



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SOCIAL

INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA

**TECENDO SABERES: FENOMENOLOGIA DO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Belém
2007

INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA

**TECENDO SABERES: FENOMENOLOGIA DO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Dissertação de Mestrado apresentada como
quesito para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica e Social pelo programa de pós-
graduação em Psicologia Social da Universidade
Federal do Pará. Orientada pela professora Dr^a.
Adelma Pimentel.

Belém
2007

O512t

Oliveira, Ingrid Bergma da Silva

Tecendo saberes: fenomenologia do tratamento da dependência química / Ingrid Bergma da Silva Oliveira; Orientadora Adelman Pimentel. Belém, 2007.
110p.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2007.

1. Dependência química. 2. Fenomenologia. 3. Gestalt-terapia. 4. Terapia Ocupacional. I. Título.

CDD 150.192

INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA

**TECENDO SABERES: FENOMENOLOGIA DO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Adelma Pimentel - Orientadora

Prof. Dr. Samuel Sá - UFPA

Prof. Dr. William Gomes - UFRGS

Data de aprovação: 29/06/2007.

Belém
2007

Dedico esse trabalho a meu marido, exemplo de ser humano determinado, à minha avó Raimunda (*in memoriam*) pela vida de luta e aos profissionais envolvidos no cuidado aos dependentes químicos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, supremo pai, que abençoa sempre meus passos nessa vida.

A meus pais, Frederico e Lucineide Oliveira, pelo carinho, exemplo de dignidade, força e solidariedade, lutando sempre para nos oferecer as melhores oportunidades de crescer e amadurecer.

À minha avó Raimunda Florença (*in memoriam*) pelo exemplo de lucidez e vontade de viver até seu último dia entre nós.

Às minhas amigas, bravas companheiras que nunca me faltaram: Adriene, Belisa, Danielle, Flavia, Hellen, Luciene, Rejane, Socorro e Vera e aos outros tantos amigos queridos que me ajudaram a suportar os dias difíceis.

A minha irmã Nicolly pela especial existência.

A meu lindo Kim por seu amor e companhia.

Aos amigos e professores queridos que encontrei na Pós – graduação: Érica, Márcia, Edson, Bete, Jesiane, Flora, Niamey, Cristina Ferreira, Airle, André, Ana Cleide e Ricardo.

Ao querido Ney que além de sempre nos receber com bom humor e atenção, foi um amigo disponível à conversa e ao socorro.

À minha orientadora Adelma Pimentel, que foi amiga, acolhendo minhas angústias e que conduziu com fortaleza a construção desta dissertação.

Às amigas Elecilda, Betânia, Juliana, Ana Sá, Valdilene e Jocely pela força no dia-a-dia e na construção desta pesquisa.

Aos funcionários e usuários do CCDQ pela disponibilidade em oferecer as informações fundamentais para este trabalho.

Aos professores Helder e Luzia lara pelas contribuições na qualificação.

À Silvia Maués pela primeira oportunidade de trabalhar com a drogadicção, além de todos os conhecimentos trocados.

A CAPES pelo incentivo e financiamento deste estudo, proporcionando para a comunidade em geral o conhecimento de novas idéias.

E em especial, a meu amigo, fiel escudeiro, companheiro de todas as horas, que sabe como ninguém honrar o título de amor, nunca me deixando fraquejar, sendo forte e firme em me auxiliar nesta conquista, meu marido, Lucivaldo Araújo.

A virtude é quando se tem a dor seguida do prazer; o vício, é quando se tem o prazer seguido da dor.

Margaret Mead (1986)

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 DROGAS: ORIGEM, TIPOS, EVOLUÇÃO DO USO E DEPENDÊNCIA.	19
2.1 DROGAS DEPRESSORAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	28
2.2 DROGAS ESTIMULANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	30
2.3 DROGAS PERTURBADORAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	33
3 MODELOS DE TRATAMENTO AO DEPENDENTE QUÍMICO NO BRASIL	37
3.1 PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO	39
3.1.1 O Programa Redução de Danos	41
3.1.2 O Modelo dos Narcóticos Anônimos	43
3.1.3 O Modelo do Amor-Exigente	45
3.1.4 A Abordagem de base Cognitivo-Comportamental	46
3.1.5 O Modelo Psicossocial	47
3.2 CONTRIBUIÇÕES DA GESTALT-TERAPIA E DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	49
3.2.1 A Gestalt – Terapia	50
3.2.2 A Terapia Ocupacional	57
3.3 O CENTRO DE CUIDADOS AO DEPENDENTE QUÍMICO – CCDQ	65
4 PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	74
4.1. O CAMINHO PERCORRIDO	76
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	78
5.1 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	80
5.1.1 Desconhecimento da dinâmica institucional	80
5.1.2 Avaliação do modelo de tratamento oferecido pelo CCDQ83	
5.1.3 Avaliação do papel da família no tratamento de dependência química	96
5.1.4 Trabalho em equipe	99
5.1.5 Críticas ao ambiente de trabalho	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	112

APÊNDICES E ANEXOS

RESUMO

Esta pesquisa buscou conhecer o trabalho desenvolvido no Centro de Cuidados a Dependentes Químicos - CCDQ, localizado no município de Belém, estado do Pará, único serviço público no Brasil dentro do Sistema Único de Saúde destinado a oferecer tratamento específico para dependência química de álcool e outras drogas em regime de internação em longa duração, seguida de acompanhamento ambulatorial. A escassez de pesquisas nesta área no contexto local, fomenta a importância da discussão sobre o uso de drogas e as formas de tratamento existentes. Essa nova possibilidade de tratamento surgida das demandas sociais do município, através de dados compilados por diversas pesquisas, que levaram o governo estadual a planejar e implementar o centro, tinha por objetivo respeitar a voluntariedade do sujeito, incentivar a construção de um ambiente humanizado, pautada na lógica da reforma psiquiátrica, no que concerne à participação da família e práticas ressocializantes. Examinamos algumas contribuições da gestalt-terapia, Psicologia de base fenomenológica – existencial, que orienta minha linha de pesquisa e da Terapia Ocupacional, minha área de atuação, correlacionando-as como ciências e intervenções que dialogam no campo da interdisciplinaridade, tendo em vista o tratamento da drogadicção. A coleta de dados se deu através de questionários com questões abertas, respondidos por representantes da coordenação do centro, da equipe psicossocial e usuários do serviço. A perspectiva fenomenológica-existencial gestáltica configurou a fundamentação teórica na condução desse estudo, em que procuramos colaborar com este campo de investigação, desvelando alguns sentidos contidos nos diferentes discursos dos atores que trabalham ou se tratam no CCDQ e que colaboraram para configurar este relatório. Observamos a partir desses discursos, transformados em unidades de significação, que tanto o trabalho voltado às famílias, quanto as atividades ressocializantes estão deficitárias, sendo apontada também a necessidade de capacitação da equipe e a ausência de suporte da rede de serviços de saúde dentre outras questões. Pela especificidade dos resultados, pretendemos contribuir com a fundamentação de estratégias locais de ações preventivas e terapêuticas em drogadicção, além de possibilitar o conhecimento do que já vem sendo construído neste campo de atuação, tendo em vista ainda que novas ações terapêuticas podem ser construídas a partir da avaliação dos serviços já existentes prestados à população, bem como suscitar reflexões sobre as políticas, as ações e os seres humanos.

Palavras-chave: Dependência química; Fenomenologia; Gestalt-terapia; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

This research looked for to know the work developed by the Center of Cares to Chemical Dependents – C.C.D.Q., located in the municipal district of Belem, state of Para, only public service in Brazil inside of the Unique system of Health destined to offer specific treatment for chemical dependence of alcohol and drugs in internment regime in long duration, following by attendance ambulatory. The shortage of researches in this area in the local context foments the importance of the discussion about the use of drugs and the existent treatment forms. This new treatment originating from the social demands of the municipal district, through data compiled by several researches, that took the state government to implement the center, it had for objective to respect the personal desires, to motivate the construction of a humanized atmosphere, ruled in the logic of the Psychiatric Reform, in what it concerns to the participation of the family and practices re - socialization. We examined some contributions of the gestalt-therapy, Psychology of base phenomenological – existential, it guides my research line and of the Occupational therapy, my area of performance, correlating them as sciences and interventions that dialogue in the field of the interdisciplinary, with purpose of the treatment of drugs. The collection of data happened through questionnaires with open subjects, answered by representative of the coordination of the center, of the team psychosocial and users of the service. The perspective phenomenological existential gestalt configured the theoretical foundation in the transport of that study, where we tried to collaborate with this investigation field, revealing some senses contained in the actors different speeches that work or are treated in the CCDQ and that they collaborated to configure this report. We observed to leave of those speeches, transformed in units of significance, that so much the work returned to the families, as the activities re - socialization are deficient, being also pointed the need of training of the team and the absence of support of the net of services of health among other subjects. For the specificity of the results, intending to contribute with the foundation of local strategies of preventive and therapeutic actions in drugs, besides making possible the knowledge that it has already been built in this field of performance, tends in view although new therapeutic actions can be built starting from the evaluation of the services already existent rendered the population, as well as to raise reflections on the politics, the actions and the human beings.

Key-words: Chemical dependence, Phenomenology, Gestalt-therapy, Occupational therapy.

1 INTRODUÇÃO

Tratar sobre a dependência química é discutir um problema que há muito tempo se instalou no contexto das relações humanas. Seja para fins religiosos, comemorativos, casuais ou comerciais, o consumo de drogas ocorre sem distinção de raça ou classe social, encontrando na contemporaneidade condições ainda mais favoráveis à sua proliferação, o que contribui para o alcance de índices preocupantes e prejuízos irreparáveis à saúde humana e a toda sociedade. Não se trata de um problema focal, mas abrangente o bastante para interferir nas relações pessoais, familiares, de trabalho, produtivas, etc., a ponto de ser considerado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, um dos mais graves problemas de saúde pública do último século (CARNEIRO, 2005).

Como exemplo da gravidade deste problema, podemos citar os dados da OMS sobre o consumo de tabaco, um dos maiores causadores de danos à saúde pública mundial do século XX, seguido da ingestão de álcool, cuja incidência é tão grande que já provocou o óbito de pelo menos meio bilhão de pessoas no mesmo período, ou seja, mais óbitos do que todas as guerras mundiais naquele século (idem).

Na preparação do terapeuta ocupacional oferecida pela Universidade do Estado do Pará, e de algumas outras instituições de ensino nesta área, pouco se discute sobre a problematização dessa e de outras demandas sociais; contudo, tal limitação não ocasionou nosso desconhecimento e desinteresse pela temática. Após a formação, no campo de trabalho, atuando por dois anos em uma clínica particular de recuperação a drogadictos, iniciamos os questionamentos sobre a dinâmica do adoecimento, focalizando os métodos de tratamento da dependência química.

Nesse contexto, as inquietações foram geradas pela observação do grande número de casos reincidentes, ou seja, alguns respondiam ao tratamento com recaídas, o que provocava o retorno à instituição em que atuava por diversas vezes. Esse fato me levou a questionar a

eficácia e / ou e o conjunto de procedimentos terapêuticos dispensados àquela clientela, em média 80% formada por clientes de classe média alta.

Além desta questão, incluí a reflexão acerca da atenção dispensada pelo Sistema Único de Saúde - SUS àqueles de menor poder aquisitivo, pois, no senso comum costumamos associar às instituições privadas um conceito de qualidade superior às públicas. Deste modo indagava, se na instituição privada o método de intervenção utilizado não tinha os resultados esperados, apesar de todos os recursos medicamentosos e terapêuticos disponíveis, como estariam sendo atendidos e quais as perspectivas daqueles que possivelmente não tinham à sua disposição todos os recursos necessários para o seu tratamento?

Considerando essas indagações, dediquei-me a investigar os métodos de tratamento ao dependente químico em prática no município de Belém. Reuni entre os procedimentos a experiência clínica; consulta à literatura especializada e acesso ao banco de teses da Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior - CAPES. Em uma primeira observação, verifiquei que pouco se pesquisou até hoje sobre as práticas construídas de atenção ao dependente químico. A partir dos resultados encontrados no levantamento inicial das teses e dissertações defendidas nos últimos 10 anos, identifiquei que a comunidade científica brasileira, em algumas regiões, vem produzindo pesquisas que objetivam identificar a gravidade do problema ou apontar alternativas que possam solucionar ou lutar para a minimização do mesmo, porém, não encontrei nenhuma referência de produção nessa área nas regiões norte e nordeste. Tal limite me sugeriu que havia uma carência de pesquisas sobre a temática.

No município de Belém, ainda há um número reduzido de locais para assistência a drogadictos e um quantitativo mínimo de profissionais de saúde empenhados em estabelecer e desenvolver estratégias de atuação em dependência química; situações que favorecem o quadro atual de pesquisas voltadas ao tema no Estado do Pará (SESPA, 2006).

A escassez de pesquisas na área no contexto local, fomenta a importância da discussão sobre o uso de drogas, que engloba, segundo estudos da OMS, um universo que diz respeito à cerca de 10% da população mundial situada em áreas de centros urbanos (OMS, 2001).

Ressaltamos que as “drogas” de que trata essa pesquisa, referem-se às substâncias psicoativas, que alteram os sentidos ou psiquismo e que motivam a preocupação cada vez maior da sociedade brasileira, já que nas últimas décadas, tem se observado um aumento no uso precoce dessas substâncias entre adolescentes e até mesmo entre as crianças. Paralelamente, a comunidade identifica problemas correlatos como o crescimento da criminalidade e de acidentes automobilísticos, comportamentos anti-sociais, abandono da escola e etc. envolvendo usuários.

Embora existam várias questões referentes ao universo das drogas, e sejam cada vez mais visíveis o efeito da comercialização das mesmas na sociedade e a relação entre seu uso e a violência, o interesse inicial desta pesquisa era o de investigar o universo referente às possibilidades de tratamento desenvolvidas no município de Belém, Estado do Pará, ouvindo representantes das instituições privadas: gestores e equipes e ainda os usuários.

Contudo, diante das dificuldades encontradas no acesso às instituições, decorrentes em alguns casos da falta de hábito em participar de pesquisas, ou mesmo desinteresse, dentre outros motivos, voltamos nosso olhar para os modelos de atendimento desenvolvidos pelas instituições públicas. No município de Belém, apenas duas instituições governamentais atuam no atendimento específico a drogadictos. A primeira, denominada Casa AD (álcool e droga), que é

um Centro de atenção psicossocial – CAPS destinado ao atendimento de dependentes químicos adolescentes e adultos em acompanhamento ambulatorial. A segunda instituição, a que se dedica este estudo, denominada Centro de Cuidados a Dependentes Químicos - CCDQ atende crianças, adolescentes e adultos, tanto em acompanhamento ambulatorial quanto internação, representando a única experiência do SUS em âmbito nacional com esse perfil.

Nos últimos três anos, foram realizadas duas pesquisas nacionais que apontaram dados relevantes sobre a realidade das drogas na região norte e contendo dados específicos do município de Belém, ambas foram realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID.

A primeira, de 2004, intitulada “V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras”, confirma dados encontrados em vários estudos anteriores, de que o uso na vida¹ de certas drogas no município de Belém, foi maior para o sexo masculino com relação à maconha, cocaína, energéticos e esteróides anabolizantes, o que demonstra a facilidade de acesso às drogas e à experiência com psicotrópicos. Para o sexo feminino, tradicionalmente o maior uso na vida é para os medicamentos: anfetamínicos e ansiolíticos. A região norte apresentou, na mesma pesquisa, a maior porcentagem de uso pesado para o sexo masculino (CEBRID, 2005).

No mesmo levantamento, o uso pesado de drogas foi apontado em 2,3% dos estudantes das 27 capitais, sendo constatados 3,6% para a faixa etária acima de 18 anos de idade. Este estudo mostrou também que as drogas lícitas como o

¹ Tavares (2001) refere que a categorização de uso de drogas é feita de acordo com a seguinte classificação da OMS: **uso na vida**: usou pelo menos uma vez na vida; **uso no ano**: usou pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à pesquisa; **uso no mês**: usou pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores à pesquisa; **uso freqüente**: usou seis vezes ou mais nos 30 dias anteriores à pesquisa; **uso pesado**: usou 20 vezes ou mais nos 30 dias anteriores à pesquisa.

álcool e o tabaco são as mais consumidas e trazem os maiores problemas ao país em termos de saúde pública. Entretanto, elas são deixadas em segundo plano nos poucos programas de prevenção que existem. O levantamento apontou ainda que o álcool foi o responsável por 90% das internações hospitalares por dependência de drogas no Brasil.

A segunda pesquisa, realizada em 2005, contabilizou dados para o II levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (CEBRID, 2006), apresentando dados coletados nas cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes. Das 9 cidades pesquisadas na região norte, 3 eram no Pará: Santarém, Ananindeua e Belém.

De acordo com este levantamento, na região norte, a porcentagem de pessoas que já se submeteram a algum tratamento foi a maior do País. Para o Brasil, como um todo, cerca de 11% dos entrevistados foram tratados pelo uso de álcool e / ou drogas. Outra constatação importante foi referente ao uso de Merla, que apareceu na região norte com 1,0%, a mais que o uso geral no Brasil.

Foi em função de dados compilados por essas pesquisas, dentre outras, que o governo estadual planejou a implantação do C.C.D.Q, respeitando a voluntariedade do sujeito, incentivando a construção de um ambiente humanizado, de acordo com a lógica da Reforma Psiquiátrica, no que concerne à participação da família e práticas ressocializantes e humanizadas (PIONEIRISMO, 2006; SESPA, 2006). Porém, a partir do discurso dos colaboradores desta pesquisa, observa-se que tanto o trabalho voltado às famílias, quanto às atividades ressocializantes estão deficitárias, o que também não significa dizer que o centro está em total desacordo com a reforma psiquiátrica.

É importante salientar com relação a esta questão especificamente, que os serviços substitutivos implantados até então para prestar assistência a essa clientela, sem

regime de internação, propostos de acordo com os ideais da reforma psiquiátrica, são em número insuficiente diante da prevalência de usuários com esta problemática, sendo prática comum da assistência psicossocial em comunidades terapêuticas, por exemplo, oferecer ambientes protegidos, técnica e eticamente orientados, com internações que enfatizam a convivência entre dependentes químicos que busquem a desintoxicação, com objetivo final de manter a abstinência.

ARAÚJO (2003, p.350) cita que:

Quando nos referimos aos dependentes químicos, devemos ter ainda um cuidado complementar, à medida que estes sujeitos já sofrem vários tipos de discriminação em seu dia-a-dia. Se é estigmatizante internar em um hospital psiquiátrico, não podemos deixar de pensar que é muito mais ser colocado à margem do Sistema de Saúde, o que pode, inclusive, acarretar riscos de vida e, na melhor das hipóteses, diminuir as chances de recuperação.

Tratamentos de drogadicção, de maneira geral, enfrentam limitações tais como heterogeneidade dos dependentes, diversidade das substâncias consumidas, dificuldades com recursos humanos e custos elevados (RIGOTTO; GOMES, 2006).

Tendo a perspectiva fenomenológica existencial gestáltica como fundamentação teórica para a condução desse estudo, procuramos colaborar com este campo de investigação, desvelando alguns sentidos contidos nos diferentes discursos dos atores que trabalham ou se tratam no CCDQ e que colaboraram para configurar este relatório.

Para alcançar o objetivo de compreender as diferentes perspectivas e olhares sobre essa prática, inquirimos os usuários, os técnicos e a direção da instituição. A coleta de dados foi realizada no próprio Centro, através de questionário específico para cada grupo de participantes (APÊNDICES A, B e C),

composto por questões abertas, que nos permitiram analisar os discursos dos informantes após transformá-los em texto.

As perguntas buscaram identificar áreas ou ações desenvolvidas pelos atores citados. Para as análises, construí categorias relacionando os discursos à fundamentação teórica. Recortei do texto unidades de significação, procedendo reflexões sobre os significados da experiência de participar de um tratamento ou de uma equipe que trata a dependência química.

É importante enfatizar que a fenomenologia não trabalha com a oposição sujeito / objeto, e sim com a intersubjetividade, não vendo o EU como uma unidade independente da existência de um OUTRO, e vários autores da Fenomenologia como Husserl, Heidegger, Merleau – Ponty dentre outros, fundamentaram a importância da experiência intersubjetiva para toda e qualquer forma de conhecimento de si e do outro, idéia que se reflete neste trabalho na forma da escrita em que consideramos tanto a fala em primeira, quanto em terceira pessoa (JUNIOR; FIGUEIREDO, 2004).

O trabalho encontra-se organizado em 5 capítulos. No primeiro faço uma breve revisão da literatura sobre o tema, apontando as definições, tipologia e principais características das drogas psicoativas. No segundo, traço algumas considerações sobre os principais modelos de tratamento da dependência química que predominam no cenário nacional e local.

No terceiro, apresento os procedimentos teórico-metodológicos que nortearam e fundamentaram a realização da pesquisa. No capítulo seguinte, mostro as análises e a discussão dos dados empíricos e por fim, no último capítulo, abordo as considerações finais.

Esta pesquisa pode oferecer dados que fundamentem a elaboração de novas políticas públicas voltadas para essa clientela, além de acreditamos que seu pioneirismo possa estimular outros pesquisadores à investigação de nuances deste fenômeno polimórfico que requer sempre novos olhares e contribuições para sua compreensão.

Considero que a abordagem interdisciplinar na prevenção e no tratamento, ambos realizados em uma escala abrangente, não restrita ao contexto familiar, mais que alcance outras esferas da sociedade, pode minimizar os efeitos negativos causados pela drogadicção.

2 DROGAS: ORIGEM, TIPOS, EVOLUÇÃO DO USO E DEPENDÊNCIA

O homem sempre se relacionou com as drogas por razões culturais, religiosas, como forma de recreação, de enfrentamento de problemas existenciais, para transgredir, transcender, como meio de socialização ou de isolamento.

A biografia do consumo das substâncias psicoativas se mistura com a história da humanidade em diferentes contextos, mas em nenhum momento o consumo foi tão estimulado quanto hoje. A droga é um produto com mercado e marketing firmemente estabelecidos, cujos lucros chegam à casa dos 500 bilhões de dólares por ano (MESQUITA, 2006; FIORE, 2005).

Diversas provas arqueológicas indicam o uso de drogas como uma prática antiga: há 7.000 anos os povos andinos mascavam folhas de coca; ao norte do Irã foram detectados resíduos de bebida alcoólica em vasos datados

entre 5.400 e 5.000 a.C; em utensílios chineses de 4.000 a. C. foram identificados resquícios de maconha (CARNEIRO; VENÂNCIO, 2005; CARNEIRO, 2006).

