá cozinha e fico 24 horas na cozinha... Eu gosto até! É cansativo, mas é gostoso... Eu gosto de cozinhar, gosto de trabalhos assim... E é legal que a gente faz em grupo, é gostoso...”

Privacidade

O participante utiliza a privacidade para regular os acessos à ele, controlando assim as suas interações sociais, seja dentro ou fora da instituição:

“Eu tive muitas propostas pra trabalhar⁸, mas eu não me deixei seduzir por nenhuma... Eu fazia trabalho social lá dentro, escrevia carta pro pessoal que era analfabeto, que é a maioria, a grande maioria são analfabetos e semi-analfabetos.”

J. procura se manter afastado ou até mesmo isolado, não interagindo de forma efetiva com os demais, que também vivenciam situação de acolhimento, mostrando de si somente o que ele julga necessário para uma boa convivência.

O participante atua em muitos momentos como um “camaleão”, transitando por diversos espaços com o objetivo único de ficar bem ou se sair bem em todas as situações que vivencia.

Participante 03: Juca

Histórico

J. iniciou seu processo de dependência química fazendo uso de álcool, aos 10 anos, por intermédio de um tio que era alcoolista e veio de outro estado para morar em sua casa.

⁸ Referência à proposta que o participante recebeu de trabalhar para o PCC no período em que permaneceu encarcerado.

Manteve o hábito de ingerir álcool junto aos familiares, que incentivavam não somente o uso do álcool, mas também solicitavam a compra de bebidas alcoólicas pelo participante quando ainda criança e no início da adolescência.

O participante faz parte de uma família humilde e relata que quando seus pais se separaram, sua mãe assumiu efetivamente o cuidado de todos os filhos e não descuidou da importância dos seus estudos.

Na ocasião, o participante demonstrava ter medo das drogas e de quem fazia uso destas substâncias, principalmente pelo fato da polícia estar sempre envolvida em casos dessa natureza.

J. deu continuidade ao uso de álcool durante a adolescência e também na vida adulta, até o momento de sua primeira internação (em 1984). Permaneceu acolhido em uma instituição para tratamento de dependência química por um (01) ano e um (01) mês e quando saiu da referida instituição, retornou ao uso de álcool na mesma semana.

Após aproximadamente 10 anos, J. conheceu o gestor da instituição onde se encontra atualmente e sentiu-se mobilizado para procurar ajuda novamente. Conseguiu o endereço, procurou saber a possibilidade de iniciar um novo tratamento e foi acolhido mais uma vez, agora em uma proposta de trabalho diferenciada de sua vivência institucional anterior.

O participante encontra-se abstinente de álcool há 01 ano e 07 meses e, de acordo com a proposta da instituição, foi encaminhado para a reinserção social mediante comprometimento com o tratamento.

Ação-transformação

Inicialmente houve uma tomada de consciência a respeito da necessidade de romper com sua vivência de alcoolismo:

“E eu cheguei à conclusão que eu precisava de uma linha de ajuda e comecei a fazer pesquisas, comecei a fazer perguntas né? Me informaram várias casas, que tinham várias casas de recuperação, clínicas de internação, para alcoólatras, para dependentes químicos e me perguntaram se eu não gostaria de visitar pelo menos uma...”

Após o primeiro acolhimento para tratamento, J. apresentou uma recaída, voltando a ingerir álcool na mesma semana que voltou da instituição. Passado um tempo, houve o reconhecimento de que sua vivência enquanto alcoolista estava descontrolada, fazendo com que o participante fizesse novamente a opção por manter-se em abstinência:

“Só que na minha concepção naquele tempo, só o tempo de internação para mim era o suficiente... Eu achei que já estava pronto para retornar à sociedade, que eu estava curado. Caí em um outro engano! Vivi mais um tempo na sociedade, vivi mais um tempo no mundo lá fora, trabalhando, só que não estudava mais... Voltei para a família, comecei a ajudar minha família novamente, mas eu não parava com a bebida...”

“Então eu vim até essa casa, onde eu estou a 01 ano e 06 meses de internação...”

Neste segundo acolhimento, J. percebe a importância do aprendizado que teve a respeito do que vem a ser dependência química e vivencia atualmente a possibilidade de multiplicar o conhecimento adquirido:

“Porque eles dão um ensinamento para a gente, como alcoólatra ou como outro dependente químico, de como se viver sem o uso compulsivo da droga. Ou seja, eu posso e tenho condições de viver uma vida normal, independente se eu fui ou vou ser ainda lá na frente, um dependente ou do álcool ou de outros tipos de droga.”

“Quando as pessoas vem prá cá e perguntam o que não sabem: meu senhor, o que significa essa palavra adicto? É viciado? E ele falou assim: Não, é paralelo; mas aqui prá nós em uma clínica de recuperação essa palavra

"viciado" ela se torna "adicto". Prá muitos que não sabem, a gente mesmo pergunta: mas adicto, o que é adicto? Aí vem a resposta: adicto é "escravo de"..."

"Nesse meio tempo, nesse espaço todo que é conveniente para nós, nós temos reuniões, nós temos palestras, nós temos muitos espaços de convites onde nós vamos representar a instituição nas empresas... Para mostrar, falar para eles o que é uma dependência química, o que é o alcoolismo..."

"De vez em quando chegam aqui as pessoas novas e perguntam: mas porque que tem que ficar mudando de quarto prá quarto? E a gente fala: a direção age dessa forma porque é para as pessoas, nós como internos, se conhecerem um pouco melhor..."

A autoconfiança e o desenvolvimento da autonomia deste participante, foram adquiridos a partir do momento que passou a perceber o respeito com que sempre foi tratado por todos os envolvidos em seu tratamento (líderes e demais internos), bem como pela responsabilidade relacionada ao trabalho que desenvolve na instituição, considerando aqui a importância das regras, das normas e de toda a organização que existe para o funcionamento da mesma:

"Mas é... Eu volto a dizer sempre: todas as vezes quando eu saio prá rua, como eu tenho autonomia pelo meu tempo, pela confiança que eu consegui, que eu conquistei aqui dentro sabe? Que é muito importante, porque não são todo mundo que tem..."

"Então, às vezes tem muitos que não agüentam o regime da casa que tem regras, tem normas, tem horários... E tudo isso são planejados e trabalhados, mas não é só na caneta. Tem que ser na mente, porque a primeira coisa que a gente tem que colocar como proveniência é a responsabilidade!"

"Um quarto vai prá cozinha, outro quarto vai prá lavanderia, outro quarto vai trabalhar na obra, outro quarto vai prá reciclagem, outro quarto vai prá faxina... Então tudo aquilo ali, na medida do possível eu tenho que fazer porque faz parte do meu tratamento! Isso é muito importante, porque se eu conseguir fazer tudo isso até a hora que eu achar que eu já estou disposto e pronto prá seguir meu caminho, eu posso levantar a cabeça e seguir de braços abertos! Na certeza daquilo que eu vim buscar..."

"Eu só sei que por enquanto a minha parte eu estou fazendo aqui dentro e prá ser bem claro mesmo, a instituição está fazendo até além que é a parte dela... Que é confiar na pessoa de quando chegou aqui!"

J. apresenta uma modificação contínua de sua postura e isso pode ser expresso através da percepção da importância do outro, da percepção de que

o tratamento para dependência química é contínuo (ocorre mesmo que ele esteja fora da instituição), de um início de preocupação com o futuro e da valorização de oportunidades que estão lhe sendo dadas:

“Se bem que o término desse tratamento não é feito aqui dentro, uma coisa eu vou ter que ser bem claro! O verdadeiro tratamento, que é a nossa recuperação, ela só vai começar daquele portão prá fora, porque aqui eu falo só por mim... É uma escola! Aqui você vai aprender a como se retornar lá fora...”