Estes exemplos corroboram a tese do uso histórico e nos fazem acreditar que durante milhares de anos algumas substâncias que hoje são consideradas ilícitas, foram amplamente utilizadas, para fins diversos (SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996; SILVEIRA; MOREIRA, 2006; LONGENECKER, 1998).

Na medicina por exemplo, substâncias hoje proibidas, foram empregadas para fins terapêuticos, como é o caso do ópio e da cocaína, usados principalmente como analgésicos. Esta última tornou-se mundialmente conhecida pela publicação da obra “Uber coca” de Sigmund Freud em 1884, em que o neurologista referia-se à mesma como fármaco estimulante para uso em casos de depressão e histeria. Anos depois, o próprio Freud retificou sua posição após constatar que o consumo excessivo podia provocar dependência (CARNEIRO, 2005).

Embora não se tenha identificado com exatidão a origem da denominação “droga”, presume-se que se localize na língua persa, raiz *droa*, significando odor aromático, ou no hebraico *rakab*, perfume.

Por volta dos séculos XVI ao XVIII, possivelmente derivada do termo holandês *droog*, que designa produtos secos, o vocábulo droga era utilizado para designar substâncias naturais utilizadas sobretudo, na alimentação e na medicina, além de também ser empregado para nomear o tingir de lã e seda, e a promoção do prazer. No Brasil, se destacaram nos dois primeiros séculos da colônia as drogas do sertão, que nada mais eram que o pau-brasil e o açúcar (CARNEIRO, 2005).

Atualmente o termo “droga” é vinculado à produção e ao uso de substâncias de aplicação farmacológica, daí o surgimento de estabelecimentos conhecidos como drogarias. Nesse sentido, as “drogas” são entendidas como toda substância capaz de exercer um efeito sobre o organismo, como por exemplo, um analgésico. São agentes naturais ou sintéticos, e como não são produzidos pelo organismo, quando administrados por qualquer via, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (OMS apud DIAS; PINTO, 2006; NISCATRI, 2006).

No contexto desta pesquisa, o termo “droga” é usado para nos referirmos às substâncias denominadas psicoativas, psicotrópicas ou de abuso, que são aquelas usadas para distorcer o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, ou seja, alterando os sentidos ou psiquismo, refletindo naquilo que sentimos, fazemos e pensamos.

Sobre essa questão, a literatura especializada ainda estabelece uma diferença entre o **uso nocivo** e o **uso abusivo** dessas substâncias. O primeiro baseado na Classificação Internacional de Doenças - CID, é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto que o segundo baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, engloba também conseqüências sociais (DUARTE; MORIHISA, 2006).

Existe uma ampla variabilidade de padrões de consumo de substâncias envolvendo distintos graus de risco e diversos graus de danos potenciais. As diferenças individuais são um dos argumentos usados pelos cientistas para explicar o uso e a dependência das substâncias psicoativas.

Segundo Silveira e Moreira (2006) o padrão de consumo decorre da interação de fatores como o tipo de droga utilizada, as características biológicas e

psicológicas do usuário e o contexto em que se dá o uso de drogas. É evidente que o conjunto das experiências vivenciadas por usuários nesse campo, também pode contribuir para a repetição desse consumo, e está intimamente relacionado à ação dessas substâncias no organismo humano.

De forma geral, as substâncias atuam sobre o Sistema Nervoso Central - SNC e podem, dentre outras ações, provocar algumas sensações como alegria, prazer, angústia e induzir inclusive alterações do senso - percepção como alucinações. A potencialização das sensações ativa o sistema ou circuito de recompensa do indivíduo, acarretando no uso repetitivo, mesmo que as perdas recorrentes deste, comprometam e ameacem a vida do sujeito, caracterizando a **dependência química² (DQ)**, que se manifesta pela necessidade psíquica e / ou física do uso de determinadas substâncias que alteram ou modificam o funcionamento do organismo de forma descontrolada e imprevisível, causando danos e alterações a todo o corpo, em especial ao SNC. Mas ressaltamos que “nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência” (NISCATRI, 2006).

Laranjeira (2005, p. 01) esclarece que:

O sistema de recompensa do cérebro que é acionado pelas drogas, representa uma área encarregada de receber estímulos de prazer e transmitir essa sensação para o corpo todo, como por exemplo, temperatura agradável, emoção gratificante, alimentação, sexo. Essa área do sistema de recompensa foi evoluindo com o tempo no homem e a interferência das drogas ocorre por uma espécie de curto circuito na mesma, provocando uma ilusão química de prazer que induz a pessoa a repetir seu uso compulsivamente. Com a repetição do consumo, todas as fontes naturais de prazer perdem o significado e só interessa o prazer imediato propiciado pela droga, independente das conseqüências.

² Os critérios diagnósticos da dependência química são explicitados de maneira diferenciada, porém, não excludentes, tanto pelo DSM-4 quanto pelo CID-10 (ANEXO A).

O circuito de recompensa é o caminho final percorrido pela droga e interage direta ou indiretamente com vários sistemas do cérebro, já que algumas drogas assemelham-se a determinados neurotransmissores, e como resultado podem imitar ou impedir a ação destes, interferindo muitas vezes com conseqüências significativas, nas áreas relacionadas à vivacidade, emoção, memória, motivação, movimento, equilíbrio, controle hormonal, etc (idem).

Para aquelas que estão associadas ao gozo, o próprio prazer é lembrado como uma recompensa associada à atividade que o causou e essa memória fornece motivação para tornar a vivenciá-lo (LONGENECKER, 1998).

Loureiro (2006) refletindo sobre a fenomenologia das dependências, acrescenta que a busca do prazer é um dos fins necessários da condição humana e é refinada pelo tempo, estando circunscrita não apenas no campo biológico, já que traz em si elementos significativos pertinentes à ontologia do homem.

Assim, o deleite deixaria de ser uma discussão exclusiva de ordem biológica quando, a partir do desenvolvimento de um grupo, se consolida uma cultura com determinado universo de valores que tornará permitida a realização de alguns prazeres, desde que realizados numa determinada medida e censurará radicalmente a realização de outros, em nome de um sistema moral que tenta suprimir os riscos de descontrole.

Apesar dessa perspectiva, a maioria dos autores que discute essa questão, procura situá-la no campo das proposições neurobiológicas, recorrendo ao modelo médico para seu esclarecimento. Contudo, diante das limitações desse modelo para explicar a influência de fatores psicológicos e culturais, na gênese do problema, outras perspectivas de cunho psicológico, sociológico, etc, foram complementadas às teorias biológicas.

Cada concepção vê a questão do envolvimento com drogas de diferentes formas. Lessa (2005) refere que a psicanálise explica este fenômeno a partir da estrutura do inconsciente do indivíduo; a abordagem comportamental destaca o papel dos acontecimentos do ambiente como determinantes da conduta humana. E na abordagem fenomenológico-existencial, a dependência química constitui-se uma possibilidade de escolha dentre as possíveis disponíveis no mundo (PIMENTEL, 2006).

Pimentel (2003) considera a capacidade humana em realizar escolhas uma característica existencial. Observa, porém, que os modos autênticos ou inautênticos de viver no mundo, de estabelecer contatos e relações, permitem que as escolhas sejam orientadas criativamente ou deliberadamente. Para a autora, o uso abusivo de drogas se constitui como escolha inautêntica e deliberada.

A relação do dependente químico com a droga, transferindo para ela o seu projeto de existir, buscando na mesma segurança e alívio, é marcadamente uma “existência inautêntica”, em que o mesmo assume-se no mundo como “não-liberdade” (HEIDEGGER, 1997).

Lessa (2005) propõe ainda que a psicologia fenomenológica não considera a farda, as máscaras, os estereótipos, os laudos com relação ao atendimento destes indivíduos, entretanto, conforme as repercussões psicopatológicas do abuso de drogas se vale dos recursos e métodos oferecidos pela Psicopatologia Fenomenológica.

Algumas vivências do dependente químico podem ser comparadas à vivência maníaca, pois: a) apresentam muitas vezes prejuízos na noção e relação de tempo, onde passado, presente e futuro estão desestruturados e não servem de referencial; b) são capazes de se colocar em situações de grande risco em busca de

algo que os satisfaça, não sendo percebidos obstáculos e impossibilidades; c) acreditam que não existe limite para sua ação; d) evitam entrar em contato com sua própria intimidade, vivendo afastados de si mesmos e com dificuldade em apresentar interesses ou motivação para desempenhar alguma tarefa por um tempo considerável (idem).

Muitas vezes seus interesses são excessivos, porém superficiais. Nas relações interpessoais, o dependente químico mostra-se, a princípio, disponível ao contato, vinculando-se facilmente, mas o vínculo não se desenvolve satisfatoriamente e logo é desfeito. Frequentemente desiste antes de alcançar seus objetivos devido a uma dificuldade significativa em lidar com frustrações e angústia, mesmo que muitas vezes as negue.

Laranjeira (2006, A) apresenta cinco modelos que buscam esclarecer a complexidade da natureza da dependência química: 1) o modelo de doença; 2) o modelo do comportamento apreendido; 3) o modelo psicanalítico; 4) o modelo familiar e 5) o modelo biopsicossocial.

O primeiro entende a DQ como um transtorno primário, independente de outras condições e que seria caracterizado pela perda de controle sobre o consumo, a negação, o uso continuado apesar das conseqüências negativas e um padrão de recaída. O segundo acredita que os comportamentos, como o uso de drogas, são apreendidos e condicionados, logo, poderiam ser modificados pelos mesmos processos que os criaram.

O terceiro situa a DQ como uma tentativa de retornar aos estados prazerosos da infância, seria uma forma encontrada pelo indivíduo de se adaptar a seus déficits de auto-regulação, que emergiram de privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. O quarto, contempla três modelos familiares: 1) o

modelo de doença familiar; 2) o modelo sistêmico e 3) o modelo comportamental. Segundo essa perspectiva, a DQ situa-se na interação do indivíduo e o seu meio. O quinto, por sua vez, congrega todos os quatro modelos anteriores, pois considera a existência de um fator biológico herdado, mas que sozinho não explicaria a complexidade do problema, por isso, considera também a influência de fatores psicológicos, sociais, culturais, espirituais, familiares, etc (SILVEIRA FILHO, 1996).

Estamos longe de precisar um conceito acerca do fenômeno da DQ e nesta pesquisa não foi nosso objetivo discutir as várias teses que discorrem sobre as causas da DQ, mas pontuar no campo teórico, que esta problemática pode e deve ser contemplada de forma interdisciplinar, devido aos múltiplos fatores ligados à sua origem que perpassam pelos objetos de estudo de várias ciências.

No campo das drogas psicotrópicas, foco de nossa discussão, as alterações causadas no psiquismo, dependem do tipo de droga ingerida, de sua quantidade, da ocorrência ou não da síndrome de dependência e das variações individuais, dentre outros aspectos. Portanto, podemos considerar que “a dependência se constitui a partir de três elementos: a droga, o indivíduo e o contexto sociocultural em que se realiza esse encontro entre o sujeito e a droga e se caracteriza basicamente pelo descontrole no consumo dessas substâncias” (SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996, p. 10).

Alguns autores (LARANJEIRA; FIGLE; BORDIN, 2004; LARANJEIRA, 2005; SILVEIRA; MOREIRA, 2006; SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996) ainda denominam o conjunto das manifestações físicas e psíquicas que acompanham o indivíduo dependente químico (ANEXO A) de **síndrome³ de dependência**, que pode ser física ou psicológica.

³ “O conceito de síndrome é utilizado na medicina para designar um agrupamento de sinais e sintomas. Nem todos os elementos estão presentes em todos os casos, mas o quadro deve ser

A dependência física se distingue pela adaptação do corpo à substância consumida de modo contínuo, conduzindo à tolerância⁴ e à síndrome de abstinência⁵ quando se deixa de consumir. A dependência psicológica, por sua vez, é caracterizada pelo desejo contínuo do consumo da droga por prazer ou para reduzir a tensão e evitar um mal-estar. Geralmente as drogas que levam à dependência psicológica causam alteração da percepção, sensação de aumento da capacidade mental e física, alegria, euforia, redução da ansiedade e tensão (LARANJEIRA, 2005).

Um elemento chave para o diagnóstico da síndrome da dependência é a percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle. Essa agudeza subjetiva da compulsão para o uso é identificada no relato de alguns pacientes como uma “sensação de estar nas garras de algo indesejado. É o que denominam de ‘fissura’ ou *craving*, desejo intenso ou ainda de uma forma bem particular” (LARANJEIRA; FIGLE; BORDIN, 2004, p. 10).

Assim, o indivíduo dependente químico, pode ser descrito como:

Um indivíduo que se encontra numa situação vivencial insuportável, que ele não consegue resolver ou evitar, restando-lhe como única alternativa alterar a percepção desta realidade intolerável através da droga. Esta forma de compreender o dependente químico se coaduna com a concepção de dependência enquanto sintoma de um mal-estar psicológico mais amplo (SILVEIRA; MOREIRA, 2006, p. 05).

suficientemente regular e coerente para permitir seu reconhecimento clínico e a distinção entre síndrome e não-síndrome” (LARANJEIRA; FIGLE; BORDIN, 2004, p. 06).

⁴ “É a necessidade de ingerir quantidades cada vez maiores da droga para que se atinja os mesmos efeitos (...) O desenvolvimento da tolerância de uma droga pertencente a uma classe, geralmente indica reação idêntica a outras drogas da mesma classe” (BRASIL, 1997).

⁵ Os sintomas e as manifestações clínicas da síndrome de abstinência estão relacionados às manifestações típicas de cada droga, porém de forma geral, podemos considerar que resultam de adaptações cerebrais à interrupção ou redução do uso de substâncias. No caso do álcool por exemplo, caracteriza-se principalmente por tremores, náuseas, sudorese, perturbação do humor. Outras manifestações como depressão, ansiedade e paranóia, estão relacionadas à abstinência da cocaína. A abstinência, dependendo da especificidade do caso, ainda pode provocar uma doença grave e por em risco a vida do usuário (LARANJEIRA; FIGLE; BORDIN, 2004; LARANJEIRA, 2005).

Nessa perspectiva, a realidade existencial do dependente estaria envolvida não pelo desejo de consumir drogas, mas pela impossibilidade de não consumi-las (SILVEIRA FILHO, 1996).

Em última análise, o que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas sim, a liberdade. A perda da liberdade do indivíduo constitui a doença. Em um sentido amplo, a cura de um dependente não é obtida ao conseguirmos mantê-lo abstinente, mas sim quando ele for capaz de adquirir a liberdade de escolher o padrão de relação que passará a ter com a droga (Idem, p. 05).

Para contextualizar essas questões no âmbito da clientela atendida na instituição que estudamos e dos procedimentos terapêuticos dispensados a esses usuários, foi útil tecer algumas considerações sobre as substâncias psicotrópicas de maior incidência de uso.

Segundo Dias e Pinto (2006), existem atualmente seis critérios básicos de **classificação das drogas psicotrópicas** que são: a) a fonte da substância; b) o uso terapêutico; c) o local da atuação; d) a estrutura química; e) o mecanismo de ação e f) a denominação popular.

Nesse trabalho usei a classificação que se baseia no mecanismo de ação das drogas no SNC, conforme as modificações observáveis na atividade mental. A escolha está relacionada ao tipo de abordagem que ocorre no acolhimento do usuário ao serviço do CCDQ, que considera esses preâmbulos como orientação avaliativa, além de ser a classificação mais largamente usada pelos órgãos públicos.

Segundo este critério, as drogas estariam agrupadas em três grandes grupos: 1) drogas depressoras da atividade do SNC; 2) drogas estimulantes da atividade do SNC e c) drogas perturbadoras da atividade do SNC.

2.1 DROGAS DEPRESSORAS DO SNC

Este primeiro grupo é constituído por drogas que diminuem a atividade do cérebro, sendo também classificadas como sedativas. Essas substâncias deprimem o funcionamento do SNC, o que significa dizer que a pessoa que faz uso desse tipo de droga fica "desligada", "lenta", e apresenta um quadro de desinteresse pelas coisas do cotidiano. Entre seus representantes estão o álcool, os ansiolíticos, os opiáceos ou narcóticos, que aliviam a dor e dão sonolência (como a morfina e a heroína) e os inalantes ou solventes (colas, lança-perfume, acetona etc.).

O álcool é uma das drogas mais antigas e mais usadas pelo homem, seu uso reforça o próprio consumo, pois ativa o circuito de recompensa do cérebro que, libera o neurotransmissor dopamina e analgésicos naturais do organismo, as betaendorfinas, responsáveis pela sensação de euforia. A embriaguez e a dificuldade de discernimento são resultado da depressão do SNC que o álcool ocasiona e seu consumo excessivo pode lesionar órgãos como fígado e estômago e ainda agravar outros problemas de saúde (TIBA, 1999).

Os ansiolíticos, soníferos e substâncias tranqüilizantes são outras drogas depressoras do SNC, pois induzem ao sono ou à anestesia. Usualmente são prescritas para aliviar a ansiedade e tensão, contudo perdem o caráter medicamentoso e podem causar dependência quando utilizadas de forma indiscriminada, sem acompanhamento médico. Os efeitos dessas substâncias podem ser caracterizados pela: a) diminuição de ansiedade; b) indução de sono; c) relaxamento muscular e d) redução do estado de alerta (CEBRID, 2003).

Os Narcóticos, por sua vez, dizem respeito à uma categoria de drogas que induzem o sono e inclui os opiáceos, como o ópio e a morfina, que são obtidos através do extrato de uma planta chamada *Papaver somniferum*, conhecida popularmente com o nome de "Papoula do Oriente". Ao se fazer cortes na cápsula da papoula,

quando ainda verde, obtém-se um látex, o ópio. Quando seco, esse suco passa a se chamar pó de ópio. A morfina é a mais conhecida, seu nome deriva de Morfeu, o deus dos sonhos na mitologia grega (CEBRID, 2003). Do ópio ainda é possível obter outra substância, a heroína, ao se fazer pequena modificação química na fórmula da morfina. A heroína é, portanto, uma substância semi-sintética ou seminatural (LONGENECKER, 1998; CAZENAVE, 2001).

Com relação ao último grupo de drogas depressoras, o CEBRID esclarece que a palavra solvente significa substância capaz de dissolver coisas, e inalante diz respeito à toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou pela boca. Em geral, todo solvente é uma substância altamente volátil, ou seja, evapora-se muito facilmente, por esse motivo pode ser facilmente inalado. Outra característica dos solventes ou inalantes é que muitos deles são inflamáveis, entre eles estão as colas, tineres, acetona e lança-perfume. Este último formado pela mistura de clorofórmio e éter e também chamado, em algumas regiões do Brasil de “cheirinho da loló” ou simplesmente “loló” (CEBRID, 2003).

2.2 DROGAS ESTIMULANTES DO SNC

Nesse segundo grupo estão substâncias que atuam aumentando a atividade cerebral, ou seja, são estimulantes do SNC, ocasionando um estado de alerta por um maior período de tempo. Os usuários referem estar “ligados”, “elétricos”, sem sono. Neste grupo, as principais drogas são as anfetaminas como o “Êxtase” ou MDMA, anorexígenos (diminuem a fome), a cocaína e o tabaco.

As anfetaminas são popularmente conhecidas entre os motoristas que dirigem à noite como “rebite”. Seu uso permite que dirijam durante várias horas seguidas sem descanso. Também são conhecidas como “bola” por estudantes que passam noites inteiras estudando, ou por pessoas que procuram perder peso sem acompanhamento médico. Por sua ação, essas substâncias também podem ser empregadas como antidepressivos, mas a ingestão em doses elevadas as torna neurotóxicas, passíveis de matar células nervosas.

São apresentadas para uso por ingestão, inalação, injeção e fumo (TIBA, 1999). Seus efeitos são muito parecidos aos da cocaína, distinguíveis apenas através de testes químicos, porém diferem quanto à duração dos efeitos e à toxicidade, já que produzem efeitos de longa duração, se acumulam no cérebro e em células de gordura (LONGENECKER, 1998).

A metilendioximetanfetamina (MDMA), também conhecida pelo nome de “êxtase” ou “ecstase”, foi primeiramente desenvolvida em 1914 como supressora do apetite, mas nunca comercializada. Na década de 70, um pequeno número de psiquiatras passou a utilizá-la em psicoterapia. A partir de 1983, torna-se uma droga recreacional, principalmente entre estudante. É atualmente uma das drogas com maior aceitação pela juventude, tendo seu uso relacionado a eventos de música eletrônica. Nas festas denominadas “raves” (eventos em que é tocada exclusivamente música eletrônica), os usuários tentam fazer com que seus efeitos sejam associados à empolgação provocada pelo ritmo musical (CAZENAVE, 2001; CEBRID, 2003).

A cocaína, por sua vez, é extraída das folhas de uma planta chamada *Erythroxylon coca*, encontrada originariamente na América do Sul. Ela pode inibir os neurônios periféricos que transmitem sinais de dor, causando efeito entorpecedor ou

anestésico local. Na forma de pasta, ainda sem refino e muito contaminada com as substâncias utilizadas na extração, é chamada de merla, consumida na forma de fumo. Na forma de pedra, com a adição de bicarbonato de sódio, é chamada de crack.

Tanto o crack quanto a merla não são aspirados como a cocaína em pó, já que não podem ser transformados em pó fino. Por não serem solúveis em água, também não podem ser injetados. Por outro lado, para passar do estado sólido ao de vapor quando aquecido, o crack necessita de uma temperatura relativamente baixa (95°C), o mesmo ocorrendo com a merla, ao passo que o “pó” necessita de 195°C; por esse motivo o crack e a merla podem ser fumados e o “pó” não (CEBRID, 2003).

Há ainda a pasta de coca, que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de extração da cocaína, das folhas da planta, quando estas são tratadas com uma base, solvente orgânico como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados em algumas regiões de “basukos”. É importante destacar que a pasta de coca representa a substância de maior consumo no município de Belém e vem se destacando como o principal agente responsável pelas internações no CCDQ.

A diferença entre a cocaína pura e os seus tipos em pasta e pedra, no que se refere aos efeitos, tem relação com a via de uso. O crack e a merla atingem o cérebro pela via pulmonar, por serem fumados. O pulmão é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, o que possibilita que a droga entre rapidamente na corrente sanguínea, em torno de 10 a 15 segundos; enquanto o pó leva de 10 a 15 minutos, quando cheirado, e de 3 a 5 minutos quando injetado.