“Esse tempo que eu estou aqui dentro, eu já passei do meu tempo normal que eram 09 meses, já estou indo um pouco mais e agora eu já consegui perante a coordenação, a direção, a ser colocado para a reinserção social; coisa que eu não esperava tão cedo!”

“Acreditar em mim, saber que eu tenho condições, foi difícil! Mas pela misericórdia de Deus, ele conseguiu estender as mãos prá mim e tentar colocar na minha mente: que eu posso, que eu devo e que eu tenho condições de conseguir! Mas uma coisa é bem clara: sozinho a gente não consegue nada! Essa é a grande verdade...”

“Porque enquanto você estiver aqui, você vai estar vivendo sim, aprendendo como se trabalhar uma recuperação... Mas a recuperação verdadeira, a gente só vai conquistar ela lá fora! Porque lá fora a gente tem que praticar o que foi ensinado aqui dentro dessa casa... Essa é a verdadeira recuperação!”

“Se bem que o término desse tratamento não é feito aqui dentro, uma coisa eu vou ter que ser bem claro! O verdadeiro tratamento, que é a nossa recuperação, ela só vai começar daquele portão prá fora, porque aqui eu falo só por mim... É uma escola! Aqui você vai aprender a como se retornar lá fora...”

Identificação Simbólica

O processo de identificação deste participante com a instituição se dá principalmente pelo trabalho de conscientização quanto às nuances referentes à dependência química e também pelas atividades que são desenvolvidas por ele e todos os que se encontram acolhidos na instituição para tratamento:

“Mas essa instituição me transformou, deu uma “viravolta” na minha vida tão grande que hoje eu posso dizer bem claro: primeiramente, como eu gosto muito de dizer, eu agradeço a Deus por crescer e estar vivo até aqui; e hoje se eu estou no meu patamar aqui dentro hoje como interno, também eu agradeço a essa casa como um todo...”

“Mas é... Eu volto a dizer sempre: todas as vezes quando eu saio prá rua, como eu tenho autonomia pelo meu tempo, pela confiança que eu consegui, que eu conquistei aqui dentro sabe? Que é muito importante, porque não são todo mundo que tem...”

“Então, onde tudo isso é ensinado prá gente aqui dentro da instituição, indiretamente, prá quem não sabia nada ou não tinha nenhum hábito de profissão, alguma coisa já sai daqui de dentro aprendendo... Quando ele chegar lá fora, com certeza, dependendo do tempo que ele ficar internado, vai ser muito importante!”

“Mas só que lá fora, quando ele abrir esses portões e falar "eu estou livre", ele tem que olhar prá trás e colocar na mente dele tudo que ele aprendeu aqui dentro, que vai ser pro próprio bem dele lá fora!”

Outro aspecto que pode traduzir a identificação deste participante com a instituição pode ser exemplificado pelo reconhecimento de si em seus colegas de tratamento, considerando a importância de poder compartilhar sua história de vida e perceber que as histórias de outros internos são quase sempre semelhantes à sua ou até mesmo mais difíceis:

“Aí tem alguns que não aceitam, tem uns que ficam meio sem jeito, um não vai muito com a cara do outro; mas nunca pode esquecer que o objetivo de cada um é o mesmo: veio prá se recuperar, então o máximo que a gente pode fazer, ou seja, o mínimo, é tentar ajudar um ao outro... Porque da mesma forma que nós precisamos da instituição, a instituição também precisa da gente! Mas é assim, varia muito de indivíduo prá indivíduo...”

“Tem as 02 salas de espera lá em cima, onde a gente conversa, bate um papo... Aí um fala pro outro: Pô cara, você viu o que eu fiz hoje? Você achou legal? Aí o outro fala: Ah, eu fui mais além... Então tudo isso aí prá gente é um crescimento, coisa que eu mesmo não fazia nada disso lá fora!!”

A possibilidade de restabelecer o contato com a divindade também merece destaque e pode ser percebida através de preces realizadas diariamente pelo participante, bem como pelo fato do mesmo fazer referência a Deus em muitos momentos da entrevista:

“A cada dia que eu vou dormir, eu tenho as minhas orações que são sagradas, eu agradeço Ele por mais um dia com vida, peço a Ele que me dê um dia melhor do que o dia de hoje... Todos os dias de manhã quando eu acordo assim num astral bem renovado!”

“Mas pela misericórdia de Deus, ele conseguiu estender as mãos prá mim e tentar colocar na minha mente: que eu posso, que eu devo e que eu tenho condições de conseguir!”

“Poxa, foi difícil prá mim chegar nesse ponto e eu acreditar que eu era capaz... Então se eu cheguei até aqui pela misericórdia de Deus, com certeza eu tenho tempo de chegar mais lá na frente!”

“Aí eu não tive outra saída... Acho que foi por Deus né? Ele estendeu as mãos de uma pessoa que falou: Olha, eu arrumei um lugar prá você... Se você quiser, eu te levo até lá! Foi aonde me encaminharam prá cá e graças a esse Deus amoroso, muita da minha boa vontade, porque não são todos que tem essa vontade assim; essa força de querer, de ficar, de concluir, de tentar agir pelo correto...”

É de extrema importância para o participante a confiança que foi estabelecida com os líderes da instituição, pois fortaleceu sua auto-estima, trouxe um sentido novo para sua vida e também um sentimento de pertencimento à instituição como um todo.

“Mas o voto de confiança, sabe? A confiança que eles estão passando prá mim de que eu tenho confiança, de que eu tenho certeza e que eu posso conquistar meus objetivos é o que me deixa segurar aqui um pouquinho mais...”

“Eu no meu caso, eu não posso falar nada em relação à casa, a não ser agradecer! Esse tempo que eu estou aqui dentro, eu já passei do meu tempo normal que eram 09 meses, já estou indo um pouco mais e agora eu já consegui perante a coordenação, a direção, a ser colocado para a reinserção social; coisa que eu não esperava tão cedo!”

“Eu nem imaginava numa hipótese como essa... Não porque eu nunca gostei de trabalhar, trabalhar sempre foi meu objetivo, é meu forte... E prá algumas pessoas aqui dentro, tem pessoas que vêem essas atitudes que a coordenação toma, não só comigo, tem umas 04 pessoas que também estão em fase de reinserção social, e eles perguntam: mas por que eles te dão essa linha de ajuda, te dão essa liberdade de você estar saindo, vocês vão procurar emprego...? E eu falei assim: colega, você nunca pode pensar assim! Hoje eu estou nesse patamar e eu sou interno, e amanhã? Pode ser você! Se você agir por onde, fizer e conquistar a confiança, com certeza vai chegar o seu tempo... Mas independente desse patamar que eu estou hoje, que é na reinserção social, eu não deixo de ser um interno como qualquer um aqui dentro!”

Apego ao Lugar

J. demonstra um sentimento de gratidão para com a instituição, no sentido de reconhecimento da importância de todo o trabalho desenvolvido com ele e os demais internos, referindo que foi “plantada uma semente em seu peito”:

“Mas dentro do meu peito tem uma semente dessa instituição, que ela não vai sair nunca! Porque sempre que eu estiver lá fora, que eu estiver no meu trabalho, estiver no meu cantinho, assim que eu tiver um espaço de tempo, pode ser de 15 dias, de mês em mês, mas eu tenho que passar por aqui prá dar um abraço na turma...”