A “fissura”⁶ que o uso do crack e da merla provocam é avassaladora, já que os efeitos da droga são muito rápidos e intensos (CEBRID, 2003).

O tabaco, outra droga estimulante do SNC e lícita como o álcool, é também consumida em ampla escala. O nome científico da planta da qual é extraída a nicotina, o mais notório componente do cigarro e também responsável por seu poder de dependência, é *Nicotiana tabacum*. O seu uso intenso e constante aumenta a probabilidade de ocorrência de algumas doenças, como por exemplo, pneumonia, câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago etc.), infarto de miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, acidente vascular cerebral, úlcera gástrica, etc., devido às inúmeras substâncias tóxicas presentes no mesmo, como monóxido de carbono, acetona, formol, amônia, naftalina, chumbo e cádmio (BRASIL, 1997).

2.3 DROGAS PERTURBADORAS DO SNC

O terceiro grupo é constituído por aquelas drogas que agem modificando qualitativamente a atividade cerebral. Não se trata, portanto, do aumento ou diminuição da atividade cerebral, mas da alteração do funcionamento da mesma. Com a ingestão dessas substâncias, o cérebro passa a funcionar de maneira anômala, tendo o seu desempenho comprometido. Por esta razão, este terceiro grupo de drogas recebe o nome de “perturbadores da atividade do SNC”. São classificadas em dois grupos: 1) as de origem vegetal: Mescalina (do cacto mexicano), THC (da maconha), Psilocibina, Amanita (de certos cogumelos), Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca – anticolinérgicos naturais); a Ayahuasca

⁶ É o nome popular dado à compulsão para utilizar a droga repetidamente, que é uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de “prazer” que a droga provoca “*Craving*” (LARANJEIRA, 2005).

(Santo Daime); 2) as de origem sintética: LSD-25; Anticolinérgicos (Artane®, Bentyl®) (CEBRID, 2003).

O Mescal ou Peyot, é um tipo de cacto, que produz a substância alucinógena Mescalina e vem sendo utilizado há milhares de anos na América Central em rituais religiosos, dos quais não há registro de uso no Brasil. O tetrahydrocannabinol, mais conhecido por THC, é o princípio ativo da maconha, que é extraído de uma planta chamada *Cannabis sativa*.

Dependendo da quantidade de THC presente (o que pode variar de acordo com solo, clima, estação do ano, época de colheita, tempo decorrido entre a colheita e o uso), a maconha pode ter sua ação diferenciada, isto é, produzir maiores ou menores efeitos. Além do THC, existem outras substâncias de alta toxicidade na maconha, como o alcatrão e o monóxido de carbono. Esse alcatrão é dez vezes mais cancerígeno que o do cigarro. Sua ingestão se dá pelo fumo, afetando o pulmão e diversos outros órgãos, a exemplo do cigarro (CEBRID, 2003; SILVEIRA FILHO, 1996).

Algumas pesquisas têm apresentado indicativos de que a maconha tem a capacidade de diminuir em até 50% a 60% a quantidade de testosterona, e conseqüentemente, expor o usuário a uma forte tendência para a oligospermia⁷. O efeito mais proeminente é um estado de euforia descrito como intensa alegria e bem-estar. Além de causar alterações importantes na percepção tempo-espaço, também pode ocasionar a dissociação e o fluxo descontínuo de idéias, interrupção de memória recente e alterações da senso-percepção (CEBRID, 2003; TIBA, 1999; CAZENAVE, 2001).

⁷ Número reduzido de espermatozoides no líquido espermático, podendo ser indicativo de infertilidade (FERREIRA, 1999).

Outro tipo de droga incluída nesse grupo diz respeito a espécies de cogumelos. O uso destes como alucinógeno⁸ natural é observado há milhares de anos existindo em grande variedade. Os do gênero *Amanita*, por exemplo, são altamente venenosos e até letais. A ingestão se dá, por via oral, na forma de bebida. A Caapi e chacrona, outros alucinógenos vegetais, são utilizadas conjuntamente sob a forma de uma bebida, sendo ingerida nos rituais do Santo Daime, culto da união vegetal e de várias outras seitas. Esse ritual é bastante difundido no Brasil e seu uso em nossa sociedade teve origem entre os índios da América do Sul. No Peru, a bebida preparada com as duas plantas é chamada pelos índios quéchas de Ayahuasca, que quer dizer “vinho da vida” (CEBRID, 2003).

Dos alucinógenos sintéticos, o LSD-25 (dietilamina do ácido lisérgico) é o mais representativo e talvez, a mais potente droga alucinógena existente. É utilizado habitualmente por via oral, embora possa ser misturado ocasionalmente com tabaco e fumado. Na década de 90, seu uso no Brasil praticamente não existia, mas atualmente vem sendo novamente apreendido em quantidades significativas pelos órgãos policiais (DENARC, 2006).

A experiência subjetiva com o LSD-25 e outros alucinógenos depende da personalidade do usuário, de suas expectativas quanto ao uso da droga e do ambiente onde esta é ingerida. Enquanto alguns indivíduos experimentam um estado de excitação e atividade, outros se tornam quietos e passivos. Sentimentos de euforia e excitação alternam-se com episódios de depressão, alucinações e sensação de pânico (CEBRID, 2003).

⁸ Diz respeito aos efeitos psicotropicomiméticas ou psicodélicos. A palavra psicodélica vem do grego (*psico* = mente e *delos* = expansão) e é utilizada quando a pessoa apresenta alucinações e delírios em certas doenças mentais ou por ação de drogas. É óbvio que essas alterações não significam expansão da mente (CEBRID, 2003). Alucinações são alterações da senso-percepção em que ocorre uma percepção sensorial não associada a estímulos reais externos, a qual é aceita pelo paciente como verdadeira e Delírios são alterações do, conteúdo do pensamento em que existe uma crença irreal, não compartilhada pelos demais, porém com impossibilidade de removê-la pela lógica (CORDIOLI;ZIMMERMANN; KESSLER, 2004).

Os anticolinérgicos, tanto de origem vegetal (Lírio - trombeta, zabumba ou saia-branca) como os sintetizados em laboratório (Artane®, Bentyl®), atuam principalmente produzindo delírios e alucinações. O que existe de comum entre a planta trombeta ou lírio e o medicamento Artane® para produzir efeitos físicos e psíquicos semelhantes, é que as duas substâncias (atropina e/ou escopolamina) sintetizadas pela planta e o princípio ativo do medicamento (trixafenidil) produzem um efeito no organismo que a medicina chama de efeito anticolinérgico, que se refere à capacidade de bloquear (antagonismo competitivo) os receptores onde o neurotransmissor acetilcolina age.

No Brasil, o abuso dessas substâncias é relativamente comum em algumas regiões, o Artane®, medicamento utilizado para mal de Parkinson, chega a ser a terceira droga mais usada entre meninos de rua de algumas capitais no Nordeste (depois dos inalantes e da maconha). Nas demais regiões, o uso de anticolinérgicos é bem menos freqüente (CEBRID, 2003).

Os esclarecimentos quanto à tipologia e as características gerais das substâncias psicoativas de maior relevância, são muito importantes, dentre outras coisas, para a compreensão da contextualização dos usuários dos serviços fornecidos pelo CCDQ. A elucidação sobre este campo, articulado a outros do saber, permite identificar traços comuns nos comportamentos apresentados pelos clientes do centro.

No próximo capítulo, focalizo os principais modelos de tratamento ao dependente químico efetivados no Brasil.

3 MODELOS DE TRATAMENTO AO DEPENDENTE QUÍMICO NO BRASIL

Neste capítulo há uma sucinta exposição das diretrizes e orientações presentes na legislação brasileira que normatizam a prevenção, o tratamento, a recuperação e reinserção social de dependentes químicos, atendidos em instituições que se dedicam a estes serviços, seguida de alguns modelos, programas e abordagens de tratamento ao dependente químico, e apresentação da instituição pesquisada.

A importância da investigação está em dar visibilidade à problemática, considerando que muitas ações nesse campo não são conhecidas, já que várias instituições não apresentam de forma sistematizada o conjunto de seus procedimentos, nem publicam os resultados de suas intervenções.

Sobre essa questão, Laranjeira (1996) comenta que houve um avanço considerável na literatura internacional na área da dependência química nas últimas duas décadas. No campo que trata do aspecto legal, “os Estados Unidos foram o primeiro país a não só sediar um intenso debate público, mas também instituir um aparelho burocrático exclusivo para o controle das drogas” (FIORE, 2005, p. 260).

No Brasil, as primeiras formas de lei que abrangeram a temática “droga” foram os decretos-lei. Em novembro de 1938, o de número 891, foi emitido no governo de Getúlio Vargas, aprovando a fiscalização de entorpecentes. Em 21 de outubro de 1976, foi editada a lei nº 6.368 que dispôs sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes, revogando decretos de anos anteriores relacionados à repressão de drogas (decreto-lei nº 1004 de 21.10.1969; lei nº 5.726 de 29.10.1971; lei nº 6.016 de 31.12.1973) (SENAD, 2005).

Ao longo da história, diversas alterações legislativas culminaram na lei 6.368/76, estabelecida durante a ditadura militar de 1964, elaborada com base no espírito da “segurança nacional”. Embora trouxesse alguns avanços, como o de não criminalizar o usuário, era de fato, criminalizadora, já que punia o porte de drogas, sem diferenciar usuário de traficante.

Na seqüência, o decreto 85.110 de 2 de setembro de 1980, criou o sistema nacional de prevenção, fiscalização e repressão de entorpecentes, em que se estruturavam os conselhos de entorpecentes (Conselho Nacional - CONFEN, Conselhos Estaduais - CONENS e Conselhos Municipais - COMENS) que até 1998, de maneira diversificada, contribuíram para conduzir novas ações sobre a temática da drogadicção no Brasil.

A atual política nacional sobre drogas é de responsabilidade do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que é composto por órgãos da administração pública, representações da sociedade civil e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à Casa Civil da Presidência da República.

A SENAD é o órgão do Governo encarregado de planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de entorpecentes, bem como as atividades de recuperação de dependentes. A aprovação e supervisão da política nacional antidrogas, proposta pela SENAD, foi feita pelo CONAD, órgão colegiado que reúne representantes das diversas instâncias da administração federal envolvidas na questão (SENAD, 2006).

O CONAD é o órgão brasileiro máximo na regulamentação de pesquisas e uso de substâncias químicas e determina sua classificação. Este conselho também realiza campanhas de esclarecimento quanto às drogas e programas como o de redução de danos. Uma ação importante vinculada a este conselho, foi a aprovação

da nova política nacional sobre drogas (ANEXO B), em outubro de 2005, resultado do realinhamento das diretrizes vigentes.

As alterações foram decididas em seis fóruns regionais e um nacional, integrados por representantes de diversos setores do governo e da sociedade, para elaborar um documento que retratasse os debates ampliados sobre drogas, considerando que as situações a serem administradas na abordagem da drogadicção são de natureza complexa e exigem para o cumprimento de leis, a integração de saberes, indicando a necessidade de uma construção interdisciplinar de ações (SENAD, 2006).

A política nacional sobre drogas, apresenta tópicos que tratam da importância de estudos, pesquisas e avaliações que permitam aprofundar o conhecimento nessa área, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos.

Ressaltamos que no âmbito da legislação estadual, encontramos na constituição do Estado do Pará, capítulo VII, Artigo 295, § 7º, que “a prevenção da dependência de drogas e afins é dever do Estado, que prestará o atendimento especializado à criança e ao adolescente dependentes, desenvolvendo ações que auxiliem sua integração na comunidade, na forma da lei”.

3.1 PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO

Existem inúmeras abordagens que orientam os tratamentos disponíveis ao dependente químico no Brasil, observando-se ações diferenciadas no campo público e privado e com resultados que são influenciadas por fatores vinculados ao contexto

institucional, políticas públicas, além de demandas e motivações dos usuários atendidos.

Segundo estimativa da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) sobre a probabilidade da abstinência definitiva de drogas, o sucesso ocorre de 20 a 30% dos casos, quando o paciente procura ajuda terapêutica por motivação própria. Este índice passa para 8% quando o tratamento é feito por determinação judicial ou médica e atinge 1% nos casos em que a família impõe o tratamento (REZENDE, 2003).

Esses dados corroboram a dificuldade encontrada no campo clínico para a recuperação de dependentes químicos, apontando para a necessidade de uma reflexão sobre os modelos e abordagens existentes e para a fundamentação e sistematização de novas formas efetivas de intervenção. No cenário atual, vários modelos de atuação têm sido sistematizados, e são, algumas vezes confundidos com programas ou abordagens, por isso antes de tudo, fazem-se necessários alguns esclarecimentos conceituais.

Um **programa** pode ser entendido como o plano específico de cada instituição a respeito do tratamento proposto, e deve envolver o(s) modelo(s) que norteia(m) as atividades técnicas a serem desenvolvidas. Os **modelos**, por sua vez, norteiam a definição da intervenção e seus objetivos, delineando as atividades técnicas a serem aplicadas. “São ferramentas ou dispositivos conceituais que podem ser usados por indivíduos para entender e colocar um fenômeno complexo em perspectiva” (MCKEENA, 2000, p. 12).

Abordagem, é a definição que a Psicologia, enquanto disciplina, adota para definir as diferentes correntes teórico-metodológicas que norteiam sua atuação ou intervenção, seja humanista, psicanalítica, sistêmica, cognitivo-comportamental, etc. (SCHNEIDER, 2004).

De modo geral, a atenção ao dependente químico no cenário nacional e local é pautada pelo (a): a) programa de redução de danos (RD); b) modelo dos narcóticos anônimos (NA);

c) modelo do amor exigente (AE); d) abordagem de base cognitivo-comportamental; e) modelo psicossocial.

3.1.1 O Programa de Redução de Danos

O princípio fundamental da RD é o respeito e a liberdade de escolha dos usuários que, por vezes, não conseguem ou não querem parar de utilizar substâncias psicoativas e, por isso, o objetivo é reduzir ou minimizar os riscos decorrentes do consumo.

Países como Holanda, Reino Unido, Alemanha, Canadá, Austrália e Inglaterra são pioneiros neste campo de ação. A política inglesa de controle do ópio durante o século XIX, baseada na distribuição gradualmente menor do próprio ópio aos dependentes, também vista como a primeira experiência política prática de RD, é considerada um marco histórico (FONTES; FIGLIE, 2004).

No campo das políticas públicas, a redução de danos é uma estratégia contemplada pela política nacional sobre drogas. É baseada no desenvolvimento de programas de intervenção comunitária, com acesso à seringas estéreis, informação, educação e comunicação e aconselhamento de atividades nos princípios da RD.

Tem sido avaliada como estratégia pública eficaz para a prevenção da infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis em vários países do mundo. Também vem sendo estudada com resultados promissores em projetos destinados a reduzir danos associados ao uso excessivo de álcool em populações específicas, mas seu uso em outras situações ainda necessita de evidências empíricas (REDUC, 2005; FONTES; FIGLIE, 2004).

Muitos autores defendem que esta política de redução de danos foi a maior revolução já ocorrida na história dos tratamentos dos usuários de drogas. Houve uma mudança profunda no significado do conceito de tratamento. Até então, existia a tendência de tratamento significar abstinência completa de uma droga. O advento da infecção por HIV forçou o sistema de tratamento desses países a se tornarem mais realistas e optarem pelo 'second best'; que é a mudança de alguns comportamentos em relação ao uso de drogas, muito embora não haja, num primeiro momento, abstinência completa (LARANJEIRA, 1996, p. 193).

Os defensores da RD argumentam a seu favor que o atual sistema, baseado essencialmente na repressão a qualquer uso de substâncias ilícitas, levou efetivamente a um estado de total descontrole sobre a circulação e qualidade das drogas. Acreditam que a RD pode ser uma resposta aos problemas surgidos, especialmente à epidemia de HIV entre usuários de drogas injetáveis. Esta ação se mostraria mais eficaz por favorecer o resgate da auto-estima e da cidadania de usuários de drogas ilícitas e induzir à criação de novas formas de conceber o uso de drogas e suas implicações para o indivíduo e a sociedade.

Os pesquisadores que se auto-definem como vinculados à RD, consideram-na como uma forma racional e humanista de saúde pública que engloba, além das ciências médicas, a Psicologia, as Ciências Sociais, etc; para os quais, a filosofia que norteia a RD não está apenas em políticas pontuais recentes, como a troca de seringas MARLATT (apud FIORE, 2005).

A RD substitui a repressão pura e simples ao uso de substâncias psicoativas, compondo um conjunto de estratégias para a inclusão social do usuário de drogas, respeito aos direitos de todo cidadão, usuário de drogas ou não, e principalmente, para a composição de uma proposta de enfrentamento do "fenômeno drogas" em toda a sua extensão e que segundo Marlatt (1999) está pautada em cinco princípios básicos: 1) a RD é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença; 2) a RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos; 3) a RD surgiu

principalmente como uma abordagem “ascendente” baseada na defesa do dependente, em vez de uma política “descendente” promovida pelos formuladores de políticas de drogas; 4) acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; e 5) baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

Nesta perspectiva, o tratamento deve ser dirigido àqueles que querem e conseguem parar de consumir drogas; para os que não querem ou não conseguem, restaria o objetivo de reduzir as conseqüências negativas que o uso de drogas pode ocasionar. Exemplos dessa prática seriam as campanhas que orientam as pessoas a não dirigirem após consumirem bebidas alcoólicas, troca de seringas para usuários de drogas injetáveis, substituição de substâncias e mudança de via de administração (SILVEIRA, 2003; FONTES; FIGLIE, 2004).

3.1.2 O Modelo dos Narcóticos Anônimos

Criado em meados de 1953, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos, os NA configuram associações comunitárias de adictos a drogas em recuperação, tornando-se um dos maiores e mais antigos grupos de apoio, com aproximadamente trinta mil reuniões semanais em 100 países (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1990).

Esses grupos trabalham preferencialmente com as definições de “adicção”, “adicto”, “drogadicção”, empregadas no seu sentido etimológico próprio: como um estado de submissão e dependência do indivíduo, com restrição da vontade (MINAYO; SCHENKER, 2003).

No Brasil, as primeiras experiências do NA foram em 1978, porém o grupo ainda não estava filiado a WSO (World Service Office), uma espécie de

escritório mundial de serviços, em Los Angeles. Apenas em 1985, as ações no Brasil começaram a fazer parte da estrutura dos NA no mundo (SERRAT, 2001).

O modelo de tratamento proposto pelos NA está baseado em uma série de atividades para cada membro, conhecidas como doze passos (ANEXO C), adaptados dos alcoólicos anônimos e as doze tradições, para cada grupo (ANEXO D). Estes "passos" incluem a admissão de que existe um problema, a busca de ajuda, auto-avaliação, partilha em nível confidencial, reparar danos causados e trabalhar com outros adictos que queiram se recuperar. Não possui conotação religiosa, contudo encoraja cada membro a cultivar um entendimento pessoal, religioso ou não, de uma espécie de "despertar espiritual." Um diferencial destes grupos é a ênfase no valor terapêutico de ex-usuários trabalhando com outros adictos. Os grupos não oferecem terapias, moradias ou clínicas. Os membros mais antigos e experientes funcionam como uma espécie de "padrinho" ou "madrinha", como um conselheiro (a) que oferece ajuda informal a membros mais recentes (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1990).

Cada grupo administra a si próprio, tendo como base princípios comuns a toda a organização, e estes princípios estão contidos na literatura de NA. Não existe estrutura de serviço hierárquica em NA. A maioria dos grupos não tem instalações próprias permanentes e alugam espaço para suas reuniões semanais em locais administrados por entidades públicas e organizações civis ou religiosas. As reuniões podem ser "abertas", o que significa que qualquer um pode participar, ou "fechadas", quando participam somente pessoas que estão lá para tratar de seu próprio problema com drogas, sendo conduzidas por membros do NA e outros membros participam partilhando suas próprias experiências na recuperação da adicção às drogas.

3.1.3 O Modelo do Amor-Exigente

A organização Amor-exigente não tem fins lucrativos e trabalha com pais, educadores e familiares que convivem com dependentes de álcool e outras drogas, geralmente atuando em comunidades terapêuticas. Tem por lema “*eu o amo, mas não aceito o que você está fazendo de errado!*” e baseia-se em uma proposta comportamental que nasceu na década de 70 nos EUA (MENEZES, 2001; AMOR EXIGENTE, 2006).

Suas ações são orientadas pelo princípio de considerar que é preciso também apoiar a família e todos aqueles que cercam o dependente. Usando uma metodologia de grupos, divide suas intervenções em duas etapas: 1) motivar a comunidade; e 2) organizar grupos de discussão, de apoio e ajuda mútua. Na primeira, o objetivo maior é sensibilizar, formar e informar as pessoas sobre questões referentes à drogadicção, com enfoque especial aos grupos familiares e escolares (MENEZES, 2001).

A proposta de atuação nesses grupos é a de “analisar profundamente os doze princípios básicos (ANEXO E) do AE e estabelecer, a partir deles, uma nova dinâmica de relacionamento dos familiares com seus entes, de comportamento inadequado” (idem, p. 215).

Na segunda etapa, em grupos de apoio, discussão e ajuda mútua, pais, professores e familiares são encorajados a seguir os seguintes parâmetros: a) agir, em vez de apenas falar; b) não usar violência ou agressividade; e c) estimular a cooperação familiar e comunitária.

Essas orientações norteadoras são desenvolvidas e trabalhadas em vários grupos que compõem o conjunto dessas ações nos núcleos de AE. Os principais

grupos desenvolvidos são: 1) acolhimento; 2) segunda vez; 3) casais; 4) familiares; 5) companheiros; 6) prevenção primária; 7) pais; 8) amor-exigente para professores; 9) sobriedade (MENEZES, 2001).

A metodologia empregada pelo AE para o funcionamento dos grupos é baseada em reuniões semanais que devem durar duas horas, onde as reflexões são baseadas nos doze princípios básicos (ANEXO E) e nos doze princípios éticos (ANEXO F), e a cada mês se desenvolve o princípio correspondente, ou seja, no quinto mês, o foco será o quinto princípio e assim por diante.

Atualmente, os grupos que atuam na linha do programa AE, estão congregados sob as orientações da FEBRAE (Federação Brasileira de Amor-Exigente), que por meio de várias ações, visa favorecer uma maior eficiência e melhores resultados dos trabalhos desenvolvidos.

Sobre a eficácia deste modelo, a FEBRAE estima que de cada dez participantes que chegam ao AE, quatro permanecem, quatro abandonam os grupos por não se adaptarem à dinâmica e disciplina propostas e dois não freqüentam com regularidade as reuniões (AMOR EXIGENTE, 2006).