Tudo o que foi aprendido neste período de acolhimento trouxeram um novo significado para a vida deste participante e isto pode ser percebido através do seu desejo de “plantar a semente” em outros usuários do serviço:

“Porque aqueles que estão chegando né? Quando eu sair e passar aqui prá fazer uma visita e tiver gente nova e eu puder participar de uma reunião junto, eu faço questão... Só prá tentar passar prá eles e não mostrar, passar prá cada um deles...”

“Porque são coisas que eu também aprendi aqui dentro! Ser um interno hoje, amanhã você não sabe quem você é... Se você sair e reconquistar alguma coisa diferente daqui de dentro da instituição, nunca pense e nem coloque na sua cabeça que você vai fazer aquilo prá mostrar prá outra pessoa...”

O participante percebe também a importância da oportunidade de desenvolver trabalhos diversificados na instituição (seja na construção das outras duas unidades, seja na reciclagem ou na limpeza da casa), pois consegue compreender que através do trabalho ele pode ser aceito na sociedade e também se sente mais fortalecido para permanecer em abstinência:

“Hoje, além de eu ajudar a “laborterapia”, que nós temos aqui, que nós trabalhamos, nós estamos construindo, nós temos uma obra... Ninguém aqui é profissional em obra, mas todo mundo dá o seu potencial né?”

“Nós temos um outro espaço, também da laborterapia, que é a reciclagem, onde também ninguém sabia nem o que significava um papel comum, um papel blindado, entre aspas né?”

“Então, onde tudo isso é ensinado prá gente aqui dentro da instituição, indiretamente, prá quem não sabia nada ou não tinha nenhum hábito de profissão, alguma coisa já sai daqui de dentro aprendendo... Quando ele chegar lá fora, com certeza, dependendo do tempo que ele ficar internado, vai ser muito importante!”

Territorialidade

O quarto foi o local mais significativo escolhido pelo participante, local este que é utilizado para reflexão, principalmente a lembrança dos bons momentos vivenciados no passado:

“Mas assim, tem um lugar, um espaço, que aquele espaço prá mim, ele, sei lá... Quando eu estou sentado ali dentro daquela sala e começo a olhar para as 04 paredes, prá porta, pro “vitro”... Eu começo a relembrar certos momentos muito bons, felizes sabe? Da minha vida como um todo, tanto de solteiro quanto de casado... E esse lugar é o meu quarto!”



Figura 5. Fotografia do quarto do participante 03.



Figura 6. Fotografia da cama ocupada pelo participante 03.

J. gosta de manter o espaço escolhido (seu quarto) devidamente limpo e arrumado, imprimindo neste espaço algumas de suas características pessoais; no sentido de personalizar o espaço que pode chamar de “seu”:

“Nesse sentido assim, eu sou uma pessoa tão preservada... Não só eu, porque nós somos em quatro, cada um tem o seu espaço... E tem uma coisa que eu gosto sempre de ter: armário bem arrumado, quarto arrumadinho, chão limpinho, cama arrumadinha...”

“Eu sempre fui assim, desde solteiro... E assim até hoje eu carrego comigo porque às vezes, nós somos em 04 no quarto, às vezes um sai mais cedo e o outro depois... Eu já olho assim e vejo uma cama desarrumada, eu nem peço prá ele arrumar; deixa que eu mesmo arrumo...”

O participante defende a instituição e todo o trabalho que é desenvolvido nesta, dando dicas aos demais internos quanto aos caminhos que devem ser percorridos neste processo de tratamento e/ou acolhimento:

“E eu falei assim: colega, você nunca pode pensar assim! Hoje eu estou nesse patamar e eu sou interno, e amanhã? Pode ser você! Se você agir por onde, fizer e conquistar a confiança, com certeza vai chegar o seu tempo... Mas independente desse patamar que eu estou hoje, que é na reinserção social, eu não deixo de ser um interno como qualquer um aqui dentro!”

“As outras pessoas que usam outros tipos de drogas, eles também não deixam de ser escravos daquele tipo de hábito... Essa é a palavra correta para uma pessoa que se refere a ser chamada de adicto!”

“Eu tenho que cumprir as regras, tenho que cumprir as normas, o que foi determinado prá eu fazer no meu espaço de tempo quando eu estiver dentro da instituição, eu tenho que fazer... Por que nós temos os quadros ali e nos quadros tem a relação de todos os quartos, todos os números, onde cada dia um quarto tem que fazer alguma coisa... Entendeu?”

“Se você conseguir chegar nesse nível, com certeza as coisas vão se tornar bem mais fácil; mas vai depender da força de vontade de cada um! Porque eu gosto de falar assim: se você teve força de vontade de buscar uma recuperação, ou no tempo correto ou no tempo incorreto, quando você achar que deve concluir e achar que está pronto, vai sim...”

Privacidade

J. permite o acesso dos seus colegas de tratamento sobre sua vida particular e institucional e também sobre seu espaço. Faz questão de transmitir aos seus pares o aprendizado que adquiriu, elucidando os passos necessários

para que o acolhimento seja de sucesso e a importância do cumprimento das regras e normas durante a permanência na instituição.

Apresenta uma convivência adequada com todos os envolvidos na proposta da instituição, ressaltando que vai levar consigo a “semente plantada” quando não estiver mais em situação de acolhimento.

Participante 04: Pablo

Histórico

P. iniciou seu processo de dependência química fazendo uso de álcool, principalmente aos finais de semana - com amigos, familiares e no futebol. Ressalta que fez uso de maconha aos 18 anos, na época em que serviu o quartel.

Houve um aprofundamento no uso de álcool quando tomou conhecimento que era soropositivo, através da gravidez de sua esposa. Seu filho nasceu com boa saúde e livre da infecção ativa pelo vírus HIV.

Apesar deste momento em sua vida ter sido turbulento, P. deu início ao tratamento para o combate do vírus HIV; mobilizado principalmente pela insistência e apoio de sua esposa para tal.

Quando sua condição de saúde se estabilizou, teve início um conflito conjugal influenciado pelo julgamento que ambos faziam entre si a respeito da forma de contágio do vírus HIV.

Após a separação de sua esposa, P. interrompeu com o referido tratamento, vendeu um imóvel e passou a utilizar cocaína e crack – há 04 anos.

Em seguida, perdeu seus vínculos de trabalho, vendeu tudo o que tinha (dois imóveis e um caminhão) e passou a viver em situação de rua. Na ocasião, o uso contínuo de álcool e drogas fez com que sua condição de saúde piorasse consideravelmente e as internações hospitalares tornaram-se recorrentes devido o surgimento de doenças oportunistas, situação comum aos doentes de AIDS.

Mesmo após estas internações no seu município de origem, ao sair da unidade hospitalar voltava rapidamente a fazer uso de álcool e/ou crack.

Em determinada situação, na companhia de um colega, em um período de aproximadamente 24 horas, Pablo fez uso de 100 pedras de crack e uma garrafa de “vodka”. Sobre essa história, o participante referiu que quando as “pedras” acabaram, ele e o colega conseguiram comprar mais 32 pedras e permaneceram fazendo uso dessa substância por mais aproximadamente 12 horas.

A assistente social do hospital em que ele frequentemente era internado foi quem localizou a instituição e o encaminhou. Para chegar até a instituição, o participante teve ajuda de dois (02) amigos e também de sua ex-esposa.

Após seu acolhimento, P. foi internado por duas (02) vezes em um hospital de referência no Estado de São Paulo para o tratamento de HIV/AIDS, visto que sua condição de saúde ainda é delicada e merece cuidados especializados.

Apesar de ter feito uso de álcool nesse período de tratamento, o participante encontra-se há aproximadamente 09 meses abstinente de álcool e drogas, e em tratamento para o HIV/AIDS.