3.1.4 A abordagem de base cognitivo-comportamental

Segundo Laranjeira, Figlie e Bordin (2004) existem mais de vinte terapias classificadas de cognitivas ou cognitivo-comportamentais. A dinâmica das terapias inclui atividades estruturadas, seções com tempo marcado e aplicação para grupos e para tratamento individual. Enfatiza um relacionamento terapêutico ativo e colaborador, no qual terapeuta e paciente trabalham juntos para identificar os

processos cognitivos e comportamentais associados aos problemas, a fim de melhorar ou desenvolver habilidades e diminuir o risco de recaída.

A terapia cognitiva se baseia numa teoria de personalidade que dá ênfase à importância de crenças e processos de pensamentos na mediação de comportamentos, emoções e respostas fisiológicas. A premissa deste modelo é que a maneira como o indivíduo interpreta determinada situação, influencia as suas reações afetivas, comportamentais e motivacionais. Assim, o tratamento da dependência química a partir desta perspectiva será baseado na análise e na modificação dos pensamentos automáticos e das crenças distorcidas que geram os comportamentos e as emoções disfuncionais, pois as cognições (percepções internas dos eventos) influenciam as emoções e os comportamentos dos indivíduos (JAEGER; OLIVEIRA; SCHREINER, 2003; LARANJEIRA; FIGLIE; BORDIN, 2004).

3.1.5 O Modelo Psicossocial

O modelo psicossocial tem como principal característica compreender a pessoa na sua multidimensionalidade, portanto amplia a concepção de saúde incluindo a tese de considerar a experiência subjetiva como integrante do equilíbrio dinâmico, juntamente com o aspecto físico, psicológico e as interações do organismo com o ambiente natural e social (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

No modelo psicossocial, o tempo de permanência em internação é flexível, o critério de voluntariedade é um fator de destaque, não havendo discriminação por nenhum tipo de doença associada. Nesse modelo, também não há restrições quanto ao grau de comprometimento para adesão e manutenção do tratamento, além da ênfase na oferta de

um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, enfatizando a convivência entre pares como positiva.

As situações social, familiar e legal do dependente não representam condição restritiva ao tratamento. Nessa perspectiva interação droga-usuário é alvo da observação, com o indivíduo desempenhando o papel de agente ativo. Admite-se, deste ponto de vista, que o uso da droga é um comportamento que persiste enquanto desempenhar uma função para o indivíduo.

O contexto é concebido em termos da influência, sobre o usuário, das atitudes e condutas de familiares, amigos, grupos de pares ou da sociedade (ANVISA, 2001; REZENDE, 2003).

De acordo com esse modelo, investe-se na reconstituição do sujeito que está sofrendo psicicamente, portanto, o indivíduo participa de seu tratamento e o objetivo não é a remissão total da sintomatologia. A cura nem sempre é efetivada, mas, sim, a produção de vida nas pessoas. Os conflitos e o sofrimento psíquico fazem parte da existência do sujeito, da sua família e da sociedade, o que requer a participação de todos. O sujeito não é só o agente dos conflitos, mas um indivíduo que se reconhece nesse processo, se reposiciona subjetivamente e busca possibilidades de mudanças, possibilitando a sua reinserção e não mera adaptação social. Os meios de trabalho são os recursos psicoterapêuticos, socioterapêuticos, farmacoterapêuticos, laborterapêuticos e os socioculturais que buscam a integração do indivíduo (ZERBETTO; PEREIRA, 2005, p. 114).

Segundo Püschel, Ide e Chaves (2006) o contexto onde esse modelo se efetua é a vida do indivíduo, de sua família e o meio ambiente natural e social onde tal indivíduo está inserido, portanto no âmbito social e domiciliar. Assim, nesse padrão de atenção ao dependente químico, destaca-se o importante papel de uma equipe interdisciplinar que busque uma ação ampla e integral, ou seja, que possa utilizar todos os recursos disponíveis: artes, música, literatura, etc.

Os diferentes modelos de psicoterapia abordam a problemática dos comportamentos dependentes de distintas maneiras, na medida em que possuem diversificadas visões de homem, de mundo e estratégias interventivas.

Ponderando que as intervenções são de caráter interdisciplinar, os modelos de atuação discutidos neste capítulo podem ser aplicados à prática clínica tanto da Terapia Ocupacional quanto da Psicologia seja em clínicas, hospitais, CAPS ou ONGs.

3.2 CONTRIBUIÇÕES DA GESTALT-TERAPIA E DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Antes de nos aprofundarmos sobre a Gestalt-terapia e a Terapia Ocupacional e suas contribuições para o tratamento da dependência química, é importante que façamos algumas considerações sobre a interdisciplinaridade que atua como instrumento articulador das referidas disciplinas e que se apresenta em evidência nas intervenções em saúde e pesquisas no cenário da pós-graduação, justamente por promover o diálogo entre saberes distintos.

As experiências em pesquisa e atuação interdisciplinar são cada vez mais numerosas, e diversos autores consagrados vêm trabalhando com esta temática. Dentre eles destacaria Edgard Morin, Hilton Japiassu, Ivani Fazenda e Flavio Guimarães, para os quais a interdisciplinaridade constitui-se num nível hierárquico superior, por abranger um saber diferenciado que é fruto da fusão dos saberes disciplinares, superando a dicotomia do conhecimento e a acentuação na especialização (FERNANDES; BRASILEIRO; GUIMARÃES,2002).

A interdisciplinaridade é complexa, mas possível. Fazenda (1994, p.115) afirma que:

A pesquisa que denominamos interdisciplinar nasce de uma vontade construída. Seu nascimento não é rápido, exige uma gestação em que o pesquisador se aninha no útero de uma nova forma de conhecimento – a do conhecimento vivenciado e não apenas refletido, a de um conhecimento percebido, sentido e não apenas pensado.

Sendo assim, pensar saúde, prevenção e tratamento em dependência química sob diferentes ângulos, onde se situam unidas diversas disciplinas, é uma forma de produzir conhecimento de natureza interdisciplinar.

Nesta pesquisa buscarei as experiências da Psicologia na Gestalt-terapia, uma psicoterapia de base fenomenológica-existencial e da Terapia Ocupacional para enriquecer as discussões e promover uma interlocução recíproca.

3.2.1 A Gestalt – Terapia

Embora não haja equivalente preciso na língua portuguesa para a palavra alemã *gestalt*, o sentido mais geral que se pode dar ao termo é uma espécie de disposição ou configuração de uma organização específica das partes que constituiria um todo particular. Este é um princípio derivado da psicologia da gestalt, que como o estruturalismo, focalizou a experiência subjetiva e a exploração da consciência. Interessando-se por relatos de observadores não treinados sobre experiências que ocorriam fora do laboratório, tais relatos foram apresentados como abordagem fenomenológica e dirigiram o interesse da psicologia da gestalt para os processos de pensamento, raciocínio e solução de problemas. A outra área sobre a qual o gestaltismo produziu impacto foi a percepção – particularmente a percepção visual LINDZEY (apud BÖNMANN, 2001).

A gestalt-terapia tem como seu precursor Frederick Salomon Perls, neuropsiquiatra alemão, e surge como uma terapia existencial e portanto utilizando-se de princípios fenomenológicos existencialistas, embora não tenha sido desenvolvida diretamente a partir de antecedentes fenomenológicos e existenciais particulares, mas tendo vários aspectos do trabalho de Perls relacionados àqueles desenvolvidos em muitas escolas do existencialismo e da fenomenologia.

Pimentel (2003) refere que Perls extraiu da fenomenologia a importância de descrever e que o essencial é a vivência imediata, tal como percebida ou sentida corporalmente, assim como o processo que está se desenvolvendo no aqui e agora. Perls acreditava que o mundo vivencial de um indivíduo só poderia ser compreendido por meio da descrição direta que o próprio indivíduo faz de sua situação única e ainda que as pessoas criam e constituem seus próprios mundos. Dessa forma, o mundo existe para um dado indivíduo como sua própria descoberta do mundo. Do mesmo modo postulou que o encontro do terapeuta com um cliente, constitui um encontro existencial entre duas pessoas e não uma variante do clássico relacionamento médico-paciente.

Também faz parte da gestalt-terapia o conceito de intencionalidade que é semelhante tanto para o existencialismo quanto para a fenomenologia. A consciência é entendida como intenção e não pode ser compreendida à parte do que é pensado ou pretendido. Os sentidos dos atos psíquicos ou intenções devem ser alcançados em seus próprios termos, fenomenologicamente, e em termos de sua própria intenção particular.

Na gestalt-terapia existe a importância de se incluir o contexto, o meio, abrangendo a totalidade nas análises de um fenômeno, e assim tenta-se evitar uma visão isolacionista (PIMENTEL, 2003).

Além disso, a teoria da gestalt ofereceu algumas sugestões a respeito dos modos pelos quais os organismos se adaptam para alcançar sua organização e equilíbrio ótimo. Um aspecto desta adaptação envolve a forma pela qual um organismo torna suas percepções significativas, a maneira pela qual distingue figura do fundo.

Há, no entanto, um limite de contato entre o indivíduo e seu meio e é esse limite que define a relação entre eles. Num indivíduo saudável este limite é fluido, sempre permitindo contato e depois afastamento do meio. Contatar constitui a formação de uma gestalt e afastar-se representa seu fechamento. Num indivíduo neurótico, por exemplo, as funções de contato e afastamento estão perturbadas, e ele se encontra frente a gestalten⁹ que estão de alguma forma inacabadas ou nem plenamente formadas ou fechadas. A forma como se dá o ritmo entre afastamento e contato é coordenada pela hierarquia de necessidades do indivíduo. As necessidades dominantes emergem como figura contra o fundo da personalidade total. A ação efetiva é dirigida para a satisfação de uma necessidade dominante (RIBEIRO, 1985).

Indivíduos como os dependentes químicos, que estão fora de seu equilíbrio ótimo, são freqüentemente incapazes de perceber quais de suas necessidades são dominantes ou de definir sua relação com o meio de forma a satisfazer tais necessidades. Assim, ocorrem alterações nos processos funcionais de contato e afastamento, e acabam causando uma distorção na existência do indivíduo enquanto organismo unificado (TELLEGEN, 1984; PIMENTEL, 2003).

Moulard (1998) refere que existem quatro pressupostos básicos que indicam a forma de relação entre um terapeuta e seu cliente dentro da concepção

⁹ Gestalten: plural de gestalt.

gestáltica: o organismo como um todo, a ênfase no aqui e agora, a preponderância do como sobre o porquê e a conscientização.

A afirmação de que a análise das partes nunca pode proporcionar uma compreensão do todo, uma vez que o todo será definido pelas interações e interdependências das partes, é um dos princípios mais conhecidos da abordagem gestáltica. As partes de uma gestalt não mantêm sua identidade quando estão separadas de sua função e lugar no todo (RIBEIRO, 1985).

Outro ponto importante da gestalt-terapia é a ênfase no aqui e agora, viver no presente sem carregar consigo situações inacabadas, gestalten incompletas do passado. A gestalt-terapia não investiga o passado com a finalidade de procurar traumas ou situações inacabadas, mas convida o indivíduo a se concentrar para tornar-se consciente de sua experiência presente, pressupondo que os fragmentos de situações inacabadas e problemas não resolvidos do passado emergirão inevitavelmente como parte desta experiência presente. À medida que estas situações inacabadas aparecem, pede-se ao cliente que as represente e experimente de novo, a fim de completá-las e assimilá-las no presente.

A preponderância do como sobre o porquê é outro ponto importante da G.T. Segundo Perls, o determinante causal, ou seja, o porquê da ação, é irrelevante para qualquer compreensão plena da mesma, já que toda ação tem causas múltiplas, e as explicações de tais causas nos distanciam mais da compreensão do ato em si. Assim, na prática da Gestalt-terapia, a ênfase está em ampliar constantemente a consciência da maneira como a pessoa se comporta, e não em esforçar-se para analisar a razão pela qual a pessoa se comporta de tal forma (TELLEGEN, 1984).

Os três elementos anteriores da gestalt-terapia ajudam na compreensão de Perls, quando este sugere que existem três zonas de consciência: consciência de si mesmo, consciência do mundo e consciência do que está numa zona intermediária da fantasia (MOULARD, 1998).

Perls considerava o indivíduo maduro e saudável, um indivíduo auto-apoiado e auto-regulado e a autoconscientização como sendo dirigida para o reconhecimento da natureza auto-reguladora do organismo humano.

Segundo a teoria da gestalt, Perls sugere que o princípio da hierarquia e necessidades está sempre operando na pessoa. Ou seja, a necessidade mais urgente, a situação inacabada mais importante, sempre emerge se a pessoa estiver simplesmente consciente da experiência de si mesma a todo o momento. Estar consciente é prestar atenção às figuras permanentemente emergentes da própria percepção. Evitar a tomada de consciência é enrijecer o livre fluir natural da figura e fundo.

Quanto ao que se refere à dinâmica patológica, ele considera a fuga da conscientização e a conseqüente rigidez da percepção e do comportamento como os maiores obstáculos ao crescimento psicológico.

E aqueles que interrompem seu próprio crescimento não podem ver claramente suas necessidades e tampouco podem distinguir de forma apropriada eles e o resto do mundo. Em conseqüência, são incapazes de encontrar e manter um equilíbrio adequado entre eles próprios e o resto do mundo. A forma que este desequilíbrio geralmente toma pode levar ao que Perls chamou de introjeção, projeção, confluência e retroversão (RIBEIRO, 1985; PIMENTEL, 2003; MOULARD, 1998).

De maneira geral podemos dizer que introjeção é o mecanismo pelo qual os indivíduos incorporam padrões, atitudes e modos de agir e pensar que não são deles próprios e que não assimilam ou digerem o suficiente para torná-los seus. Um dos efeitos prejudiciais da introjeção é que os indivíduos introjetivos acham muito difícil distinguir entre o que realmente sentem e o que os outros querem que eles sintam, ou simplesmente o que os outros sentem (idem).

A projeção, por sua vez, é a tendência de responsabilizar os outros pelo que se origina no self (nós mesmos). Envolve um repúdio de seus próprios impulsos, desejos e comportamentos, colocando fora o que pertence ao seu íntimo. Nos processos patológicos a pessoa seria governada pelas projeções, falhando em reconhecê-las como hipóteses, perdendo os próprios limites e confundindo-se em termos de identidade pessoal. O conceito de projeção enquanto uma disfunção de contato do sujeito com o objeto, tem sido motivo de estudos aprofundados por parte dos teóricos da Gestalt-terapia, desde que Perls a definiu como sendo uma tendência para se desapropriar dos próprios impulsos, uma inclinação em negar e não aceitar as partes da nossa personalidade que consideramos difíceis, ofensivas ou sem atrativos. Por meio da projeção esperamos nos livrar de aspectos intoleráveis do self e de nossos conflitos íntimos (PIMENTEL, 2003; RIBEIRO, 1985).

A pessoa que projeta não pode aceitar seus sentimentos e ações e por isso os atribui a uma outra pessoa e aí, então, pode reconhecê-los e até criticá-los. O trabalho do terapeuta é ajudar a pessoa a recuperar pedaços de sua própria identidade, que se encontram projetados nos outros.

Na confluência, os indivíduos não experienciam nenhum limite entre eles mesmos e o meio ambiente. Este mecanismo também impossibilita a tolerância das

diferenças entre as pessoas, uma vez que os indivíduos que vivenciam a confluência não podem aceitar um senso de limites e, portanto, a diferenciação entre si mesmo e as outras pessoas.

A retroflexão, que significa voltar-se de forma severa contra si mesmo ao invés de dirigir suas energias para mudança e manipulação de seu ambiente. Dividem-se e tornam-se sujeito e objeto de todas suas ações e passam a ser o alvo de seu próprio comportamento.

a. Nutrição Psicológica e Gestalt-Terapia

Perls (1975, 1997) afirmou que ao nascimento se dá início à sucessiva tarefa existencial da manutenção da vida humana, cabendo ao bebê, mesmo dependente da mãe, realizar o mordisco de dependência, ou seja, o papel ativo que antecede a mastigação.

Essa afirmação nos permite entender que o desenvolvimento emocional e social saudável ocorre quando a criança é orientada para manter-se ativa aplicando os dentes e a agressividade positiva na desestruturação do alimento mental. Logo, para haver nutrição psicológica saudável faz-se necessário cortar, rasgar e triturar as orientações e informações contidas nos padrões de socialização da cultura em que a criança vive e que orientam as formas de expressividade e reconhecimento do outro (PIMENTEL, 2003, 2004, 2005).

A metabolização no contexto da nutrição psicológica se caracteriza pelas seguintes etapas: a) apreciar e classificar as necessidades, alimentos e modos que os cuidadores oferecem os alimentos; b) identificar o poder orgânico; c) alimentar-se de substâncias nutritivas para a independência psicológica que se baseia na formação da auto-estima e auto-conceito fortes; d) reconhecer a subjetividade e a alteridade como instâncias independentes porém em relação (PIMENTEL, 2004; 2005).

Um resultado da nutrição psicológica saudável é uma expressão do Eu mais livre das pressões para uniformizar o gosto e a capacidade de escolher, o que observa-se em desequilíbrio no dependente químico.

Ao escolher, o sujeito, ainda criança, vai se tornando..."sujeito da linguagem, do pensamento, de suas relações pessoais e projetos – todos estes processos são ativados pela intencionalidade" (GONZÁLEZ REY, 2002, p.33). Na seqüência, o adolescente se movimentará no mundo revelando segurança e estima, sólidos, e quando adultos, viverão de modo independente, autônomo e capacitado para escolher dizer sim ou não de acordo com o contexto existencial (PIMENTEL,2004; 2005).

Vivemos em um período de grande fome emocional, isto é, da falta de amor da família, dos colegas da escola e até da sociedade da qual fazemos parte. As sensações de: solidão em meio a uma multidão; incapacidade, ausência de forças para caminhar; não ter carinho, atenção, incentivo, amor, valorização e compreensão são alguns efeitos da nutrição psicológica deficiente (idem).

Esses pressupostos teóricos da gestalt-terapia e da nutrição psicológica vão dar sentido à prática na atenção em drogadicção.

3.2.2 A Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional surgiu e caracterizou-se como profissão da área da saúde. No Brasil, ela tem pouco mais de meio século de história e nas duas últimas décadas, empenha-se na construção de práticas de caráter não somente reabilitador mas preventivo e de manutenção da saúde, com grande enfoque para questões sociais (DE CARLO, 2001).

A atividade representa o instrumento de atuação da Terapia Ocupacional, no entendimento de que esta é toda e qualquer expressão humana,

verbal e não verbal, utilizando-se diversas atividades com fins terapêuticos, dentre elas, as atividades expressivas como, pintura, desenho, modelagem, escultura, que mais do que as palavras, exprimem pensamentos e sentimentos do homem (LIBERMAN, 1998).

Francisco (2001, p.41), diz que “na perspectiva da ação ser mais reveladora do inconsciente do que a palavra, a atividade ganha uma dimensão de expressividade, simbolismo”.

A Terapia Ocupacional, como um campo de conhecimento científico, aponta dimensões e possibilidades humanas que direcionam para uma expansão da noção de mundo mais complexa e mais interativa, onde o ser humano deixa de ser um ente isolado para estar em unidade com o todo (POLIA 2005).

As atividades passam a ser percebidas enquanto processos e interpretações mediativas entre nós e os fenômenos e, assim, são construídas na comunicação, na experiência e na situação vivida segundo a história, as práticas sociais e os valores culturais que cada pessoa ou grupo social imprime de forma particular (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002).

As atividades reúnem sob esta designação uma infinidade de possibilidades e procedimentos que permitem a compreensão do indivíduo em seu meio; e através delas desenvolver estratégias que auxiliem este indivíduo no desenvolvimento de suas potencialidades e na melhora de sua qualidade de vida. Segundo Medeiros (2003), a diferença da atuação do terapeuta ocupacional está na forma como ele lida com a atividade, valorizando o processo vivencial e não apenas o produto final.

Caniglia trabalha com três conceitos básicos vinculados à T.O: **saúde prática**, **fenômeno práxico** e **Terapia Ocupacional**. O primeiro refere-se ao

“aspecto da saúde humana evidenciado pelas características essencialmente humanas como a criatividade, ludicidade, expressividade, evolutividade e produtividade”, o segundo refere-se “ao que ocorre no processo de vivência de situações humanizadoras tais como criar, expressar, divertir, produzir e viver características próprias da idade” ou situação. E a Terapia Ocupacional é “a intervenção profissional que visa favorecer a saúde praxica no cotidiano do indivíduo” (CANÍGLIA, 2000, p.25).

a. Os percursos da Terapia Ocupacional na prática da assistência ao dependente químico

Existem inúmeras possibilidades de atuação do T.O na assistência aos dependentes químicos, sendo geralmente viabilizadas em intervenções grupais, tanto em nível de internação quanto ambulatorial, dependendo da instituição onde o trabalho é realizado.

Ao terapeuta ocupacional cabe, a partir do que é trazido no grupo, ouvir, polemizar, dialogar, esclarecer e, muitas vezes, confrontar questões e / ou colocações dos clientes. Esta é uma das tarefas do grupo: transcender o senso comum do bate-papo, da sala de café da tarde, e poder ser percebida enquanto intervenção e ação técnica, na qual a convivência é a pauta principal (MALFITANO, 2005).

Esta dimensão é dada na medida em que teorizamos nossa prática e, também, no cotidiano a partir do melhor entendimento da dimensão dos assuntos trazidos pelos sujeitos durante o ‘fazer’. Estes estão impregnados por valores morais e de classe, por regras de condutas, que devem ser discutidas e problematizadas.

Nesse processo, são apresentados novos conceitos, visando por exemplo a discussão de direitos e a busca da cidadania plena (idem).

O processo de Terapia Ocupacional visa, assim, ao autoconhecimento, o qual é trabalhado por meio da realização de atividades e reflexões com respeito tanto às relações estabelecidas no decorrer de cada encontro, como a esse fazer. Nesse modelo de processo, aconselham-se os processos grupais, pois esta é a forma mais constante de estar no mundo (FRANCISCO, 2001, p.54-55).

Um dos objetivos da T.O com essa clientela é o de intervir na (re) construção da história dos sujeitos e o melhor recurso terapêutico está no próprio ato de fazer. A Terapia Ocupacional oferece oportunidade para o indivíduo evoluir, uma vez que o trabalho constitui, também, o instrumento de conciliação entre o idealizar e o concretizar.