Ação-transformação:

O participante demonstra utilizar o componente de ação-transformação primeiramente através do caminho percorrido entre a percepção da perda de controle sobre o uso de drogas até a ruptura que ele faz com sua vivência de drogadição.

Neste caso, é importante ressaltar que a decisão pelo acolhimento não foi tomada por P. e foi levado em consideração o agravamento de sua condição de saúde em função de sua vivência em situação de rua.

“Aí comecei com cocaína, até que um dia eu conheci o crack. Aí me afundou! O crack afundou minha vida, afundou tudo que eu tinha! Perdi emprego, perdi o capital, perdi minhas coisas tudo...”

“Fiquei 15 dias internado lá e o médico disse: não tem o que fazer com você aqui, eu não posso tratar de você aqui... Isso aqui é um Pronto Socorro, nem internar não interna... Você tem que procurar outro lugar prá ir, prá você se tratar...”

“Aí, a assistente social, através dessas pessoas aí, procuravam um lugar prá mim, mas não encontravam... Aí eles precisavam de um grupo como esse aqui né? Que cuidasse mais da minha saúde... Prá me recuperar da droga, do álcool e principalmente da saúde porque eu estava debilitado, muito debilitado... Não tinha força prá mais nada! Aí através da internet, ela conseguiu essa vaga aqui...”

A possibilidade de retomar sua prática profissional, como motorista na instituição, também pode ser considerada importante para que o participante possa modificar seu modo de vida:

“Trabalho aí desde cedo, acordo às 05h30 e vou buscar uma coisa e outra... O outro motorista está de folga né? Aí ficou eu estou sozinho e graças a Deus me sinto ótimo! Quando eu estou assim...”

“A minha primeira atividade do dia, eu busco pão. Eu pego a Kombi, vou até o outro bairro ali, pego o pão e trago prá cá. Aí sempre tem doação de roupa de uma outra instituição, a gente faz 02 vezes por semana; pega a roupa e traz pro bazar.

Que nem hoje, por exemplo, eu levantei 05h30 prá buscar frango, depois fui buscar os pães e depois eu peguei mais reciclagem na casa de um senhor aqui... À tarde fui prá outro município ali e eu tinha acabado de chegar a hora que você veio falar comigo...”

Houve uma resistência, por parte de P., quanto ao desejo que sente de ir embora:

“Minha vontade é de ir embora... Estou contando as horas né? Principalmente porque todo mundo fala prá mim deixar passar essa febre de festas, deixar passar as festas, deixar passar essa empolgação toda de Natal e dia de ano... E agüentar!”

“Se eu agüentei até agora, agüentar! Tem um pessoal bom aqui, uns camaradas que saem com a gente prá rua buscar doação, buscar carne, vai no açougue, buscar um pão, reciclagem... Então a gente sente mais confiança! Eles me dizem: vamos ficar junto aí, cara... Vamos dividir a solidão aí, porque eu também estou longe da minha família, sabe?”

P. mantém um esforço na modificação da sua postura: evitando o contato com pessoas que nada acrescentam ao seu novo modo de viver, desenvolve a atividade que está sob sua responsabilidade compreendendo a importância de auxiliar no trabalho da instituição como um todo, não gosta de ficar pensando nas “coisas erradas” que fez, percebe que existe possibilidade de aprender com o outro, entre outros exemplos.

“Porque tem muito lugares aqui, que você fica nas salas e o pessoal vem com muitos defeitos de rua... Muita gíria, eles falam muita besteira! O cara já vem logo falando em droga, falando em bebida, falando que era presidiário, que fazia isso, que fazia aquilo, que era isso, que era aquilo, ou roubava... Então esse tipo de coisa prá mim, que estou em recuperação, não é bom ficar “martelando” isso, esse papo de droga né? Eu estou aqui prá esquecer, não estou aqui prá ficar lembrando dessas coisas...”

“Eu venho com um propósito e vou conseguir através disso! Escutar pouco, falar nada e enxergar bastante o que está acontecendo... Isso me ajudou muito na minha recuperação. Eu optei pelo meu tratamento dessa maneira e deu certo! Prá mim deu certo!”

“Aí às 02 horas eu sempre vou ali no centro da cidade pegar sopa... O “sopão”! Aí eu trago o “sopão”, distribui aqui pro pessoal o excedente... A gente leva ali na comunidade prá distribuir pro pessoal lá... O que excede da casa e o pessoal não usa, a gente distribui pro pessoal lá!”

“Que apesar de tudo eu fiz coisa boa, não foi só maldade não! O que me fez mal eu não gosto de pensar... Esse tempo de rua, as “merdas” que eu fiz, eu não gosto de pensar nisso né? Se eu começar a pensar, eu posso entrar em depressão... Eu não gosto de pensar muito nisso...”

“Tem gente com problema bem maior que o meu né? A gente acha que o meu é maior que todo mundo, mas a gente vê que tem outra pessoa também... Prá dividir com a gente aquela carga... Aí eles dizem: estou passando pela mesma coisa, vamos ficar aí, vamos ficar juntos, não vai ser tão ruim assim...”

“Entra aquele que não presta, que não quer nada com a vida, só pensa em bagunçar... Mas tem muitas pessoas que vem aqui com a intenção de melhorar mesmo, você vê que a pessoa tem vontade de melhorar... Quer sair das drogas, quer sair do álcool...”

“A gente tem como trocar experiência né? E a gente fica mais aproximado, tem uma afinidade a mais com esse tipo de gente...”

Identificação Simbólica:

A identificação deste participante com a instituição ocorre principalmente pela possibilidade dele ser cuidado; considerando os aspectos de saúde, social, ambiente físico, profissional, entre outras manifestações de cuidado:

“E eu fiquei uma semana ou duas, eu acho, bem ruim, bem debilitado... Aí eles me mandaram prá um hospital em São Paulo né? Foi onde eu internei a primeira vez, fiquei 45 dias internado... Voltei gordo, nossa! O pessoal nem me conhecia, sabe? Aí eu fiquei assim uns 02 meses na casa... Ficava ruim e melhorava, ficava ruim e melhorava... Eu ficava bom em um dia e no outro dia já estava ruim de novo... Aí eles decidiram: você vai pro hospital de novo, que é o único lugar de especialidade prá isso! Da sua doença...”

“Eu faço o serviço de motorista prá ele, ele sempre gostou muito de mim, ele nunca me forçou a nada... Ele sempre chega e pergunta: você está bom prá dirigir? Você pode fazer tal coisa?”

“Porque é que eu sou debilitado, porque é que eu tenho que ficar em uma cama? Porque é que eu não tenho que trabalhar também? Isso aí me levantou muito também sabe? Conviver com outras pessoas que tem o mesmo problema que eu... Tira um pouco da carga, do peso também né? Me ajudou muito! E essas pessoas aqui continuam ajudando né? Se não fosse eles aí... O pessoal aqui ajuda muito!”

A identificação com os colegas que, além de dependentes químicos também são portadores do vírus HIV, traz um sentido para seu tratamento na instituição:

“Muitas vezes eu senti vergonha de dizer que sou portador... Hoje não! Eu tinha muita vergonha de falar, mas hoje tem muita gente com o mesmo problema que o meu... E eu vejo o pessoal aí trabalhando... Pô, o cara tem HIV também e trabalha, o cara é forte... Está aí trabalhando na reciclagem, um trabalha na coordenação, o outro trabalha não sei aonde, o outro trabalha aqui, um trabalha na obra...”

“Aí eu sempre fui companheiro de todo mundo aqui dentro, a gente, graças a Deus convive com o pessoal sem problema...”

“Mas eu não tenho o que falar da casa não! Me ajudou muito, continua me ajudando até hoje... Tenho todo o apoio deles aí, graças a Deus... E é mais ou menos isso!”