O terapeuta ocupacional contribui para que o cliente possa construir o seu objeto e o auxilia a atingir a identidade entre ele mesmo e o objeto. É, portanto, percorrer com o cliente, o caminho desde a consciência do objeto até o saber absoluto que é a “verdade”. Nesse sentido, saúde é igual à consciência de que algo existe, adquirido não só através da *techné* (saber-fazer), mas também através da *poesis* (saber-fazer criativamente). O tratamento propriamente dito, consiste: na busca da conscientização (negação, negociação, raiva, depressão e aceitação), ajuda efetiva (desintoxicação, sensibilização, terapêutica dinâmica) e reintegração social (MALFITANO, 2005; MEDEIROS,2003).

Neste entendimento podemos utilizar tanto o Grupo de Atividade quanto uma outra modalidade de grupo que é a Atividade Grupal. Benetton (1991), refere que no primeiro tipo, cada cliente faz sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual, enquanto que no segundo, todos fazem uma única atividade em

conjunto e o terapeuta pode manter o grupo nessa relação de trabalho, estabelecendo comunicação através da relação terapeuta-atividade-paciente.

O sentido desse trabalho terapêutico é emancipar os indivíduos a partir de ações que propiciem um enriquecimento da existência global, complexa e concreta de todos os atores envolvidos. As atividades, nessa perspectiva, são instrumentos para a participação em novos territórios da existência humana. Com elas, experienciamos e vivenciamos múltiplos aspectos da existência. O sentido fundamental das atividades é ampliar o viver e torná-lo mais intenso, nunca diminuí-lo ou esvaziá-lo. Elas nos enriquecem e intensificam o sentimento de estar vivo. Elas abrem um campo de aquisições, habilitações e prevenções e podem operar como fatores de fortalecimento nos processos de potencialização da inclusão sociocultural (CASTRO, 2001, p. 86).

Neistadt e Crepeau (2002), referem que a maior contribuição que a Terapia Ocupacional pode dar para drogadicto em recuperação, é o refinamento ou a aquisição de habilidades práticas de controle da vida, as quais irão satisfazer as suas necessidades imediatas e de longo prazo. E, ao fazer isso, serão discutidos os problemas referentes ao isolamento social, através das atividades em grupo, que promovam a socialização sem a substância química e criem um clima de compreensão mútua, o qual pode facilitar, inclusive a transição para outros programas que os clientes venham a freqüentar, às habilidades básicas da vida, com a criação de uma rede social nova, limpa e sóbria, ao trabalho, e resolução de problemas e estabelecimento de novos objetivos.

Assim, a Terapia Ocupacional que é um método crítico-laborativo das relações humanas, objetiva a consciência do homem que fabrica e que tem sua especificidade nas atividades livres e criativas, interrompendo desta maneira o isolamento intelectual, emocional e afetivo vivido pelo drogadicto.

No que se refere às áreas de desempenho enfocadas pela Terapia Ocupacional (ANEXO G), o comportamento adicto pode gerar perdas na área de

desempenho das **Atividades de Vida Diária (AVDs)**, que dizem respeito às tarefas de auto-manutenção, afetando a maioria de suas sub-áreas.

Nas sub-áreas de arrumação, higiene oral, banho, vestir-se, alimentação e refeição, rotina de medicação, há perdas significativas na vida do dependente químico quando em uso descontrolado, só minimizadas após período de desintoxicação, com a possibilidade de o sujeito voltar o interesse pra si, e seus auto-cuidados.

A manutenção da saúde, é outra sub-área de amplo prejuízo, observando de maneira geral, que eles não desenvolvem e mantêm rotinas que promovam seu bem-estar, como trabalhar a aptidão física e a diminuição de comportamentos de risco para a saúde, que são reforçados pelo próprio abuso de substâncias psicoativas, observando-se compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis, muitas vezes acompanhado de comportamento sexual de risco, sem o uso de preservativos.

Na sub-área socialização, observa-se apenas a busca por interação com pessoas no mesmo contexto da adicção, com poucas interações com pessoas que estejam fora do uso, em contextos diferenciados.

A mobilidade na comunidade e resposta de emergência, em situações de abuso de álcool, além de ficarem prejudicadas no sujeito, representam risco para os outros. Já que estando afetadas, o impedem de reconhecer adequadamente situações de perigo eminente que exigem respostas rápidas e eficazes.

A própria expressão sexual também é uma sub-área colocada sob o domínio das drogas, já que muitos adictos recorrem até mesmo á prostituição como forma de financiar seu uso.

Na área de desempenho das **Atividades de Vida Prática (AVPs)**, que representam as atividades propositais para o autodesenvolvimento, contribuição social e meio de vida, praticamente todas as sub-áreas ficam afetadas significativamente pelo abuso de drogas.

O controle domiciliar, sub-área das AVPs, é abalado, já que a manutenção das posses pessoais e domiciliares fica comprometida com a prática usual entre dependentes químicos de trocar objetos por drogas nos pontos de venda. Ficando principalmente afetados, o controle de dinheiro e procedimentos de segurança e a manutenção do domicílio.

Na sub-área de cuidado com os outros, há uma imersão no papel de vítima, passivo, com declínio no papel de cuidador e acentuação de atitudes que denotem cuidados dos outros, às vezes potencializados de tal forma que torna, em geral os familiares, codependentes.

Na sub-área atividades educacionais, observa-se um declínio a partir dos contatos iniciais com a droga, prejudicando a participação escolar, assim como a exploração de interesses educacionais.

As atividades vocacionais, sub-área voltada ao trabalho, são também amplamente prejudicadas pelo abuso de drogas. Desde a exploração vocacional, que desenvolve habilidades, aptidões e interesses, até a aquisição e o desempenho laborativo.

Mesmo as atividades de lazer ou de diversão, representam uma sub-área em desequilíbrio para o drogadicto, estando voltada para a expectativa de consumo, criando-se oportunidades não para a promoção do relaxamento, do compartilhamento de momentos agradáveis e saudáveis, mas sim para a manutenção do uso.

No acompanhamento do dependente químico em tratamento, observa-se também a fragilidade dos componentes de desempenho referentes às capacidades psicossociais e componentes cognitivos.

As primeiras, tanto nos campos psicológico, social e de autocontrole, representam os maiores desafios do trabalho do T.O, já que a maioria dos usuários chega aos serviços após anos de abuso de SPA, com comprometimento continuado de valores, interesses, conduta social, auto-conceito, autocontrole, habilidade de adequação, controle de tempo, habilidades interpessoais e de auto-expressão, pela vivência com a droga enquanto único universo disponível.

Os contextos de desempenho também são importantes por influenciarem nas áreas de desempenho do indivíduo, podendo ser melhorados através das intervenções pautadas em sua avaliação prévia. No caso da drogadicção, ficam prejudicadas principalmente as sub-áreas social e cultural, que respondem aos grupos sociais dos quais fazem parte os drogadictos e também hábitos, crenças e padrões de comportamento que utilizam no meio em que vivem e que inclui as oportunidades reais de educação, emprego e suporte econômico.

A saúde praxica, referente aos aspectos evidenciados pela criatividade, ludicidade, expressividade, evolutividade e produtividade; e o fenômeno praxico referente ao que ocorre no processo de vivência de situações humanizadoras como criar, expressar, divertir, produzir e viver características próprias da idade ou situação, são pontos a serem trabalhados e explorados nas intervenções da Terapia Ocupacional com essa clientela, visando favorecê-los no cotidiano do indivíduo (CANÍGLIA, 2000).

A partir da avaliação das áreas, componentes e contextos de desempenho, podemos traçar um perfil do sujeito no que concerne á sua saúde

prática e de acordo com o modelo de tratamento utilizado, realizar as intervenções cabíveis.

A qualidade do desempenho é medida pelos padrões gerados pelo indivíduo e por outros no ambiente social e cultural em que ocorre o desempenho. A qualidade é um contínuo de expectativas estabelecidas dentro de determinadas atividades e contextos (NEISTADT; CREPEAU,2002).

As práticas de assistência tanto da Terapia Ocupacional quanto da Psicologia, dependem não apenas da abordagem seguida pelos profissionais ou ainda de uma capacitação adequada, mas também dos modelos de atuação nos quais se enquadram as instituições onde os profissionais estão inseridos.

3.3 O CENTRO DE CUIDADOS A DEPENDENTES QUÍMICOS – CCDQ

É o primeiro serviço público do Brasil a trabalhar com internação de longa permanência (30 dias ou mais) de dependentes químicos, tanto de álcool quanto de outras drogas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), havendo anteriormente a ele, apenas unidades específicas de desintoxicação geralmente em hospitais psiquiátricos, com tempo médio de internação de 15 dias. O centro foi inaugurado em agosto de 2006, com a proposta de ser referência no tratamento de dependentes químicos no estado do Pará. O tratamento da drogadicção será analisado nesta dissertação, considerando o modelo de atuação de uma instituição, que é o CCDQ.

Sua criação se deu a partir da demanda crescente da comunidade, reivindicações oriundas de órgãos e programas públicos ligados ao bem-estar da criança e do adolescente do município e estado, reforçado pelo aumento gradativo

de atendimentos de casos de overdose por uso de drogas e álcool nos hospitais de pronto socorro do município de Belém e por uma procura crescente nos centros hospitalares que não contam com uma abordagem específica para esta problemática.

O CCDQ atende a demanda referenciada pelos CAPS do Estado do Pará, pelo Hospital de Clínicas Gaspar Viana, o Centro de Prevenção e Recuperação de dependentes químicos - CENPREN e o Centro de Atenção à Saúde do Usuário de Álcool e outras Drogas - CASA AD, estes dois últimos, encaminhando pacientes que não conseguem aderir ao tratamento ambulatorial que oferecem, não apresentando condições de dar continuidade ao tratamento sem antes passar por período de desintoxicação em regime de internação.

O centro possui 20 leitos, sendo que destes, 5 são destinados a adultos do sexo masculino, 5 a adultos do sexo feminino e a outra metade destinada a crianças e adolescentes, com número igual para ambos os sexos. Como a incidência de dependência química apresenta-se de 2 a 6 vezes maior no sexo masculino, dado epidemiológico que é reforçado pela procura quase quatro vezes maior de homens para tratamento no CCDQ, hoje o centro conta com uma lista de espera, que já chegou a 30 inscritos, todos do sexo masculino (ABRAD, 2007; BRASIL, 2006).

É importante enfatizar que o tipo de tratamento oferecido pelo CCDQ abrange quatro áreas: 1) Área médico-psiquiátrica que se ocupa da desintoxicação física do álcool e drogas e de qualquer problema clínico que surja durante o tratamento, bem como da terapêutica medicamentosa que objetiva a manutenção da abstinência, controle da fissura, ansiedade e etc; 2) Área de enfermagem de cuidados continuados que contempla a administração de medicação e acompanhamento dentro da rotina de enfermagem; 3) Área de nutrição e

acompanhamento da dieta dos usuários e 4) Área de intervenção psicossocial com suporte individual e grupal aos usuários e suas famílias.

A equipe do Centro é composta por 105 funcionários, dentre os quais 10 médicos, 3 terapeutas ocupacionais, 5 psicólogos, 7 assistentes sociais, 2 nutricionistas e 2 farmacêuticos, além de 2 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e também em média 2 técnicos de enfermagem por turno. Além da equipe que trabalha em plantões noturnos e de fim de semana, geralmente composta por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem.

O fluxo de atendimento no Centro inicia quando os usuários do SUS chegam para acolhimento, encaminhados pelos devidos órgãos, sendo realizado nesse primeiro momento a identificação do usuário, caracterização do uso, anamnese da história de vida e avaliação do estado mental.

Em seguida o técnico de referência denominado de acolhedor avalia se o indivíduo apresenta perfil para internação: 1) ser dependente químico e não usuário eventual; 2) já ter feito tentativa de tratamento a nível ambulatorial anteriormente sem sucesso; 3) desejar voluntariamente participar do tratamento, na forma como se apresenta (internação, seguida de ambulatório). Este último se justifica pelo fato de que, ao contrário de várias instituições que atendem essa demanda, a internação involuntária não acontece neste centro.

Verificado o perfil para internação, o usuário é submetido à avaliação médica que objetiva apontar se há condição clínica favorável à internação, ou seja, são investigadas as condições clínicas gerais do sujeito e algumas específicas como avaliação neurológica e psiquiátrica que não requeira intervenções pontuais desta ordem, como por exemplo traumatismo crânio - encefálico (TCE) , ou evidente crise

maníaca, o que comprometeria a participação do sujeito nas diversas atividades realizadas no centro.

Após acolhimento e consulta médica, acolhedor e médico discutem o caso. Se o perfil e quadro clínico estiverem adequados ao objetivo do tratamento oferecido, havendo disponibilidade de vaga, o sujeito é encaminhado para internação, caso contrário, será incluído em lista de espera (quando não há vaga disponível naquele momento), ou será encaminhado para outro tipo de atendimento oferecido pela rede de saúde, dependendo da sua necessidade emergente e / ou perfil.

Durante a internação, a dinâmica de atendimento engloba intervenções individuais e grupais. Os atendimentos individuais são realizados por médico, psicólogo e técnico de referência, anteriormente denominado acolhedor, e tratam de questões mais específicas e do plano pessoal. A periodicidade habitual dos atendimentos é semanal, porém em casos de intercorrência esse tipo de atendimento pode ocorrer a qualquer momento.

Nos atendimentos grupais, a rotina estabelecida contempla oficinas e grupos ao longo do dia, nos turnos da manhã e tarde. Desses, participam o usuário e seus familiares (grupo de família). As atividades grupais são conduzidas pela equipe psicossocial, composta por assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que se revezam geralmente em dupla, na condução dos grupos. Enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e médicos não participam de atividades grupais com os usuários do serviço, mas realizam orientações ou atendimentos individuais.

As atividades grupais objetivam, de maneira geral, servir de espaço de reflexão para os usuários, troca de experiências, reconhecimento de necessidades e dificuldades ao se ver na fala do outro, oferecendo alternativas para trabalhar temáticas que dizem respeito à vida cotidiana, discutindo processos de reorganização desse cotidiano, após o período de internação e conseqüente desintoxicação. No grupo destinado aos familiares dos usuários, são discutidas as expectativas, vivências e dificuldades em lidar com seus entes no contexto da drogadicção.

Os critérios de alta são: estar em média 30 dias em processo de desintoxicação, apresentar condições clínicas estáveis, sem alteração fisiológica, ter apresentado melhora na relação familiar com espaço assegurado para viver e manter-se em continuidade do tratamento, agora em situação ambulatorial.

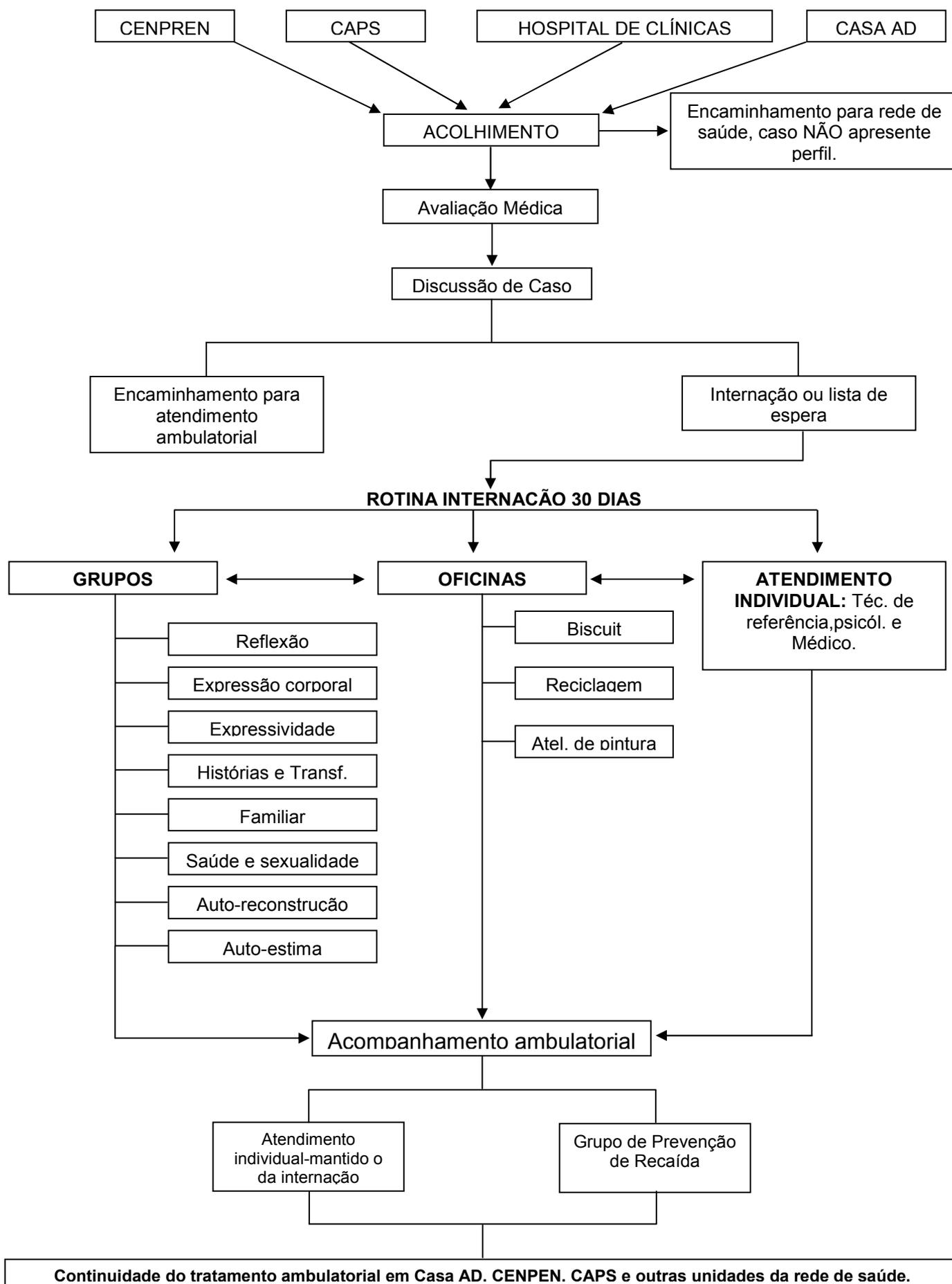
No período de pós - internação, o usuário continua durante três meses em acompanhamento ambulatorial, mantendo os atendimentos individuais semanais e ainda participando de um grupo de prevenção de recaída, momento em que são trabalhadas estratégias para lidar

com a fissura e as manifestações diversas da abstinência, além da retomada da vivência fora do ambiente protegido da internação. Após o período de acompanhamento ambulatorial, os usuários são encaminhados para o CENPREN, CASA AD ou um CAPS, este último no caso de usuários fora da região metropolitana de Belém.

Aquelas pessoas que não conseguem manter-se no tratamento até sua conclusão, podem voltar para iniciar um novo tratamento num período superior a 90 dias, mas o acompanhamento desta clientela aponta um número pequeno de procura por nova internação.

Devido à complexidade da dinâmica do centro apresento a seguir de forma sintética, o fluxograma de atendimento dos usuários no CCDQ e os cronogramas de atividade nos turnos da manhã, tarde e noite.

No capítulo seguinte, apresento os procedimentos teórico-metodológicos que nortearam esta pesquisa.



Fluxograma 1 - Fluxograma de atendimento aos usuários no CCDQ

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - MANHÃ					
06:00 às 07:00h	DESPERTAR/BANHO				
07:00 às 07:30h	CAFÉ DA MANHÃ				
ACOLHIMENTO 07:30 às 13:00h	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
08:00 às 09:00h	ATIVIDADE ESPORTIVA ENFERMAGEM				
09:00 às 09:30h	LANCHE				
10:00 às 11:30h	Atendimento Psicológico Consultório 3	Atendimento Individual A.S Consultório 2	Atendimento Psicológico Consultório 2	Atendimento Individual T.O Consultório 2	Reunião da Equipe + Estudos de Casos
	Grupo Familiar PSI/A.S (Auditório)	Grupo Saúde e Sexualidade PSI/T.O (Oficina Terapêutica)	Grupo de Auto-Reconstrução A.S/T.O (Oficina Terapêutica)	Atendimento Individual A.S Consultório 3	
				Grupo de Auto-Estima PSI/A.S (Musicoterapia)	
	Atendimento Psicológico Consultório 3	Atendimento Individual A.S Consultório 2	Atendimento Psicológico Consultório 2	Atendimento Individual T.O Conbsultório 2	
Oficina Ateliê de Pintura T.O (Oficina Terapêutica)	Atendimento Psicológico a Familiares Consultório 3	Visita Domiciliar A.S	Atendimento Individual A.S Consultório 3		
12:00 às 13:00h	ALMOÇO (COM SUPERVISÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM)				
13:00 às 14:00h	REPOUSO				

Quadro 1 – Cronograma de atividades – Manhã.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - TARDE / NOITE					
ACOLHIMENTO	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
14:30 ÀS 15:30 HORAS	Atendimento Individual T.O Consultório 02	Atendimento Individual A.S Consultório 03	Visita Domiciliar e Institucional A.S	Atendimento Individual PSI Consultório 02	Reunião de Equipe *** Estudo de Caso **** Pacientes internados em sessão de cinema
	Atendimento Grupal MASCULINO PSI Sala de Oficina Terapêutica	Oficina de Biscuit FEMININO A.S Sala de Oficina Terapêutica	Atendimento Individual T.O Consultório 02	Grupo de Prevenção de Recaída (Ambulatório 2) 14:30-16:00 T.O Sala de Oficina Terapêutica	
	Grupo de Reflexão FEMININO A.S Sala de Musicoterapia	Grupo de Expressividade MASCULINO T.O Sala de Musicoterapia	Oficina de Biscuit MASCULINO A.S Sala de Oficina Terapêutica	Grupo de Prevenção de Recaída (Ambulatório 1) 14:30-16:00 T.O Sala de Informática	
	Atendimento aos Acompanhantes do infante T.O Sala de Informática	Atendimento Individual PSI Consultório 02	Oficina de Reciclagem FEMININO T.O Sala de Musicoterapia	Atividade com pacientes e seus familiares PSI/A.S Auditório	
LANCHE 15:30 AS 16:00h (COM SUPERVISÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM)					
16:00 ÀS 17:30 HORAS	Atendimento Individual T.O Consultório 02	Atendimento Individual A.S Consultório 02	Visita Domiciliar e Institucional A.S	VISITA DOS FAMILIARES ***** Recepção dos familiares: *****	Atendimento Individual PSI Consultório 02
	Grupo de Expressão Corporal MASCULINO E FEMININO PSI/A.S Sala de Musicoterapia	Grupo de Expressividade FEMININO T.O Sala de Oficina Terapêutica	Grupo de Histórias e Transformações FEMININO T.O Sala de Musicoterapia	Suporte Técnico ***** Técnicos responsáveis pelos pacientes sem visita: *****	Atividade Educativa MASCULINO E FEMININO rotativo de técnicos por sexta-feira Auditório
	Atendimento Individual PSI Consultório 03	Grupo de Reflexão MASCULINO PSI Sala de Musicoterapia	Oficina de Biscuit MASCULINO A.S Sala de Oficina Terapêutica		
		Atendimento Individual A.S Consultório 03	Grupo de Suporte à Família PSI/T.O Auditório *Qd não houver visita		
	Atendimento Individual PSI Consultório 02				
JANTAR 18:00h (COM SUPERVISÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM)					
18:30 ÀS 21:00h	TEMPO LIVRE PARATELEVISÃO NA MUSICOTERAPIA (c/ supervisão dos Téc.de Enfer.)				
21:00h	CEIA				
21:30h	Sono/Repouso				

Quadro 2 – Cronograma de atividades – Tarde / Noite.