“Então tem essas pessoas prá te fazer companhia, no caso... Queira ou não queira, se tornou uma família né? Queira ou não queira isso aqui se tornou uma casa onde a gente come, a gente toma banho, a gente passa o tempo...”

P. desenvolve com responsabilidade a atividade que lhe foi confiada na instituição (motorista):

“E agora, daqui 17h00 e pouco eu vou ter que sair... Eu vou pegar mais reciclagem ainda! Tenho que ir todo dia lá, de segunda a segunda... Mesmo que não tenha nada, eu tenho que marcar presença...”

“Quando estamos em 02 motoristas, alivia a carga; mas quando ele está de folga, aí fica mais pesado prá mim... E somos só nós 02 habilitados né? Nesse final de semana que ele tá de folga, com a família dele, fica prá mim sozinho. Aí a carga é mais pesada... Como hoje, por exemplo, o pessoal está descansando e eu tenho que pegar a Kombi prá trabalhar!”

O estabelecimento de confiança com um colega de tratamento, por ele mesmo selecionado, e também com o gestor da instituição são muito importantes para este momento de seu tratamento; visto que estes são eleitos como pessoas de confiança porque trazem algo de positivo para sua vivência na instituição:

“No meu quarto estamos em 02 pessoas, um senhor que me ajuda muito e conversa só coisa que presta, eu gosto muito dele...”

“(...) se o meu companheiro de quarto estiver acordado a gente conversa um pouco (...)”

“O pessoal da casa aqui, o gestor gosta muito de mim, eu sei disso. Me respeita muito. Eu tenho o maior respeito por ele porque eu sei que ele me respeita também, isso aí é de ambas as partes...”

O participante faz a associação de seu bem estar físico (possibilidade de estar vivo através do tratamento oferecido) com a instituição:

“Aqui, essa casa me ajudou muito... Nossa! Eu devo a vida prá esse local aqui... Se eu não tivesse vindo prá cá, hoje com certeza eu não estava vivo... Isso você pode ter certeza!”

Apego ao Lugar

P. apresenta um sentimento de segurança na instituição, principalmente porque sabe que em qualquer complicação do seu estado de saúde, vai receber cuidado adequado, assim como foi sinalizado no item *identificação simbólica*:

“Falei que não ia ficar a minha vida inteira no hospital e na instituição, aí o gestor me disse: Você foi pro hospital 02 vezes né? E já quer ficar bom? Teve gente que ficou mais internado que você! Ficou 05 ou 06 vezes e hoje está aí trabalhando... Leva uma vida normal... Se você com 02 vezes já quer parar, você acha que vai ficar bom? Então por tudo isso eu agradeço! Eles colocaram na minha cabeça... Aí da segunda vez que eu fui, eu já estou praticamente ótimo!”

“Eu falei que estou ruim de vista, acho que devido à doença e ele correu comigo aí "rapidão" prá arrumar um oculista e eu já estou com a receita do óculos... Só que eu não consegui porque não tenho o dinheiro no momento prá comprar e ele está correndo aí prá ver se consegue o óculos prá mim...”

O participante sente que seu trabalho na instituição como motorista é importante, no sentido de desenvolver um serviço que diz respeito à sustentabilidade da instituição (coleta de recicláveis, busca de alimentos, entre outros):

“De quarta-feira tem uma feira ali que a gente vai buscar doação de ovos, cebola e saquinho de lixo... Sempre eu que vou buscar...”

“Nesse tempo que eu estou fazendo essas coisas aí, ele está buscando reciclagem... Catando papelão, fazendo as empresas aí e tal”

Territorialidade

O quarto foi escolhido como o espaço mais significativo para P. na instituição. Para ele, o quarto representa um espaço de reflexão porque tem preferência de estar sozinho para pensar na nova vida que está à sua frente.

Esse espaço é utilizado também como um local de “desabafo”, na impossibilidade de utilizar outro recurso ou local para a resolução de dificuldades vivenciadas durante o processo de acolhimento:

“É difícil quando eu estou aqui na casa me achar aqui por baixo, é muito difícil eu ficar... Eu fico mais no meu quarto...”

“Então é o lugar que eu fico bastante tempo deitado... Aí eu fico pensando né? Não penso muito no que eu fiz de ruim, tento pensar em alguma coisa boa que eu fiz no passado sabe?”

“Então eu não gosto de ficar muito misturado com o pessoal nas salas, eu gosto de ficar sozinho! Eu fico mais a vontade no quarto mesmo... Pensando na vida!”

“Tem dias aqui que eu, prá não explodir, prá não brigar com alguém eu subo no quarto e me tranco... Até hoje! E desabafo assim... A gente chega a chorar prá desabafar (...)”



Figura 7. Fotografia do quarto do participante 04.

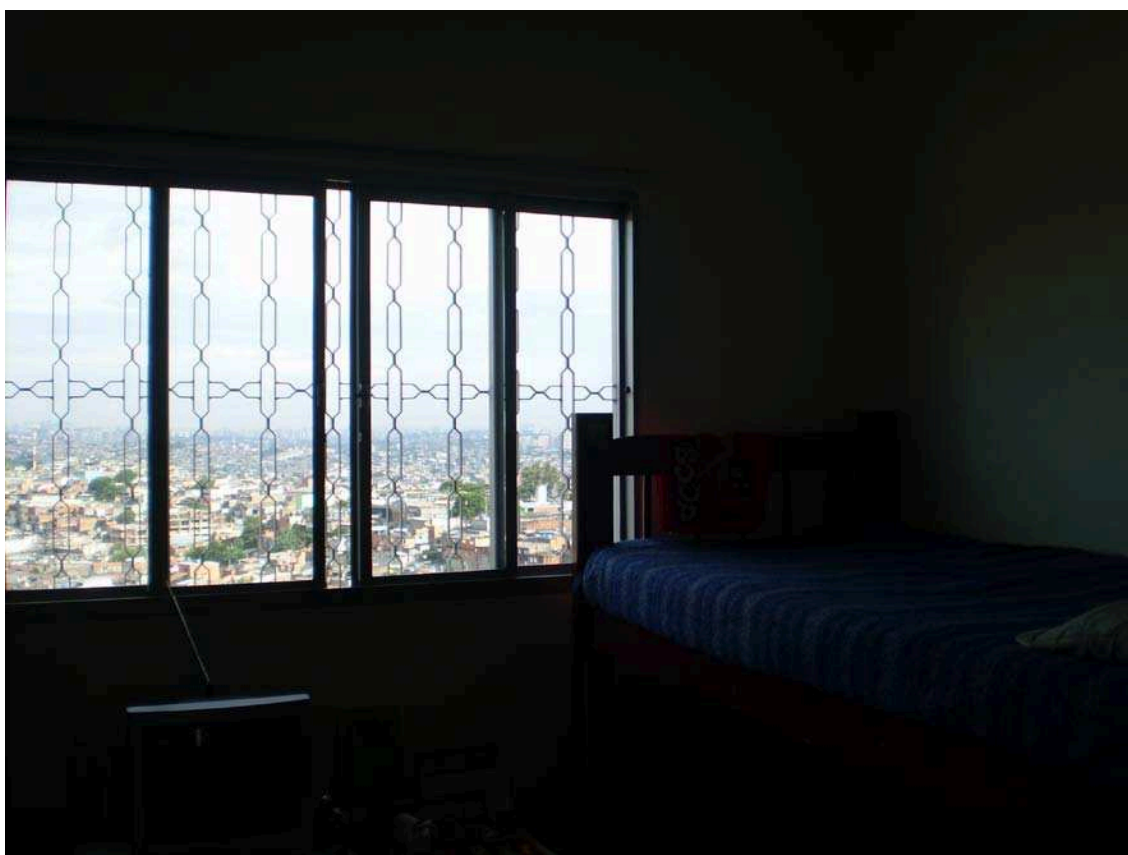


Figura 8. Fotografia, de outro ângulo, do quarto do participante 04.

Pelo fato de P. não pertencer ao município onde se localiza a instituição, a atividade que está sob sua responsabilidade pressupõe a exploração de um espaço não conhecido.

Em alguns locais que visita, o uso de drogas e álcool é corriqueiro e tal situação faz com que ele reflita sobre seu tratamento:

“A gente vai entregar sopa ali em uma comunidade e vê umas pessoas com maconha ou cheirando lá, usando crack mesmo... Eu vejo assim o pessoal usando e não dá a mínima vontade! Porque talvez eu esteja fora do uso do álcool... De repente se eu tomar alguma coisa, tudo fica mais fácil né?”

“E esse é o meu medo... Através do álcool a gente vai prá droga de novo né? Então eu tenho que ficar longe mesmo e não usar mais nada... Que nem o pessoal fala: só por hoje!”

Privacidade

O participante utiliza a privacidade, no sentido de evitar o acesso a ele, mantendo um relacionamento mais próximo com poucos colegas de tratamento. Em muitos momentos refere sua preferência de ficar isolado em seu quarto, refletindo sobre sua atual condição e sobre suas possibilidades de futuro.

VII – DISCUSSÃO

O presente trabalho justifica sua relevância pela lacuna existente na literatura científica sobre estudos sistematizados envolvendo apropriação de espaço e dependência química.

Para tanto, a presente pesquisa objetivou descrever como ocorre a apropriação de espaço por homens, dependentes químicos, que são acolhidos temporariamente em uma Organização Não Governamental (ONG), bem como identificar outros fenômenos pertinentes à Psicologia Ambiental, também presentes nesse ambiente transitório, tais como: o apego ao lugar, a territorialidade e a privacidade.

O conceito adotado é proposto por Pol (2002) e versa sobre a circularidade da apropriação de espaço como um processo constituído de diversas dimensões que se organiza de maneira comportamental e também simbólica, sendo este resultado de um modelo dual de ação-transformação deste espaço (componente comportamental) e identidade simbólica com este espaço (identificação do sujeito com o espaço, que inclui processos cognitivos, afetivos e interativos).

O autor coloca ainda que a ação-transformação consiste na ação transformadora que ocorre por meio da interação entre a pessoa, o meio e a coletividade adquirindo, através dessa interação, significados individuais e sociais. Depois de se apropriar do espaço, a pessoa se identifica com a significação criada, acontecendo assim a identificação simbólica.

Neste sentido, a partir das categorias levantadas na análise dos dados apresentados, podemos destacar principalmente:

- **A importância do trabalho organizado na instituição, desenvolvido com normas e regras bem estabelecidas.**

Os trabalhos desenvolvidos na instituição podem ser utilizados como um treinamento para a reconstrução da vida dos internos, considerando que estes podem utilizar o conhecimento adquirido quando saírem da instituição. Neste sentido, é possível afirmar que quanto maior a diversidade nas atividades para os internos da instituição desenvolverem, maior será também a possibilidade de se apropriarem da proposta de tratamento e assim permanecerem abstinentes.

- **As limitações de transformação no ambiente da instituição.**

Estas limitações são derivadas das regras adotadas para o desenvolvimento dos trabalhos, regras necessárias para a reabilitação dos internos, no sentido de reorganização da própria vida destes.

Os participantes referem que antes do atual acolhimento sofreram perdas consecutivas e rupturas constantes (perda do espaço, rompimento da convivência com os familiares, vivência em situação de rua, entre outras situações).

- **A escolha do local mais significativo para os participantes na instituição se dá principalmente pelo fato de poderem transformar aquele ambiente.**

A transformação realizada pelos participantes nos locais escolhidos como significativos acontece tanto pela função que desempenham (como no caso do participante 01, Evaristo) como pelo espaço que ocupam mesmo transitoriamente, considerando que os internos mudam de quarto constantemente, como apontado pelo participante 03, Juca.

- **A marcação do espaço escolhido acontece por meio da inserção de elementos físicos que retratam características pessoais neste espaço.**

Os participantes levam, para os locais escolhidos como significativos, aspectos de uma vida rompida e de outra vida que pode ser construída a partir da proposta de tratamento adotada na instituição.

Podemos afirmar que nos espaços escolhidos pelos participantes identifica-se o fenômeno de privacidade, no sentido de controlarem o acesso as suas particularidades.

- **A importância da dimensão temporal neste processo de acolhimento.**

O tempo de permanência na instituição pode interferir no entendimento e na identificação com o processo de tratamento, considerando que as recaídas (voltar a fazer uso de álcool ou drogas) e o número de internações (nesta ou em outra instituição) também fazem parte deste processo e contribuem para a apropriação do espaço.

Considerando ainda a dimensão temporal, podemos citar que os participantes acolhidos há menos tempo na instituição referem sobre o conflito estabelecido quanto ao desejo de usar álcool ou drogas. Os participantes que estão há mais tempo na instituição não fazem tal referência, possivelmente por estarem apropriados e identificados com a proposta de tratamento a que se submeteram.

É possível também que a perspectiva de mudança de funções na instituição e a flexibilização da continuidade no tratamento após o prazo

estipulado podem contribuir no processo de apropriação de espaço e de participação nas atividades da instituição.

- **Importância do local de origem dos participantes.**

Não foi identificada interferência que se possa atribuir características de maior ou menor apego à instituição, sendo os participantes de fora ou da mesma região onde a instituição se localiza.

Embora este seja um dado que necessite ser melhor analisado, é possível afirmar que a maioria dos participantes, independente do seu local de origem, se apropriam do espaço na instituição principalmente pelo trabalho e a forma como este é desenvolvido na mesma.

Há que se destacar que, mesmo negando verbalmente os benefícios trazidos pelas regras e pelo trabalho ali desenvolvido, existem indícios de apropriação de espaço, uma vez que nenhum dos participantes menciona sair antes do tempo previsto para o tratamento ou se recusam a participar das atividades.

- **Importância da família no processo de tratamento.**

Os participantes fazem referência às suas vivências familiares rompidas, mencionando a importância que alguns membros da família têm em suas vidas. Existe um desejo de re-significar estes relacionamentos e, neste sentido, é possível se articular uma intervenção que contemple de forma gradual a participação dos familiares neste processo de acolhimento.

- **Instituição como um espaço transitório.**

A instituição se constitui como um espaço transitório, considerando o tempo restrito de permanência dos internos para tratamento da dependência química.

Vale lembrar que o relacionamento pessoa-ambiente deve ser considerado para esse estudo no nível que compreende os ambientes públicos, assim como a proposta de Moser (2001).

A importância dos estudos sobre apropriação de espaço é evidenciada nos trabalhos desenvolvidos anteriormente.

Bassani (2003), em seu estudo com famílias de agricultores, revelou a importância de serem revistas as políticas públicas voltadas para essa população no que tange à qualidade de vida e bem estar, considerando o espaço apropriado como permanente.

Alves (2005), em seu estudo com pacientes hospitalizados, trouxe a indicação da necessidade de mudanças relacionadas às normas hospitalares, utilizando as transformações no ambiente físico para favorecerem as interações dos pacientes com o ambiente hospitalar, considerado aqui como ambiente transitório.