4 PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A epistemologia empregada para a construção deste trabalho é a qualitativa, do tipo fenomenológica, e sua escolha está coadunada com a linha de pesquisa do programa de mestrado em psicologia do qual participo.

Os procedimentos foram delineados de acordo com as concepções que apontam para as teses de complexidade dos fenômenos. Interessou-nos identificar significações e motivações dos acontecimentos humanos, impossíveis de serem isolados do seu contexto de ocorrência. Fugimos do tradicional, do controle e da medição, ou seja, da dimensão mensurável da realidade (MARTINS, 2004). Na orientação fenomenológica nos preocupamos em descrever o fenômeno objetivando conhecê-lo (TURATO, 2004; GRUBITS; NORIEGA, 2004; MATOS; SOUZA, 2004).

Turato (2004) refere que o método qualitativo busca dar visibilidade às relações entre significados e significantes. Para este autor, trabalhar sob a perspectiva qualitativista implica, por definição, entender/ interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco.

A pesquisa qualitativa tem como grande mérito, mergulhar de maneira compreensiva na profundidade dos fenômenos, abrindo-se para apreender o conhecimento subjacente ao fenômeno, levando em conta toda a sua complexidade e particularidade, não objetivando alcançar a generalização, mas sim o entendimento das singularidades. O objeto de estudo vem a ser as pessoas ou as comunidades em sua fala e em seu comportamento, ou ainda as significações que esse objeto ganha.

Bogdan e Biklen (apud Turato, 2003, p. 42) referem que os pesquisadores qualitativistas “procuram entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados”.

Tanto na Psicologia quanto na Terapia Ocupacional, as pesquisas qualitativas vêm sendo utilizadas de maneira crescente na construção do conhecimento. O universo de possibilidades de captação da experiência humana, através da investigação qualitativa, tem provocado uma demanda significativa nos alunos de pós-graduação, principalmente porque as metodologias qualitativas privilegiam análises de micro processos através do estudo das ações sociais individuais e grupais (MARTINS, 2004).

Portanto, desvelar os diferentes discursos dos atores que vivenciam a construção da experiência de tratamento da dependência química realizada pelo CCDQ, exigiu um caminho de busca de compreensão e interpretação da relação de significados que os 19 informantes da pesquisa atribuíram às questões respondidas.

Considerando a extensão do material e a exigüidade do tempo, recortei unidades de significação da totalidade do material, e as analisei pautada na perspectiva da Fenomenologia Existencial.

Procurei articular trechos selecionados dos diferentes discursos, tendo em vista refletir sobre as experiências vivenciadas pelos sujeitos em tratamento e pelos sujeitos que ofereciam o atendimento, para entrelaçar as percepções e identificar pontos comuns e singulares, além de articular as falas dos informantes aos referenciais teóricos que fundamentaram esta dissertação.

4.1 O CAMINHO PERCORRIDO

A primeira etapa desta dissertação consistiu em realizar uma revisão bibliográfica da produção científica referente à temática da dependência química, seguida de um levantamento junto às Secretarias de Administração Municipal e Estadual para identificar as instituições que desenvolvem ações voltadas ao tratamento do drogadicto no Pará.

Nesta etapa foram identificados: 1) O Centro de Atenção à Saúde do Usuário de Álcool e outras Drogas - Casa AD, vinculado á Secretaria municipal de saúde de Belém, que funciona no sistema de CAPS – Centro de atenção psicossocial; 2) O Centro de cuidados ao dependente químico - CCDQ que funciona

com internação, seguida de acompanhamento ambulatorial, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública e; 3) O Centro de Prevenção e Recuperação de dependentes químicos – CENPREN, órgão vinculado à Secretaria Executiva de Justiça do Pará – SEJU, também funcionando no regime de CAPS, representando as instituições públicas que atuam nessa área. Outrossim, no que se refere às instituições privadas e Organizações Não Governamentais foram identificadas apenas três no município de Belém e outras cinco em outros municípios paraenses.

A partir da identificação das instituições entrei em contato para conhecer os modelos de atendimento ao dependente químico, levando em consideração as dinâmicas funcionais das instituições públicas, privadas e ONGs. Com o início dos contatos me deparei com algumas dificuldades que inviabilizaram a proposta de pesquisa inicial, como a resistência de algumas instituições em permitir o acesso aos usuários e seu corpo técnico, devido fatores diversos incluindo a falta de profissionais de nível superior diretamente vinculados ao atendimento dos usuários do serviço, entraves com CEPs (Comitês de Ética), e mais notadamente a falta de tradição da maioria das instituições em participar de pesquisas.

Isto posto, voltei-me às duas instituições públicas no município de Belém, e o Centro de cuidados a dependentes químicos, por ser a única instituição pública do Brasil exclusiva para tratamento em nível de internação a esta clientela, foi escolhida para ser local desta pesquisa, pautada no pioneirismo deste tipo de trabalho, apresentando a possibilidade de avaliar tanto a construção da experiência no atendimento em internação quanto em ambulatório.

Os critérios de inclusão dos colaboradores na pesquisa foram: No caso dos usuários: estar há mais de um mês vinculado à instituição e aceitar participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido(TCLE). No caso

da equipe de saúde e direção do CCDQ a única condição para participar era fazer parte diretamente do atendimento, aceitar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido ao comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPA.

No que diz respeito ao plano empírico, para coleta de dados, recorreremos à pesquisa documental (fichas, cadastros, normas e procedimentos etc.), e questionários em três versões com questões abertas, direcionados aos funcionários, à direção e aos usuários do serviço (APÊNDICES A, B e C).

No próximo capítulo apresento as análises do material empírico da pesquisa coletado através dos questionários. As unidades foram organizadas partindo do plano geral (institucional), para o específico (atendimento psicossocial), envolvendo questões dos usuários e técnicos relacionadas à dinâmica dos atendimentos.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados se deu primeiramente a partir do agrupamento de discursos transformados em textos. As temáticas reunidas em **unidades de significação ou categorias**, dizem respeito às falas dos informantes, e caminham do plano geral (institucional), para o específico (pessoal, psicossocial).

A Fenomenologia, transportada do campo filosófico para o da intervenção, seja ela psicológica, terapêutica ocupacional ou outra, transfere seu objetivo para captar a atribuição significativa das pessoas às suas vivências. Nesse sentido, a análise compreensiva da experiência de tratamento da drogadicção, confere a partir

do método fenomenológico um sentido genuíno ao ser-adicto e sua experiência de tratamento (RIBEIRO, 2006).

A seguir, apresento as análises e discussões no panorama de unidades para elaboração de uma descrição analítica dos conteúdos:

Utilizo para identificar os excertos as formas abreviadas tais como QU 3 ou QES 8, sendo as letras referentes à indicação de Questionário de Usuários, Questionário de Equipe de Saúde e Questionário de Coordenação e os números referentes a seqüência de devolução dos mesmos nas três categorias.

A maior demanda da instituição é caracterizada através dos questionários desta pesquisa como do sexo masculino, usuária de múltiplas drogas, apresentando comorbidade psiquiátrica, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos e faixa etária variando entre 25 e 35 anos, geralmente encaminhada pelos CAPS Ad.

Com relação à identificação dos grupos participantes da pesquisa, os quadros a seguir (3, 4 e 5), apresentam alguns dados coletados:

a. Usuários do Serviço

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CID 10	F19	F19+F10	F10	F10	F19	F19	F19	F10+ F19+	F19
IDADE	22 anos	22 anos	47 anos	41anos	39 anos	22 anos	25 anos	27 anos	28 anos
ESTADO CIVIL	Solteiro	Solteiro	Viúvo	Solteiro	Casado	Solteiro	Separado	Solteira	Solteira
PROFISSÃO	Estudante, auxiliar administrativo	Músico	Marceneiro	Odontólogo, músico	Guarda de trânsito	Estudante	Vigilante	Estudante	Dona de casa
DROGA DE ABUSO	Crack, álcool, tabaco	Cocaína, Pasta de cocaína, maconha	Álcool, cigarro	Álcool	Álcool, maconha, pasta de cocaína	Álcool, tabaco, maconha, pasta de cocaína, benzina	Tabaco, maconha, pasta de cocaína	Álcool, maconha, pasta de cocaína	Álcool, tabaco, maconha, pasta de cocaína
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	Oral, inalada, fumo	Inalada, fumo, injetada	Oral, fumo, inalada	Oral	Oral, inalada	Oral, inalada	Oral, inalada	Orla, inalada	Oral, inalada
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	3º Grau incompleto	2º Grau incompleto	2º Grau incompleto	3º Grau completo	2º Grau incompleto	2º Grau incompleto	1ºGrau incompleto	3º Grau incompleto	1º Grau incompleto
IDADE DE INÍCIO DO USO	21 anos	14 anos	16 anos	26 anos	16 anos	15 anos	14 anos	20 anos	14 anos
INDEPENDÊNCIA ECONÔMICA?	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não

Quadro 3 – Informações gerais sobre os participantes usuários

b. Equipe de Saúde

Formação Acadêmica	Tempo em que Trabalha com D. Q	Tempo em que trabalho no CCDQ
Psicologia	08 meses	8 meses
Serviço Social	03 meses	03 meses
Terapia Ocupacional	08 meses	08 meses
Medicina	08 meses	08 meses
Psicologia	05 meses	05 meses
Serviço Social	08 meses	08 meses
Terapia Ocupacional	08 meses	08 meses
Serviço Social	08 meses	08 meses
Psicologia	08 meses	08 meses

Quadro 4 – Informações gerais sobre os participantes da equipe de saúde.

c. Coordenação do CCDQ

Formação Acadêmica	Tempo em que Trabalha com D. Q	Tempo em que trabalho no CCDQ
Psicologia	08 meses	08 meses

Quadro 5 – Informações gerais sobre os participantes da coordenação do CCDQ.

5.1 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

O material coletado carrega uma grande riqueza, dada a amplitude de questões focalizadas, as quais pretendo continuar examinando em futuros estudos. Selecionei para elaborar as unidades de significação respostas referentes: ao conhecimento pelos usuários e equipe da dinâmica institucional; avaliação do modelo de tratamento; do papel da família e trabalho em equipe.

5.1.1 Desconhecimento da dinâmica institucional

a. Pelos usuários do serviço

Nas respostas dos usuários do serviço sobre a rotina de tratamento, observa-se uma generalização, com nítida dificuldade na definição dos atendimentos

aos quais foram submetidos. O questionário QU1, por exemplo, refere como atendimento individual ver televisão, o QU8 não soube responder qual ou quais atendimentos individuais recebeu na instituição. Os atendimentos grupais também não aparecem especificados com clareza em nenhum dos questionários respondido por este grupo, na maioria sendo identificados como terapia ocupacional ou oficina terapêutica, sendo que este último na verdade é o nome da sala onde grande parte das atividades grupais acontece.

Com exceção de QU7 E QU8, os demais usuários sinalizam pelas respostas apresentadas que arte-terapeuta é um dos profissionais que os atende, mas na verdade não há esse tipo de profissional no Centro. O atendimento de educadores físicos também é sinalizado pelo questionário QU1, mas esta é outra especialidade que não faz parte do quadro de funcionários do CCDQ.

Dentre os 9 usuários que responderam aos questionários, seis estavam em tratamento pela primeira vez, dos três que já haviam se submetido a tratamento anteriormente, um deles referiu ter se submetido a tratamento ambulatorial no município de Belém; outro referiu ter se submetido à internação em outro município paraense em comunidade terapêutica e o terceiro referiu ter participado de grupos de auto-ajuda. Estes dados apontando este tratamento como sendo o primeiro em nível de internação para a maioria dos colaboradores, podem explicar a dificuldade dos usuários em identificar com clareza como se dá o processo de tratamento no CCDQ. Porém, também deve - se considerar que descumprimento de rotina, falta de elementos que possam situar os usuários no tratamento como o acesso facilitado à programação diária, ou habituar os usuários do serviço a reuniões matinais ou assembleias diárias, como acontece em comunidades terapêuticas, são fatores que contribuem para o desconhecimento da dinâmica institucional, mesmo no caso desta

experiência de tratamento que é de longa duração, com permanência igual ou superior a 30 dias.

Salgueiro apud Rigotto e Gomes (2006) refere que as rotinas específicas e os vínculos ao serem incorporados ao dia-a-dia pelos sujeitos, favorecem a ancoragem da recuperação e o estabelecimento de novos e prazerosos estilos de vida.

Essa sensação de distanciamento ou dificuldade de entender o funcionamento do tratamento, refletindo na falta de conhecimento sobre as dinâmicas as quais foram submetidos, prejudica a identificação adequada de condutas terapêuticas por parte dos usuários do serviço e logo uma avaliação crítica dos recursos terapêuticos empregados pelo Centro. A dinâmica do tratamento acaba por não emergir como primeiro plano ou figura para este grupo de usuários.

b. Pela equipe de saúde

Dentre os questionários respondidos pela equipe de saúde, apenas um, QES8, demonstrou desconhecimento com relação à dinâmica da instituição nos turnos em que este funcionário não está de serviço.

Laranjeira, Ribeiro e Figlie (2004) referem que a organização de um serviço voltado para o tratamento de dependência química é uma tarefa complexa, que deve considerar principalmente as variáveis que abrangem o contexto sociocultural que circunda a população-alvo do serviço, sendo necessário além de um planejamento a longo prazo, avaliar os resultados de modo constante e sistemático, principalmente em locais que apresentam metodologia diferenciada, como o CCDQ. Porém, não foram identificados instrumentos ou dinâmicas para avaliar sistematicamente os resultados obtidos com a clientela assistida pelo Centro,

que talvez pudessem ter identificado o desconhecimento da dinâmica institucional por parte dos usuários, anteriormente a esta pesquisa, e levado a uma mudança positiva com relação a esta questão. Um dos excertos aponta essa necessidade:

...."precisa de constantes avaliações, sem perder de vista o objetivo principal: o usuário e seu resgate, que apresenta ainda algumas falhas".(QC1)

5.1.2 Avaliação do modelo de tratamento oferecido pelo CCDQ

Observa-se um discurso crítico, com falas que demonstram dúvidas com relação à caracterização do modelo adotado, algumas incluindo a necessidade de capacitação para a equipe, e avaliações que apontam para um tempo curto de tratamento. De maneira geral as falas sugerem problemas estruturais do serviço.

a. Avaliação do modelo de tratamento pela equipe de saúde

O CCDQ é o primeiro serviço público do Brasil a trabalhar com internação de dependentes químicos de longa permanência (30 dias ou mais), tanto de álcool quanto de outras drogas, pelo Sistema único de Saúde (SUS), portanto, pelo pioneirismo e ousadia de construir um atendimento deste porte, haveria a responsabilidade e a necessidade de construir antes de sua inauguração, um modelo de trabalho pautado nas políticas públicas vigentes, embasado de acordo com as pesquisas de maior credibilidade na área da dependência química, podendo inclusive adotar experiências já avaliadas como bem-sucedidas em outros locais de atendimento público a esta demanda no Brasil, como as realizadas no PROAD – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes ou na UNIAD - Unidade de

Tratamento e Pesquisa em Álcool e Drogas, ambos vinculados à Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo. Além de outras inúmeras experiências em andamento no Pará e no Brasil.

O que se percebeu a partir das falas e da investigação documental é que o Centro foi inaugurado sem que houvesse previamente uma discussão clara sobre procedimentos, modelos de tratamento, necessidades quanto à estrutura física e recursos humanos, ou caso tenha ocorrido, diante de uma equipe na maioria sem experiência no trabalho em dependência química, as ações foram incipientes, como corroboram os excertos a seguir, diante da pergunta: “Qual a sua avaliação quanto ao modelo de tratamento adotado pela instituição a qual você está vinculado?”:

...”É um modelo novo do ponto de vista do SUS...”.(QC1)

“Estamos tentando adequar um modelo, mas a minha avaliação é que precisamos “criar uma metodologia própria”, de acordo com a ‘realidade’ da clientela, incluindo “as famílias” como sujeitos no processo de tratamento”.(QES8)

“Ainda é um modelo limitado, devido ao não planejamento e avaliação processual sistemática...falta de referencial teórico de embasamento”.(QES5)

“Ainda é muito cedo para se fazer uma avaliação, porém qualquer modelo de atuação vai depender do sentido que a relação de ajuda tem para os pacientes e os benefícios por estes adquiridos”.(QES2)

...”No período ambulatorial deveria haver mais inter-relações com outros órgãos e / ou instituições que pudessem dar o apoio necessário na ressocialização...”.(QES3)

“Modelo clínico-epidemiológico, pautado nos princípios da reforma psiquiátrica e visando a abstinência”.(QES9)

A Lei de Reforma Psiquiátrica do Deputado Paulo Delgado, citada neste último excerto, prevê o progressivo fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, dando ênfase para a modalidade de atendimento ambulatorial, com a promoção da permanência dos pacientes perto de suas esferas familiar e social e práticas voltadas à reabilitação e reinserção social, culminando na criação dos CAPS, avaliada por alguns autores como de baixa resolutividade, visto que ainda faltam reforços e implementação de outros serviços substitutivos à internação, principalmente no que se refere à demanda da dependência química (ARAÚJO, 2003; LARANJEIRA, 2006 A).

Mesmo considerando os pressupostos da Reforma psiquiátrica de 2002, o número de serviços de atendimento especializado em dependência química pelo SUS é pequeno diante da prevalência crescente de pacientes com este diagnóstico. Deve ser meta dos profissionais de saúde os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, no entanto, existem as necessidades específicas dos usuários do SUS, que tem direito ao acesso aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2003).

Laranjeira (2006, A) refere que não houve de 2002 até hoje, apropriada ampliação da rede de assistência psiquiátrica ao dependente químico e que as únicas possibilidades de tratamento por internação pelo SUS ficaram a cargo de aproximadamente 2000 comunidades terapêuticas, que sofrem de maneira geral das mesmas dificuldades dos hospitais psiquiátricos, sem programas específicos para a identificação de comorbidades psiquiátricas ou desintoxicação medicamentosa e sem tratamento psiquiátrico sistematizado, o que o autor considera como uma situação de desassistência.

Outro fator importante na construção do modelo de tratamento que vem sendo implementado pelos profissionais do CCDQ e foi investigado no questionário,

é a utilização de algum tipo de banco de dados que pudesse subsidiar e / ou servir para avaliar as práticas de tratamento realizadas no local, com dados tanto em âmbito regional quanto nacional, porém apenas um dos questionários faz menção ao uso deste tipo de dispositivo, contudo originado de demandas próprias, não vinculadas ao serviço. Os demais colaboradores da equipe de saúde referem não existir e por isso não fazem uso:

...“faço uso de materiais próprios (livros, artigos), internet. Utilizo regularmente”.(QES3)

Não há realização de ações em parceria com outras instituições governamentais, nem mesmo com grupos de Narcóticos Anônimos – N.A ou Amor Exigente, ou a Fundação Curro Velho que é vinculada à Secretaria Especial de Promoção Social do Governo do Estado do Pará e trabalha com artes e ofícios. Mas alguns questionários sinalizam interesse e iniciativas de fazer contatos, porém sem nenhuma efetivação até o momento (QES3, QC1,QES7,QES6).

b. Necessidade de capacitação da equipe para este tipo de intervenção

Equipes voltadas ao trabalho em dependência química, precisam de formação específica tanto para atuar em nível de internação, quanto ambulatorial, mesmo em um local em que diferentes saberes buscam um trabalho interdisciplinar, apontado como tal nos questionários QES1, QES4, QES8 e QES9.

Os excertos a seguir tratam da necessidade de capacitação em resposta a avaliação do modelo de trabalho empregado, ou seja, no momento em que fazem referência ao trabalho realizado, pontuam quais as dificuldades que são encontradas pela equipe nessa construção:

...”estamos precisando de **capacitação** para toda a equipe, não só com relação á dependência química, mas também para trabalhar em oficinas (práticas)...”.(QES7)(grifo nosso)

...”e haver melhor **capacitação** dos profissionais...”.(QES1) (grifo nosso)

“...Vejo que alguns não têm perfil para atendimento em grupo, é difícil **manejar** níveis culturais e sócio-econômicos diferentes, **requer muito manejo e habilidade**...”.(QES3) (grifo nosso)

“...não recebi nenhuma capacitação específica”.(QES1)

“Todos precisaram.....No início do trabalho houve um seminário sobre drogas. Necessitamos de mais capacitação, que consigam **articular teoria e prática**”.(QUES2) (grifo nosso)

“...a capacitação deve ser **contínua**”.(QES8) (grifo nosso)

Essa necessidade de capacitação da equipe também é sinalizada em resposta à seguinte pergunta: “Qual a maior dificuldade ou desafio na coordenação de uma instituição voltada ao tratamento de dependentes químicos?”:

“**Atuar na internação sem a equipe ter sido treinada para a prática diária com o dependente químico**”.(QC1)

c. Críticas com relação à duração do tratamento

Na atualidade, os tratamentos visam um tempo menor de internação, considerando os prejuízos no âmbito das relações familiares, de trabalho, levando em conta os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, nas comunidades terapêuticas o tempo de tratamento varia entre 3 e 9 meses. É possível que a (des) estrutura da dinâmica de trabalho do Centro, em que não há especificações claras sobre determinadas condutas, aumentem o desejo dos

profissionais de um tempo de tratamento maior para efetivar planos terapêuticos como verificamos nos excertos abaixo:

“O tempo de internação é pouco para o tipo de demanda atendida no Centro...”.(QES6)

...”O tempo de internação e ambulatorial deveria ser mais longo...”.(QES1)

“Considero o período de internação curto para muitos pacientes...”.(QES3)

d. Avaliação da dinâmica empregada, dos processos de recaída e sugestões pela equipe de saúde

d.1. Avaliação da dinâmica

“Haver juntamente com o tratamento, profissionalização ou preparação para o mercado de trabalho. Porque ao receberem alta, ficam sem atividades produtivas e conseqüentemente sem meios de garantir sua subsistência e isso pode levá-los ao desespero e assim ficar vulneráveis às drogas. Seriam necessárias políticas sociais com foco na inclusão social”.(QES1)

“Insisto que devemos cuidar mais das famílias e da inserção social dos pacientes”.(QES8)

...”estamos precisando de...oficinas mais diversificadas e até mesmo profissionalizantes”.(QES7)

“Espaços mais adequados com estrutura para oficinas mais produtivas, até mesmo profissionalizantes em que se enfatize também atividades artísticas como música, dança e teatro etc. e conseqüentemente ampliação da equipe que englobe tais profissionais especializados. Além disso, penso ser de suma importância viabilizar momento para discussão sistematizada, fórum de debates etc...”.(QES7)

d.2. Sugestões

“No tratamento de dependência química seria importante que a rede de serviços fosse territorializada no âmbito de todos os municípios, uma vez que o número de leitos é insuficiente para atender todos os que buscam ajuda”.(QC1)

“Maior proximidade com a família e com a rede sócio-assistencial, bem como com a rede de serviços”.(QES3)

“...deveria haver mais atividades produtivas para os pacientes”.(QES1)

“Parcerias com a rede pública e privada para capacitação profissional dos usuários, visando a inserção social”.(QC1)

“Um programa que considere o ser humano como sistêmico, interligado, dependente da influência do meio. Que considere o sistema familiar e o social, abarcando esses sistemas no tratamento e recuperação da dependência química”.(QES5)

“Sugiro que seja otimizado o trabalho de grupo com familiares, que procuremos envolver o máximo de membros da família no sentido de trabalhar seus conflitos, modos de funcionamento e emancipação”.(QES8).

d.3. Processos de recaída

“A ociosidade, a falta de tratamento da família, dificuldade de executar projeto de vida e o retorno ao meio social do qual faz parte”.(QC1)

“A recaída significa um retorno ao uso de drogas após um determinado período de abstinência” (RIGOTTO; GOMES, 2006, p.106).

e. Avaliação da dinâmica, sucessos e objetivos alcançados, recaídas, sugestões e reversão de prejuízos no decorrer do tratamento pelos usuários do serviço

Os usuários do serviço avaliaram o tratamento, fizeram algumas sugestões e também conseguiram pontuar alguns ganhos obtidos. Respondendo às perguntas: “Que prejuízos o abuso de drogas causou na sua vida?Você já conseguiu reverter algum desses prejuízos no decorrer do tratamento?”, “Qual sua avaliação quanto à dinâmica deste tratamento?”, eles relataram o que retiramos em excertos a seguir:

e.1. Prejuízos sofridos e revertidos

“muita coisa, inclusive o meu relacionamento com os meus filhos...sim,dando paz a minha família”.(QU1)

“depressão, descontrole”.(QU2)

“...perca de bens materiais, morais e etc, sim , a moral”.(QU3)

..”perdi meu emprego, perdi minha faculdade, e agora estou retomando meus estudos”.(QU4)

“Perda do emprego, desistência dos estudos, perda de peso, perda financeira, família e moral desde a personalidade à dignidade e amor próprio. Os valores materiais não recuperei, mas os valores sentimentais estou reconquistando devagar”.(QU5)

“Materiais, sociais, familiares e profissionais. Após o tratamento resgatei o crédito de todos envolvidos”.(QU6)

“O abuso de drogas me causou vários prejuízos, os mais relevantes foram o distúrbio mental e o atraso nos estudos. O distúrbio mental é irreversível, agora tento sanar o atraso nos estudos”.(QU7)

“Conserteza, agora que vim dar valor em minha vida. Estou reconhecendo o prejuízo em que estava”.(QU8)

e.2. Dinâmica do tratamento

“...este tratamento...tem me ajudado a não fazer uso de drogas, e me incluiu novamente à sociedade”.(QU7)

“...bastante eficiente no que se refere aos aspectos a nível de objetividade e subjetividade. Atenção elogiável da equipe de multiprofissionais”.(QU6)

“...a avaliação é positiva, ou seja, a dinâmica empregada neste tratamento para mim foi eficaz, onde me forneceram de forma bem consistente subsídios técnicos para o enfrentamento de uma nova vida, sem drogas. Uma recuperação física, social e psicológica”.(QU9)

“...eficiente”.(QU3)

“Foi ótimo perante a equipe técnica, e estou me sentindo muito bem”.(QU8)

“...Muito importante e eficiente”.(QU4)

Ao serem questionados com relação a críticas e sugestões aos modelos que existem, eles direcionaram essas críticas ao tratamento no CCDQ, observadas nos excertos abaixo:

e.3. Sugestões

“precisava ter mais atividade em globando natação, malhação e academia de luta”.(QU8)

“Deve ter uma seleção em termos de idade e comportamento em contexto coletivo”. (QU6)

“Falta atividade física..são muito rígidos”. (QU4)

“Falta educação física, leitura e a necessidade de uma biblioteca”. (QU3)

“Poderia uma pessoa telefonar para outra, dando apoio..”(QU1)

“Atividade física para que os internos se preparassem fisicamente”. (QU2)

A atividade física realmente é muito importante num tratamento que visa dar condições globais de reabilitação e reintegração social, trabalhando não apenas a saúde mental, mas também a física, afinal a promoção de uma vida saudável perpassa pela melhoria das condições físicas dos sujeitos, independente de serem adictos em tratamento ou não. A inserção do educador físico na equipe permitiria a promoção do desenvolvimento e manutenção das capacidades funcionais do indivíduo, bem como, o desenvolvimento das estruturas e funções tais como: o esquema corporal, consciência corporal, domínio corporal, além de trabalhar o condicionamento físico que por sua vez, auxilia na eliminação de toxinas e reflete num melhor relacionamento social e de lazer através da prática de caminhadas e esportes coletivos, por exemplo (MELLO; TUFIK; FERREIRA, 2001).

As outras sugestões que aparecem nos excertos como investir na prática de leitura, a organização de uma biblioteca, discutir a rigidez das regras e os meios de contato dos usuários internados com o ambiente externo são importantes e representam as idéias de uma parcela dos clientes atendidos, porém, se houvesse um dispositivo para obter de forma sistemática a opinião de todos os usuários, essas informações seriam enriquecedoras para a avaliação do serviço, além de oferecerem idéias a serem utilizadas na reformulação das práticas.

Com relação à pergunta: “Você alcançou seus objetivos com este tratamento? Justifique”, aparecem os seguintes excertos que avaliam os resultados do tratamento para o grupo de usuários colaboradores desta pesquisa:

e.4. Resultados obtidos

“Tudo que aprendi foi de fundamental para minha vida , na verdade os profissionais deste Centro, nestes poucos meses me ajudaram a reaprender a viver, com minhas dores e minhas dificuldades, minhas alegrias, com a minha família, com o meu emprego, com os meus amigos, com os meus objetivos, com a felicidade de viver sem drogas”(QU9)

“Estou a duas semana¹⁰. sem usa drogas. Objetivos aucansados : libertação sobe as drogas...Como é meu primeiro tratamento, achei um tratamento bastante eficás”. (QU2)

“Sim. Parei de usar drogas, eliminei as drogas da minha vida”. (QU4)

“Passei 35 dias de paz, mas a realidade me traz um stresse muito grande, mas ainda assim, me mantenho limpa”. (QU5)

“Sim e não. Sim pela alta estima, não porque os objetivos são muitos e o caminho é gradativo”. (QU3)

“Que não vou voutar as drogas e me dedica ao meu novo amor”. (QU1)

“Sim, voltei a estudar, voltei a ter um bom relacionamento com minha família e meus amigos”. (QU7)

“Sim, estou me curando da doença mental e espero esta sempre limpo”. (QU8)

¹⁰ Período após a internação, segunda semana de acompanhamento ambulatorial.

“Sim! Dar prosseguimento aos meus planos, projetos que há tempo mantinham-se “congelados”. (QU6)

Alguns usuários sinalizaram no último item que pergunta: “Existe algo que não foi questionado, mas você queira nos dizer sobre tratamento em dependência química, com relação ao oferecido neste Centro ou em outro lugar?”, sobre a relação com a equipe, tratamento e resultados obtidos, como podemos observar nos excertos:

“Sim! Todos os profissionais nos deram assistência, atenção e carinho”. (QU6)

“Um apoio maior, uma exigência maior aos recuperandos, no grupo de prevenção de recaída”. (QU9)

“acho que o tempo de internação é muito curto”. (QU5)

Outras duas perguntas do questionário voltados aos usuários do serviço: “Na sua opinião, o que faz os usuários em tratamento terem tantas recaídas?” e “Na sua opinião, qual o fundamental para que um usuário possa ter sucesso em um tratamento?” trazem respostas com reflexões importantes que devem auxiliar na construção de metodologias de trabalho mais fundamentadas e eficazes. Refletem principalmente a tomada de responsabilidade sobre seu tratamento e sua abstinência, mas também uma auto-cobrança e auto-exigência grandes. Podemos admitir que o empenho individual é muito importante para o sucesso de qualquer objetivo, porém, as respostas não incluem o auxílio técnico, nem a medicação ou a psicoterapia individual na obtenção da abstinência, o que ratifica as análises no item sobre o desconhecimento da dinâmica institucional e seu prejuízo sobre a identificação adequada de condutas terapêuticas e logo a avaliação crítica dos

recursos terapêuticos empregados pelo serviço em questão. Os excertos a seguir foram respostas às duas perguntas mencionadas:

e.5. As recaídas

“falta de força de vontade, falta de apoio, companhias da ativa e a facilidade oferecida para a pessoa voltar a ter contato com drogas”. (QU5)

“falta de atividade”.(QU4)

“Mais por pressão lá fora. Esquece o objetivo, pára”. (QU2)

“É um impulso individual. Falta de determinação e força de vontade. Independente do tratamento”. (QU6)

“Porque não se policiaram. Porque foram fracos, podendo se afirma cada vez mais”. (QU8)

“O fato das drogas estarem em todos os lugares, e tudo o que o viciado faz lembra drogas: lugares, situações, amigos, alegrias, tristezas”. (QU7)

“As pessoas recaem se não tem força de vontade. Temos que ter fé e luta”. (QU1)

“A volta da mesma rotina ou seja os mesmos “amigos”, os mesmos locais e a mesmice”. (QU3)

“A falta de consistência de um tratamento ou a própria negligência do adicto que negligenciou o tratamento, não tendo compromisso com a recuperação, ele fez por uma outra razão e não a de se libertar”. (QU9)

e.6. O sucesso

“A vontade, o querer se libertar, o não aceitar a droga em sua vida. Sem isso todos os esforços externos são em vão”. (QU9)

“Mudança radical de comportamento, amigos e lugares como bares, boates e tudo que haja drogas no meio”. (QU3)

“Para ter sucesso basta se esforçar tentando evita as drogas”. (QU1)

“A maior parte do tratamento depende da força de vontade do usuário, o resto vem do empenho da equipe que o acompanha”. (QU7)

“Permanecer com muita dedicação para que possa se cuidar”. (QU8)

“Além da contribuição da equipe de multiprofissionais, o fundamental é o usuário se auto-sugestionar e parar com o vício, refletindo sobre os desgastes causados pelo mesmo”. (QU6)

“Primeiro tem que querer para. Botar as terapias afrente”. (QU2)

“Apoio psicológico”. (QU4)

5.1.3 Avaliação do papel da família no tratamento de dependência química

A família vivencia todas as dificuldades que abrangem a drogadicção, pelo seu caráter complexo e multidimensional. Segundo Cordeiro e Gonçalves (apud Lima, 2001,p.82), “..são os pais que tomam a iniciativa de procurar a instituição, trazendo sempre a perspectiva ilusória de que o “tratamento” dará conta de eliminar um sintoma que, em última instância, circula no meio familiar.”

Se por um lado, são os pais que procuram pelo tratamento dos filhos, também são eles que estão envolvidos no próprio surgimento do uso abusivo de drogas. O que implica na necessidade de abordagens específicas voltadas aos familiares, fortalecendo a família e oferecendo suporte ao longo do tratamento.

Minayo e Schenker (2004) referem que freqüentemente a família aparece como co-autora tanto do surgimento do abuso de substâncias psicoativas quanto

como instituição protetora para a saúde de seus membros. No que diz respeito á importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas, as autoras realizaram uma revisão da literatura relacionada ao tema e constataram que geralmente os usuários abusivos não mantêm uma família ou nunca formaram uma e têm dificuldade em sustentar as estruturas familiares funcionando.

Eduardo Kalina citado por Lourenço (2001, p.170) enfatiza que:

Toda dependência tem sua fonte inspiradora na família ou no meio social imediato ou mediato. Nessa família em que um dos membros se desvia e se volta para as drogas, sempre há um ou vários modelos de dependente, mesmo quando nenhum deles tenha incursionado nos termos do ilegal.

a. Reconhecimento da necessidade de terapêutica voltada à família como possibilidade de ajuda para o sucesso do tratamento

Observamos que todos os questionários trazem falas sobre o papel da família, seja para confirmar que a família precisa ser assistida ao longo do tratamento, seja pra criticar a inexistência de ações específicas voltadas a essa assistência:

...” e também teria que ter uma participação maior da família”. (QES6)

...” e maior participação da família no processo de tratamento...”(QES1)

...”Considero o trabalho com a família deficitário”.(QES3)

...“ mas a minha avaliação é que precisamos “criar uma metodologia própria”, de acordo com a ‘realidade” da clientela, incluindo “as famílias” como sujeitos no processo de tratamento”. (QES8)

“A família desenvolve um papel importante no processo de recuperação, devendo inclusive ser trabalhada, uma vez que está inserida no processo de adoecimento”. (QC1)

“A família é muito importante no tratamento”. (QU1)

“A família é fundamental no apoio e suporte para a recuperação, mas também pode ser um dos fatores de recaída, em casos de sufocamento ou discriminação”. (QU5)

“A importância da família é tão valiosa quanto a do Centro...É o apoio logístico”. (QU6)

“A família tem um papel muito importante, ela vai servir como porto seguro para o usuário, é nela que o usuário vai se apoiar”. (QU7)

...”o papel da família no tratamento deve ser baseado na confiança, carinho, cobrança correta, mudança nos hábitos que visem a prevenção da recaída”. (QU9)

Minayo e Schenker enfatizam que:

Um programa de atendimento institucional deverá, portanto, auxiliar os adultos na tarefa de se tornarem pais, atendo-se à formação de um vínculo de qualidade entre os membros da família nuclear e desta com a família extensa. Além disso, a instituição deverá apoiar a família na tomada de decisão de suas questões com múltiplos setores, possibilitando, assim, que ela se torne autora de sua história e sujeito de suas ações (2004, p.656-657).

Lourenço (2001) refere que a adesão da família ao tratamento não é fácil, inicialmente quando o enfoque gira em torno do problema que a angustia, o ente dependente, o tratamento prossegue, evolui, porém, quando começam a emergir as dificuldades da família, especificando as de cada membro, surge a tendência ao abandono do tratamento. E é em função disso que as pesquisas mais recentes apontam para a importância crescente do paradigma sistêmico na abordagem de família. Mas para esta abordagem é necessário treinamento das equipes nessa modalidade (MINAYO; SCHENKER, 2003; 2004).

Ainda existe no caso da dependência química, um ponto importante no que diz respeito à relação familiar que é a codependência. Zampieri (2004) refere

que o termo codependente diz respeito às pessoas que convivem de forma direta com alguém que apresenta alguma dependência química, com a assunção precoce de responsabilidades inadequadas para sua idade e contexto social, caracterizando-se por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviverem ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa e prolongada dor. "Funciona como uma obsessão familiar sobre o comportamento e bem-estar do dependente, em que o eixo da organização familiar passa a ser o controle do consumo" (idem, p.64).

5.1.4 Trabalho em equipe

Em qualquer área de atuação e mais ainda na saúde mental, as metodologias de trabalho vêm enfatizando o caráter interdisciplinar, valorizando com isso a construção de cotidianos criativos, o trabalho em equipe, conjugando saberes, levando em conta o ser humano como um todo, seu contexto social, cultural, político, que é o que o torna único.

Além do trabalho voltado para a interdisciplinaridade, algumas outras características como o senso de propósito, a fluidez da comunicação, a flexibilidade e adaptação da equipe e gerência, o respeito mútuo e a aprendizagem contínua, por exemplo, tornam uma equipe eficaz, culminando num trabalho de excelência (JORGE, 2003). No caso do CCDQ, algumas características ficam prejudicadas pela falta de clareza sobre a missão do Centro, a falta de avaliação do trabalho realizado até então, todavia, se observa uma fala coletiva que aponta para o desejo de mudança e de buscar por um trabalho mais fundamentado e eficaz.

Minayo e Schenker (2004, p.651-652) referem que “torna-se cada vez mais claro que quanto maior o suporte que um adicto ou um usuário abusivo possa reunir, maiores as chances de consecução e manutenção da abstinência, bem como de mudanças de comportamento”.

Executar um projeto terapêutico interdisciplinar envolve questionamentos sobre o sentido e a pertinência das colaborações entre as disciplinas, visando um conhecimento diferenciado do “humano”. E, nesse sentido, a interdisciplinaridade propõe ainda um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade (VILELA; MENDES, 2003).

Tanto o bem viver quanto o adoecer humano são multifatoriais, e o conhecimento direcionado para o entendimento de ambos deve ser adquirido através do diálogo entre as vertentes biológica, psicológica, sociológica e etc., possibilitando que a prática dos profissionais da saúde seja baseada na articulação desse saberes.

Frente à idéia da disciplina como “uma maneira de organizar e delimitar um território de trabalho, de concentrar a pesquisa e as experiências dentro de um determinado ângulo de visão”, trabalhar com a integração das disciplinas em diferentes níveis de interdisciplinaridade, resulta de maneira geral em enriquecimento recíproco e transformação de metodologias de pesquisa e conceitos (VILELA; MENDES, 2003, p.527).

a. Integralização do trabalho

Trabalhar de forma interdisciplinar requer estratégias de integração do quadro profissional, além de um pensar contemporâneo que requer uma mudança de paradigma, incluindo condutas baseadas na transversalidade, na conjugação de

saberes, na visão contextualizada tanto do grupo assistido quanto da equipe que presta assistência a esse grupo. Pelos relatos da equipe, as estratégias de integração dos serviços oferecidas pelo CCDQ seriam reuniões e estudos de caso, e a maioria dos profissionais aponta a equipe como interdisciplinar, porém também apontam que de fato existem muitas questões da organização do grupo a serem trabalhadas, como observamos nos excertos a seguir:

“Sim. Os estudos de caso são discutidos com toda a equipe e as reuniões técnicas e projetos terapêuticos têm a participação de profissionais de distintas áreas”. (QES1)

“Estudo de caso, leitura de texto seguida de discussão, assim como troca de experiências e de conhecimentos. Considero interdisciplinar, embora carente de reciprocidade; insuficiente na integralidade com predomínio do saber médico”. (QES2)

“Utiliza-se da estratégia da discussão dos casos, tanto os casos que ingressam na instituição quanto p/ aqueles que já se encontram inseridos (ambulatório e internação)”. (QES3)

“Estudo de caso, reuniões mensais, profissionais de áreas diferentes intervindo no mesmo grupo”. (QES5)

“São discutidos em estudo de casos as problemáticas, sim é uma equipe interdisciplinar porque tem participação de profissionais de áreas distintas”. (QES6)

“Reuniões gerais, reuniões técnicas, estudo de caso, realizamos atendimento e grupos em duplas de profissionais, discutindo posteriormente tais atendimentos”. (QES7)

“Reuniões mensais, mas que ainda não são suficientes para que uma equipe interdisciplinar seja eficaz, seus membros têm que estar comprometidos com

os sujeitos e como sujeitos. O que se percebe é ainda um forte poder do médico sobre as decisões da equipe”. (QES8)

“Estudo de casos e leitura de textos seguida de discussão, bem como trocas de experiência profissional (informalmente). Considero interdisciplinar, embora carente de reciprocidade, insuficientemente integrada e com tendência à verticalização das relações de poder (predomínio do discurso médico)”. (QES9)

b. Papéis profissionais no cuidado ao dependente químico

“Acredito que cada profissional, considerando as especificidades, desempenham papéis importantes e fundamentais no resgate do indivíduo dependente químico, desde que suas ações sejam integradas e pautadas na ética”. (QC1)

Como você avalia o papel da sua profissão no tratamento da dependência química?

b.1. Os Psicólogos

“De capital importância no sentido de criar um espaço de escuta e acolhimento, reflexão, identificar demandas e possibilitar suporte emocional para o paciente e sua família, tanto em situação de crise quanto em nível preventivo. Além de contribuir com a ressocialização do paciente”. (QES9)

“É fundamental enquanto se refere ao aspecto cognitivo emocional e repercussões sociais do comportamento dos pacientes, para si mesmos, para a família e sociedade”. (QES5)

“Considero de suma importância pois encaramos a dor como algo maior, sintoma de um problema maior e que para além da intervenção medicamentosa faz-

se necessária escuta terapêutica a fim de trabalhar conflitos inter e intra pessoais”.