Paranhos (2008), em seu estudo com adultos deficientes visuais, salienta que o modo de perda da visão e o tipo de deficiência influenciam nos modos de apropriação de espaço, considerando também as políticas públicas que almejam promoção e qualidade de vida dos deficientes visuais devem se certificar sobre suas necessidades antes de implantar alternativas.

VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo proposto neste trabalho foi alcançado, pois foi possível descrever como ocorre a apropriação de espaço e os demais fenômenos apresentados pela Psicologia Ambiental a partir da vivência de acolhimento dos participantes.

Assim sendo, os dados apresentados sugerem que outros assuntos e diferentes populações podem ser incluídos em novos estudos que versem sobre a dependência química.

É importante ressaltar que não existe esclarecimento e orientação aos participantes quanto ao trabalho desenvolvido na instituição, principalmente a reciclagem, com vistas à sustentabilidade.

Da mesma forma, inexistiu uma atuação mais presente dos internos no envolvimento com a comunidade local, considerando a possibilidade do desenvolvimento de atividades que podem ser desenvolvidas pelos internos, voltadas para as pessoas que moram na região próxima à instituição.

Um questionamento importante diz respeito ao fato dos participantes permanecerem para tratamento nessa instituição e não em outra, considerando que todos estiveram internados anteriormente em outros locais. Neste caso a pergunta pertinente é: o que leva o dependente a ficar ali e não em outra instituição? Talvez esta característica mereça ser investigada em outras pesquisas.

Ressaltamos a importância do trabalho desenvolvido pelo psicólogo em instituições de tratamento da dependência química, sendo que devem ser considerados os contextos da instituição (localidade, história, formas de sustentabilidade, entre outros aspectos) e também os contextos das pessoas

que necessitam deste tipo de atendimento; no sentido de promover uma intervenção mais adequada deste profissional.

Os resultados apontam que é importante compreender o processo de apropriação de espaço por dependentes químicos para que as propostas de intervenção com essa população estejam alinhadas com as políticas públicas e que contemplem a importância dos espaços de acolhimento.

IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos e as doze tradições**. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil; 2001.

ALVES, M. C. L. **Apropriação de Espaço: vivências dos pacientes hospitalizados**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2005.

BASSANI, M. A. A training, intervention and prevention proposal of bettering quality of life and stress management in the city of São Paulo, Brazil. In: **17TH. CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR PEOPLE-ENVIRONMENT STUDIES**, 2002, La Coruña. Culture, quality of life and globalization: problems and challenges for the new millenium, La Coruña, 2002.

_____. **Avaliação de percepção ambiental e apropriação de espaço em famílias de agricultores em São Paulo**. Projeto de Pesquisa horas / doutor. CEPE / PUC-SP, 2003(a).

_____. Psicologia Ambiental: Contribuições para a Educação Ambiental. In: HAMMES, Valéria S. (Org). **Educação ambiental para o desenvolvimento sustentável** – Proposta Metodológica de Macro-educação. São Paulo, 2004 (a), v. 2, pp. 90-95.

_____. **Avaliação de percepção ambiental e apropriação de espaço em famílias de agricultores em São Paulo**. Relatório de Pesquisa horas / doutor. CEPE / PUC-SP, 2004(b).

_____. Tradição e ruptura: apego ao lugar em famílias de agricultores de Araras (SP). In: FRANCO, Maria Helena P. (org). **Formando e rompendo vínculos: uma experiência vital**. São Paulo: Summus, prelo.

BASSANI, M. A.; SILVEIRA, M. A. da; FERRAZ, J. M. G. Por um estado de espírito agroecológico consciente. In: **I CONGRESSO BRASILEIRO DE AGROECOLOGIA / IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AGROECOLOGIA / V SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE AGROECOLOGIA**. Rio Grande do Sul, 2003. *Anais...*

_____. Percepção ambiental e agroecologia: considerações metodológicas em Psicologia Ambiental. In: **II CONGRESSO BRASILEIRO DE AGROECOLOGIA; V SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AGROECOLOGIA E VI SIMPÓSIO ESTADUAL SOBRE AGROECOLOGIA**. Porto Alegre (RS), 2004. *Anais...*

_____. **Psicologia Ambiental e Agroecologia: apropriação de espaço por famílias de agricultores.** In: **III CONGRESSO BRASILEIRO DE AGROECOLOGIA; VI SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE AGROECOLOGIA; VII SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE AGROECOLOGIA.** Florianópolis (SC), 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas** - Ministério da Saúde. 2ªed. Rev. Ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (b).

BRASIL, Secretaria Nacional Antidrogas. **Glossário de Álcool e Drogas.** Tradução: J. M. Bertolote. Brasília, 2006.

BOSE, M. **Gestão de Pessoas no Terceiro Setor.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

CAMPOS, E. A. **Representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1379-1387, set-out, 2004 (acessado em 08/05/2010).

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **I Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

_____. **II Levantamento Domiciliar Nacional sobre Uso de Drogas Psicotrópicas.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CORRALIZA, J. A. **Emoción y Ambiente.** In: Aragonés, J. I. & Amérigo, M. (Coord.) *Psicología Ambiental*, Madri: Pirâmide, 2000. pp. 59-76.

CORRAL-VERDUGO, V. **Psicologia Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento.** *Psicol. USP* [online]. 2005, vol.16, n.1-2, pp. 71-87. ISSN 0103-6564 (acessado em 01/05/2010).

COSTA, S. F. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química.** Serviço Social em Revista (Online), v. 12, p. 4, 2009.

DALBEM, J. X. & DELL'AGLIO, D. D. **Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento.** *Arquivos brasileiros de Psicologia*, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005.

DENZIN N. K., LINCOLN Y. S. & cols. **Handbook of qualitative research.** Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

_____. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANCO, A. **A reforma do Estado e o terceiro setor: cinco perguntas preliminares, uma pergunta fundamental e uma nota.** In: Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado.

FREIRE, J. C. & VIEIRA, E. M. **“Uma escuta ética de psicologia ambiental”.** *Psicologia & Sociedade*; Porto Alegre, 18 (2): 32-37; mai/ago – 2006.

GIFFORD, R. **Environmental Psychology: Principles and Practice.** 3ª ed. Canadá: Optimal Books, 2002.

GLASER, B. G. & STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** New York: Aldine de Gruyter; 1967.

LIMA, A. F. **Dependência de Drogas e Psicologia Social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade.** *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, Abril, 2008.

MACHADO, A. R. & MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul/set, 2007.

MALBERGIER, A. **Dependência de drogas.** *Rev. Bras. Psiquiatria*, Out 2005, vol.24, nº 4, p.204-204. ISSN 1516-4446.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MORENO, E. & POL, E. (1999). **Nociones psicosociales para la intervención y la gestión ambiental.** (Monografies Socio / Ambientals, 14). Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

MOSER, G. **Environmental psychology and people-environment studies: what kind of multidisciplinary collaboration?** *Psicologia USP*, São Paulo, v. 16, n. 1-2, 2005.

_____. **Psicologia Ambiental. Estud. psicol. (Natal)** [online]. 1998, vol.3, n.1, pp. 121-130. ISSN 1413-294X (acessado em 01/05/2010).

MOYANO DIAZ, E. **Uma exploração da especificidade e interdisciplinaridade metodológica em Psicologia Ambiental.** *Psicol. USP* [online]. 2005, vol.16, n.1-2, pp. 141-154. ISSN 0103-6564 (acessado em 01/05/2010).

NEDER, M. **O psicólogo e a pesquisa psicológica na instituição hospitalar.** In: *Revista de Psicologia Hospitalar*, nº 2, pp. 2-4, jul/dez, 1993.

PARANHOS, M. **Apropriação de Espaço por adultos com deficiência visual: estudo de casos.** Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2008.

POL, E. **El modelo dual de la apropiación del espacio.** In: GARCIA-MIRA R.; SABUCETTO, CAMESELLE J. M.; ROMAY MARTÍNEZ, J. (Eds.). *Psicología y medio ambiente: aspectos psicosociales, educativos y metodológicos.* La Coruña: Editora de la Unidade de Investigación Persona Ambiente, 2002.

_____. **A gestão ambiental, novo desafio para a psicologia do desenvolvimento sustentável.** *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 235-243. ISSN 1413-294X (acessado em 01/05/2010).

SANCHEZ, Z. M. & NAPPO, S. A. **A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas.** *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl. 1; 73-81, 2007 (acessado em 08/05/2010).

SILVA, R. T. **ONG: inventando outros sentidos para além e aquém dos discursos do medo e da esperança.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007.

STAKE, R. E. **Case studies.** In: DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (ed.) *Handbook of qualitative research.* London: Sage, 2000.

STRAUSS, A & CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª edição, Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

TURATO, E. R. **Introdução à metodologia da pesquisa clínico qualitativa – definição e principais características.** Revista Portuguesa de Psicossomática, Porto, Portugal, p. 93-108, 2000.

_____. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, 39 (3): 507-14. Campinas, 2005.

VIDAL, T. & POL, E. **La apropiación del espacio: una propuesta teórica para comprender la vinculación entre las personas y los lugares.** Anuario de Psicología, 2005, vol. 36, nº 3, 281-297, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona.

VILLODRES, M. C. H. & RUIZ, B. H. **Dimensiones de apego al lugar.** In: Garcia-Mira, R., Sabucedo, J. M. & cols. *Medio Ambiente y Responsabilidad Humana: Aspectos Sociales y Ecológicos.* IV Congresso de Psicologia Ambiental, Facultad de Psicología da Universidade de Santiago de Compostela. pp. 47-52.

WATERS, E., HAMILTON, C. E. & WEINFELD, N. S. **The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general discussion.** In: Child Development, volume 71, number 3, pp. 703-706, may-june, 2000.

WIESENFELD, E. **A Psicologia Ambiental e as diversas realidade humanas.** *Psicol. USP* [online]. 2005, vol.16, n.1-2, pp. 53-69. ISSN 0103-6564 (acessado em 01/05/2010).

YAMAMOTO, O. H. **Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo.** Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 19, n. 1, abr. 2007.

APÊNDICE A

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada pela psicóloga Fabiana Coelho Fernandes, CRP-06/52093, aluna de Mestrado do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica (Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dra. Marlise A. Bassani.

O objetivo deste trabalho é tentar compreender como ocorre a apropriação de espaço da perspectiva de dependentes químicos que vivem em uma ONG, tentando identificar também outros fenômenos pertinentes à Psicologia Ambiental.

Pelo fato dessa pesquisa ter um caráter descritivo, são baixos os riscos de ocorrerem danos à condição física, psíquica, moral, intelectual, entre outros aspectos dos participantes.

A proposta deste estudo apresenta grande relevância científica, visto não haverem dados na literatura referentes ao estudo da apropriação de espaço junto à população de dependentes químicos, ressaltando também sua importância no auxílio ao estabelecimento de estratégias de gestão e intervenção adequadas.

Os participantes, aceitando participar da referida pesquisa, serão entrevistados pela pesquisadora responsável – sendo que as entrevistas serão gravadas e transcritas. Também serão realizados registros fotográficos.

Tais procedimentos serão desenvolvidos de acordo com as exigências contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o respeito e a dignidade para com os participantes.

Ressaltando que a participação na pesquisa é voluntária, os participantes podem se recusar a participar e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho. É importante ressaltar também que o material coletado tem finalidade exclusiva científica e deverá ser utilizado somente pela pesquisadora.

A privacidade dos participantes quanto às informações confidenciais fica assegurada, bem como o sigilo dos registros, de forma que os nomes e outros dados de identificação não serão utilizados. A publicação dos resultados obtidos neste estudo será feita em meios acadêmico-científicos.

A pesquisadora se compromete em fornecer devolutiva dos resultados e da discussão aos participantes, em dia e horário estipulados pelo grupo.

Dados da pesquisadora responsável:

Telefone: (11) 9407-1622 / e-mail: fabianacfernandes@uol.com.br

Ciente das informações descritas neste Termo de Consentimento, eu _____, RG.: _____,

CPF: _____, autorizo a utilização dos dados por mim fornecidos para essa pesquisa.

Data: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista – Adaptado de Bassani (2003a, 2004b)

- Identificação
- História do uso de álcool e/ou drogas
- Decisão pela mudança (ruptura com o uso abusivo de álcool e/ou drogas)
- Histórico em instituições
 - ✓ Início do período nesta instituição
- Atividades desenvolvidas na instituição
 - ✓ Distribuição de papéis
- Levantamento das escalas ambientais mais significativas
- O que neste local tem mais “a sua cara”?
- História das ações/transformações nos espaços escolhidos.

APÊNDICE C

Rotina de Atividades dos internos na Instituição

ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
Acordar, arrumar a cama, higiene pessoal, cafezinho	06h30	06h45
Café da manhã	07h00	07h30
Reunião (AA ¹ e NA ²)	07h30	08h00
Limpeza da casa (1ª parte)	08h00	10h00
Laborterapia (reciclagem) Leitura de livro	10h00	11h00
Almoço – Informática	11h50	12h55
Limpeza da casa (2ª parte)	13h00	14h00
Laborterapia (reciclagem) Leitura de livro	14h00	15h30
Café da tarde Limpeza da casa	16h30	17h30
Banho dos internos	17h00	18h00
Liberação da TV da sala (1º andar)	18h00	22h30
Liberação da TV dos quartos	18h00	22h30
Liberação da TV aos sábados	A partir das 12h00	#
Liberação da TV aos domingos	A partir das 10h00	#
Informática ³	18h00	18h55
Jantar (terças/quintas/sábados e domingos)	19h00	20h00
*Reunião (AA ¹ e NA ²) segundas/quartas/sextas	19h00	20h00
Jantar (segundas/quartas/sextas)	20h00	21h00

*Informação acrescentada pela pesquisadora

Legenda:

- 1 – Alcoólicos Anônimos.
- 2 – Narcóticos Anônimos.
- 3 – O uso dos computadores tem início com os quartos ímpares.

APÊNDICE D

Escala de trabalho a ser desenvolvida pelos internos, nas dependências internas e externas da instituição

Atividades de limpeza e outras (*)	06h00 às 14h00	13h30 às 20h00
Cozinha / Copa	Quarto 04	Quarto 05
Controle da Lavanderia		
Controle do Banho		
Limpeza dos vidros da Cozinha		
	06h00 às 14h00	15h00 às 20h00
Escritório	Quarto 05	Quarto 04
Banheiro		
Garagem		
Calçada		
Lixeira		
Enfermaria		
Sopão		
Limpeza dos vidros da Garagem		
Recebimento de reciclados	Quarto 01	
Limpeza das ruas das obras		
Reciclagens a receber		
Banho após o último recebimento		
Escada do 1º ao térreo	Quarto 02	
Sala / Corredor		
1º andar - Banheiros		
2º andar - Sala / Banheiro / Corredor e Escada		
Sala de reunião	Quarto 03	
Buscar e distribuir o Sopão		
Buscar reciclados, mercados e padaria		
Lavagem de roupa		
Obra	Internos pelo	designados gestor

(*) Cada atividade mencionada na referida escala de trabalho é desenvolvida e supervisionada por um líder.

ANEXO 01

Parecer do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(PUCSP)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)