(QES3)

Laranjeira, Ribeiro e Fligie (2004) referem que o psicólogo pode colaborar para o estabelecimento do diagnóstico precoce, prover apoio ao dependente e seus familiares, além de trabalhar para a promoção da motivação no tratamento.

b.2. Os Assistentes Sociais

“O assistente social atua juntamente com a equipe interdisciplinar com o propósito de que o tratamento tenha sucesso, orientando e informando os pacientes de seus direitos e deveres e também sobre o tratamento ao qual deverão ser submetidos”. (QES1)

“Tem como propósito orientar e informar os pacientes e seus familiares sobre o tratamento a qual serão submetidos, que os levará sua reinserção na sociedade”. (QES6)

“O papel do profissional de serviço social é fundamental no que concerne à elaboração de material a ser pesquisado, que nos forneça dados da situação sócio-econômica, laço de afeto, funcionamento das famílias, de forma que venha a nos subsidiar na elaboração de uma metodologia mais adequada”. (QES8)

Laranjeira Ribeiro e Fligie (2004) ao tratarem da organização de serviços de tratamento para a dependência química reforçam que o Assistente social vem cada vez mais ocupando posições – chave no tratamento da DQ, envolvido em questões relacionadas à infância e à família, principalmente, além de coordenar as responsabilidades e os recursos sociais destinados aos drogadicotos.

b.3. Os Terapeutas Ocupacionais

“É de suma importância, no sentido de criar espaços para discutir e refletir sobre a demanda que nós profissionais, nos propomos a tratar, assim como possibilita suporte para o paciente e seus familiares tanto na internação quanto no ambulatório”. (QES2)

“Super importante, principalmente no que diz respeito ao resgate do potencial produtivo, criativo, na descoberta de novas habilidades, prazeres e gostos etc. que através da ocupação preencherão as lacunas antes preenchidas, investidas pela droga”. (QES7)

O Terapeuta ocupacional trabalha auxiliando o dependente químico a aprender ou reaprender comportamentos necessários para seu cotidiano e convívio social, possibilitando emergir habilidades sociais, ajudando na estruturação do dia-a-dia, além de propiciar e apoiar contatos ressocializadores, ampliando o repertório social do dependente, estreitado e empobrecido pelos anos dedicados exclusivamente ao consumo de drogas (LARANJEIRA; RIBEIRO; FLIGIE, 2004).

5.1.5 Críticas ao ambiente de trabalho

“....A falta de segurança em torno do prédio, assim como a falta de iluminação pública nas redondezas do prédio”. (QES1)

“Maior integração da equipe e integralidade do cuidado: a intersetorialidade como produto da articulação entre saúde e políticas sociais. E, concomitantemente, o investimento na capacitação da equipe”. (QES9)

“Assim como os doentes mentais, os dependentes químicos são tidos como uma das formas de desordem social, passando a enclausura-se em hospitais, clínicas, abrigos e etc. Quanto ao tratamento, que este baseado nas reformas psiquiátricas e que possa garantir a reinserção social, na busca do resgate da cidadania”. (QES2)

“Falta de projetos de inclusão social, ou seja, não podemos trabalhar dependência química, sem trabalhar as causas que a provocam (conflitos sociais, familiares e tc.)”. (QES6)

“...deveríamos ter uma estrutura física mais segura e com capacidade maior para internação...”. (QES7)

“Diante desta pouca experiência, penso que investir em uma estrutura física e em equipe técnica para tratar esta demanda sem capacitar a equipe de apoio, desde a portaria, segurança até a limpeza... é brincadeira! e perigosa!”. (QES7)

Emergem como figura a questão da segurança no ambiente de trabalho, além da ênfase em questões que precisam ser mais trabalhadas como o suporte aos familiares e à inclusão social.

a. Observações sobre saúde do trabalhador

Poderíamos dizer que há uma certa insalubridade emocional nos serviços de saúde mental como um todo, e o grupo assistencial por vezes, fica impedido por essa insalubridade, de perceber determinados fatos e mecanismos tendo, portanto, maior facilidade para identificá-los e assinalá-los profissionais que ofereçam suporte técnico à equipe e sejam de fora daquele ambiente (DE MARCO, 2003).

Ao lidarmos com as emoções em nós despertadas no dia-a-dia, em grande parte de expectativa, medo, frustração, podemos ser levados a sofrimento, enquanto sintoma de uma produção sem sentido de pertencimento, sem criatividade, liberdade, inautêntica, gerando conseqüências sobre o estado de saúde e também desempenho.

Diante da assistência em dependência química, os trabalhadores se vêem frente a desafios novos no campo da saúde, contatando com uma realidade de perdas e frustrações que irradia estímulos emocionais, gerando ambientes insalubres. Observa-se pelos excertos abaixo que essa é uma preocupação da equipe e pela complexidade da realidade institucional, deveria ser uma demanda prioritária:

“...A falta de uma política de atenção à saúde desses profissionais que atuam nessa área”. (QES1)

“...Política de atenção á saúde do trabalhador para os profissionais que atuam nessa área”. (QES6)

“A importância de um trabalho para dar suporte teórico e emocional para a equipe que cuida do dependente. A importância do grupo de estudo, estudo de caso. E escuta para a equipe”. (QES5)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo focalizou as experiências do usuário e dos profissionais que tratam a dependência química no Centro de cuidados ao dependente químico. A instituição atende principalmente clientes que vivem na grande Belém, uma cidade que apresenta uma realidade marcada por constantes notícias de apreensão de

drogas e traficantes, de crescente violência urbana também identificada pela mídia como relacionada ao tráfico e, ao mesmo tempo, de poucas ações voltadas à prevenção do uso e abuso de drogas.

Os questionários aplicados mostraram vários pontos importantes. Destaco um que aparece como sub-item da unidade de significação “Avaliação do modelo de tratamento oferecido pelo CCDQ”. Trata-se da unidade “críticas com relação à duração do tratamento”. Nele, alguns membros da equipe de saúde se posicionaram a favor de maior duração do tratamento.

Segundo Farentinos (2006), dentre os princípios que ditam o tratamento eficaz em dependência química (adaptado do “Principles of drug addiction treatment”, a research based guide) escritos pelo National Institute on Drug Addiction, instituição responsável por coordenar e financiar as pesquisas sobre drogas nos EUA, aparece o fato de que pacientes com no mínimo 90 dias ligados a um programa de tratamento (ambulatorio ou internação) têm melhores resultados a longo prazo, desde que efetivadas estratégias de motivação para manter a adesão.

A necessidade de capacitação da equipe apontada pela maioria dos colaboradores faz parte de uma realidade enfrentada por quase todos os CAPS AD do país, que são em torno de 80. Os profissionais têm uma capacitação incompatível para esse tipo de assistência; são raros os treinamentos em programas específicos para lidar com pacientes em estado mais grave, incluindo casos de comorbidade psiquiátrica, baixa aderência e crise de abstinência dentre outras situações. Tal situação corrobora o dito por Laranjeira, sobre ser a transferência de uma assistência hospitalar de péssima qualidade, para uma assistência ambulatorial insuficiente e de qualidade duvidosa (2006 B).

Acerca da **eficácia do tratamento**, dada a condição multifatorial da drogadicção, torna-se imprescindível que este seja realizado sob uma perspectiva diferenciada e humanizada sobre a saúde e com uma abordagem interdisciplinar, voltada não somente para as limitações e incapacidades, mas principalmente para o saudável, para as potencialidades, para o que é possível.

As **recaídas** fazem parte do tratamento. Quando o usuário não vivencia uma recaída leve, em que consiga voltar à dinâmica do tratamento logo em seguida, o que acontece na maioria dos casos é que os utentes que em geral, antes da

internação faziam uso diário e compulsivo de drogas, com abandono dos autocuidados, experiência de moradia de rua e abandono total dos papéis ocupacionais, acabam por envolver-se rapidamente após restabelecer novo contato com a droga, retomando as práticas anteriores à desintoxicação.

Abster-se da droga, para uns é uma tarefa quase “impossível”, podendo significar uma ruptura das possibilidades internas já que não há projeto existencial, ou sentido para a cotidianidade. Parece-lhes insuportável viver sem a máscara da droga. Enfrentar problemas dos quais muitas vezes está tentando fugir requer autoestima e auto-conceito fortes, entre outros fatores psicológicos. A fragilidade, a baixa estima e a depressão induzem à recaída (RIGOTTO; GOMES, 2006).

Observamos que apesar dos problemas apontados pela equipe, os usuários relataram conseguir reverter prejuízos, obter sucesso no tratamento, avaliando seus resultados de maneira positiva.

A dinâmica institucional apresenta deficiências, nos remetendo a discussões organizacionais complexas, como bem alude Fustier apud Tedesco e Duarte:

Podemos considerar a instituição como uma estrutura de três patamares: a superestrutura, que permite observar o funcionamento cotidiano e que se organiza em dois níveis diferentes, a infra-estrutura, que é imaginária, composta pelos organizadores psíquicos que resultam da relação do afeto com a tarefa proposta e uma zona intermediária chamada de ‘ideológico-teórica’, que capta as correntes de pensamento, as teorias e as ideologias externas à instituição e as transforma em projetos próprios. Essa leitura nos permite compreender que, para o funcionamento institucional, há uma combinação entre o exterior social e um organizador psíquico. Podemos localizar aqui o procedimento institucional como a forma com a qual uma equipe articula a tarefa e o desejo em lidar com a tarefa (2006, p.01).

Diante da dinâmica institucional, a composição da equipe e os discursos dos vários atores envolvidos nesta construção de intervenção ressaltamos que é importante não se reproduzir o isolamento do hospital asilar, bem como estabelecer

uma rede de apoio que responda às demandas clínicas e principalmente às demandas sociais dos usuários do serviço.

A assistência aos familiares e o reforço ao trabalho interdisciplinar, também são estratégias que apresentam influências positivas no tratamento, com aumento da adesão, diminuição da possibilidade de descontinuidade do mesmo na passagem da internação para o ambulatório, além de representarem dinâmicas mais abrangentes no atendimento às demandas dos clientes.

A informação quanto aos direitos e deveres, bem como possibilidade de inserção ou reinserção escolar, incentivo de geração de renda para as famílias, facilitação de obtenção de documentação pessoal (RG, CPF, etc.), informação sobre recursos públicos de habitação, por exemplo, articulando intersetorialmente recursos através da promoção de parcerias, é uma opção para que o trabalho se fortaleça, ocupe lacunas existentes e que amplie as possibilidades de reconstrução de vida aos sujeitos.

As inquietações existenciais ante o quadro de repercussões negativas que a drogadição gera nos campos psicológico, social e econômico de uma cultura me conduziram ao programa de mestrado em Psicologia. Assim, nesta pesquisa a questão central foi investigar os modelos de tratamento em dependência química. Intrigava-me pensar: quais razões contribuíam para alguns clientes responder ao tratamento com recaídas? o que provocava o retorno à instituição? Quais procedimentos terapêuticos são mais eficazes? A atenção dispensada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população de menor poder aquisitivo, (no senso comum costumamos associar às instituições privadas um conceito de qualidade superior às públicas) é de menor qualidade e eficácia?

Considerando que atuava em uma instituição privada cujo método de intervenção utilizado não eliminava as recaídas, apesar de todos os recursos medicamentosos e terapêuticos disponíveis, desenhei um roteiro de questões que incluíam as perspectivas do usuário e da equipe para tentar responder tais demandas.

Em síntese, penso que as recaídas estão relacionadas a um conjunto de fatores que dizem respeito à abrangência do modelo de assistência; o compromisso e engajamento do usuário no tratamento; capacitação permanente da equipe de saúde; superação dos medos da equipe em ampliar as fronteiras disciplinares que permite não considerar o cliente como objeto ou propriedade daquele saber, por exemplo: serviço social, psiquiatria, psicologia ou terapia ocupacional. Observo que os relatos, principalmente da equipe de saúde do CCDQ, demonstram que falta investimento técnico e organização estrutural para uma assistência mais ampla, assim como a definição de modelo e/ou programa a ser seguido pela equipe.

Apesar das limitações em realizar estudos direcionados ao conhecimento de construções de experiências inovadoras de tratamento em drogadicção, os resultados mostraram que é importante continuar pesquisando, pois novas intervenções terapêuticas podem ser construídas a partir da avaliação dos serviços prestados à população, bem como suscitar reflexões sobre as políticas, as ações e os seres humanos.

REFERÊNCIAS

ABRAD. Associação brasileira de alcoolismo e drogas. Disponível em: <<http://www.abradonline.org/dependencia.php>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

AMOR EXIGENTE. Disponível em: <<http://www.amorexigente.org.br/section.asp?sectionID=54>>. Acesso em 15 abr. 2006.

ANVISA. Regulamento técnico para funcionamento das comunidades terapêuticas – serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Resolução – RDC, n.1001, 30 de maio de 2001.

ARAÚJO, R.B et al. Repercussões do fechamento da unidade de desintoxicação do hospital psiquiátrico São Pedro. **Revista de Psiquiatria do RS**, Porto Alegre, n. 25. v.2, mai./ago. 2003. p. 346-352.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo. v.13, n. 2, 2002. p. 55-61.

BENETTON, J. Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo: Lemos, 1991.

BÖNMANN, R. D. O uso da gestaltpedagogia no desenvolvimento das inteligências múltiplas aplicada no processo de ensino-aprendizagem. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina - PPGEP, 2001. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/6093.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 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. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002 - Padronização da nomenclatura no censo hospitalar. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_P312_02informes.doc>. Acesso em: 09 fev. 2007.

BRASIL. SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Anti-drogas. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Ajudando o seu paciente a deixar de fumar. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação. Curso técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/dependentes.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional, saúde praxica e pós-modernidade**. Belo Horizonte: Ed. Cuatiara, 2000.

CARNEIRO, H; VENÂNCIO, R. P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: ALAMEDA, 2005.

CARNEIRO, H. Transformação do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicismo contemporâneo. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005. p. 11 – 27.

_____. **A fabricação do vício**. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2006.

CASTRO, E. D. **Atividades Artísticas e Terapia Ocupacional**: criação de linguagens e inclusão social. Tese de Doutorado em Ciências da Comunicação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

CAZENAVE, S. O. S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: SERRAT, S. M (Org.). **Drogas e álcool**: prevenção e tratamento. Campinas: Komedi, 2001. p. 59 - 81.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. São Paulo: UNIFESP, 2003.

_____. **II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil 2005**. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento%20Domiciliar%20Dr%20Elisaldo%20Carlini_alterado2.pdf>. Acesso em: 11 set. 2006.

_____. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/000-Iniciais.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2005.

CORDIOLI, A. V; ZIMMERMANN, H. H; KESSLER, F. **Rotina de avaliação do estado mental**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/avalial.html#top>>. Acesso em: 05 jun. 2004.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: _____(Org.). **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 19-39.

DENARC – Departamento de Investigação sobre narcóticos. **Operação Dancing**. Disponível em: <<http://www.policia-civ.sp.gov.br/denarc/news20050630.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2006.

DE MARCO, M. A. **A face humana da Medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DIAS, J. C.; PINTO, I, M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 39-49.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Uso, abuso e dependência de drogas. In: BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Santa Catarina: SENAD/UFSC/PALLOTT, 2006. p. 49-60.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 1994.

FARENTINOS, C. B. **Dependência química um problema a ser enfrentado pela sociedade**. Disponível em: <http://www.medlar.com.br/informes/06_2001/dependencia.asp>. Acesso em: 29 dez. 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio século XXI**. Versão eletrônica 3.0. Lexikon informática Ltda, 1999.

FERNANDES, A; BRASILEIRO, M.C; GUIMARÃES, F. R. **O fio que une as pedras: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação**. São Paulo: Biruta, 2002.

IORE, M. A Medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005. p. 257 – 290.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B. Redução de danos: uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: LARANJEIRA, R.; BORDIN, S.; FIGLIE, N. B. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 422-444.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

GONZÁLEZ REY, F. L. (Org.). **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

GRUBITS, S. L; NORIEGA, J. A. V. (Org). **Método Qualitativo: Epistemologia, complementaridades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo – parte I. Petrópolis: Vozes, 1997.

JAEGER, A; OLIVEIRA, M. S.; SCHREINER, S. Abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química. In: CAMINHA, R. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 193 – 209.

JORGE, M.A.S et al. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

JUNIOR, N. E. C; FIGUEIREDO, L. C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. **Revista Interações**, São Paulo. n. 17, v. 9, Jan./Jun. 2004. p.9-28.

LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. n. 4, v. 45, 1996. p.191-199.

_____ et al. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2002.

_____. **Dependência química** Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/dquimica.asp>>. Acesso em: 23 dez. 2005.

_____ (a). **Desassistência ao dependente químico**. Disponível em: <<http://www.pclq.usp.br/autocontrole/desassistencia.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

_____ (b). **Falta assistência ao dependente químico**. Disponível em: <<http://www.simers.org.br/faltaassist.php>>. Acesso em: 29 dez. 2006.

LARANJEIRA, R.; BORDIN, S.; FIGLIE, N. B. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

LARANJEIRA, R; RIBEIRO, M; FIGLIE, N. B Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: LARANJEIRA, R; FIGLIE, N.B; BORDIN, S. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004. p.460 – 512.

LESSA, M. B. M.F. **A dependência química do ponto de vista da fenomenologia**. Disponível em: <<http://www.ifen.com.br/artigo1997bernadete.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2005.

LIBERMAN, F. **Danças em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Summus, 1998.

LIMA, S. A. **A clínica do possível**: tratando de dependentes de drogas na periferia de São Paulo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

LONGENECKER, G. L. **Como agem as drogas** – o abuso das drogas e o corpo humano. São Paulo: Quark books, 1998.

LOUREIRO, C. S. Reflexões sobre a fenomenologia das dependências. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 15 -21.

LOURENÇO, R. A. A família do dependente químico. In: SERRAT, S. M (Org.). **Drogas e álcool: Prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001. p.136 – 147.

MALFITANO, A. P. S. Fazer para quê? Oficina de atividades inserida no cotidiano de um abrigo para adolescentes em situação de rua. In: **Anais do IX Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**, Recife: 2005. CD-ROM.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto alegre: Artmed, 1999.

MARTINS, H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, n. 2, v. 30, , mai./ago. 2004. p. 289-300,

MCKENNA, H. **Nurging theories and models**. New York: Routledge, 2000.

MATOS, E. G; SOUZA, A. M. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GRUBITS, S. L; NORIEGA, J. A. V. (Org.). **Método Qualitativo**: Epistemologia, complementaridades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004. p. 215 – 240.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional** – um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MELLO, M. T.; TUFIK, S; FERREIRA, S. E. Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, n. 1, v. 9, jan. 2001. p. 31-39.

MENEZES, M. S. C. O que é o Amor-exigente. In: SERRAT, S. M. (Org.). **Drogas e Álcool**: tratamento e prevenção. Campinas: Komedi, 2001. p. 212-226.

MESQUITA, F. **Política pública de drogas**: a construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. Disponível em: <<http://reduc.org.br/pages.php?recid=8>>. Acesso em: 02 nov. 2006.

MINAYO, M. C. S; SCHENKER, M. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e saúde coletiva**. n. 8, v. 1, 2003. p. 299-306.

_____. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. n. 20, v. 3, mai./jun. 2004. p. 649-659.

MOULARD, G. V. **Psicologia e Terapia Ocupacional**: refletindo um caminho para a saúde mental. Campo Grande: Solivros, 1998.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Narcóticos Anônimos**. 1990. Disponível em: <<http://www.na.org/ips/po/PO1500.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2006.

NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Org.). **Terapia Ocupacional**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NISCATRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Santa Catarina: SENAD/UFSC/PALLOTT, 2006. p. 27-45.

OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: OMS, 1993.

OMS. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Genebra, Suíça: OMS, 2001.

PERLS, F. S. Escarafunchando Fritz: **dentro e fora da alta do lixo**. São Paulo: Summus, 1979.

PERLS, F. S. HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Nutrição psicológica: desenvolvimento emocional e social**. São Paulo: Summus, 2005.

_____. Notas de aula, 2006.

PIMENTEL, A.; PEDROSO, J. **Relações entre a mastigação, alimentação e desenvolvimento emocional infantil**. Revista Paulista de Odontologia. n. 2, ano 26, mar./abr. 2004. p. 17-23.

PIONEIRISMO: Pará inaugura centro para a internação de usuários de drogas. **O Liberal**, Belém, 30 ago. 2006. Caderno Atualidades.

POLIA, A. et al. O atendimento terapêutico ocupacional em uma perspectiva transdisciplinar. In: **Anais do IX Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**. Recife, 2005. CD-ROM.

POLSTER E.; POLSTER, M. **Gestalt-Terapia Integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

PÜSCHEL, V. A. A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. n. 2, v. 40. 2006. p. 261-268.

REDUC. **Cartilha sobre redução de danos**. Disponível em: <<http://www.reduc.org>>. Acesso em: 20 nov. 2005.

REZENDE, M. M. Tratamento de dependentes de drogas: alguns apontamentos de experiências brasileiras nas últimas décadas. In: ROSA, J. T.; NASSIF, S. L. S. **Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas**. São Paulo: Vetor, 2003. p. 199-212.

_____. **Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações**. Disponível em: <<http://www.adroga.casadia.org/tratamento/intervencao.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia: refazendo um caminho**. São Paulo: Summus, 1985.

RIBEIRO, W. Prevenção e tratamento da toxicomania: uma experiência da extensão universitária sob as óticas da abordagem fenomenológico-existenciais e da interdisciplinaridade. In: **Anais do III seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos e V encontro de fenomenologia e análise do existir**. São Bernardo do Campo: São Paulo, 2006.

RIGOTTO, S. D; GOMES, W. B. **Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química.** Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2006.

SCHNEIDER, D. R. **Caracterização dos serviços de atenção à dependência química na região da grande Florianópolis.** Relatório de pesquisa: UFSC, 2004. Disponível em: <<http://www.psiclin.ufsc.br/Relat%F3rio%20Caracteriza%E7%E3o%20dos%20Servi%E7os.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2006.

SERRAT, S. M (Org.). **Drogas e Álcool: tratamento e prevenção.** Campinas: Komedi, 2001.

SENAD. **Aspectos básicos das dependências químicas.** 2. ed. v. 2. Brasília: SENAD, 2002.

_____. **Legislação.** Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/>>. Acesso em: 22 dez. 2005.

_____. **Informações Institucionais.** Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/>>. Acesso em: 27 jan. 2006.

SESPA. **Projeto de construção do Centro de cuidados a dependentes químicos.** 1ª RPS. Belém: SESPA, 2006.

SILVEIRA, D. X. **Um guia para a família.** Brasília: SENAD, 2003.

SILVEIRA, D. X; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependência.** São Paulo: Atheneu, 2006.

SILVEIRA FILHO, D. X; GORGULHO, M. (Org.). **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD.** São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

SILVEIRA FILHO, D. X. **Dependência: de que estamos falando, afinal?**.IN: SILVEIRA FILHO, D. X; GORGULHO, M. (Org.). **Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD.** São Paulo: Casa do psicólogo, 1996. p.01–13.

TAVARES, B. F; BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. n.2, v. 35, abr. 2001. p.150-158.

TEDESCO, S. A; DUARTE, F. I. **Terapia ocupacional: reflexões em saúde mental.** Disponível em: <<http://www.casadato.com.br/Noticia.asp?ID=220>>. Acesso em: 25 nov. 2006.

TELLEGEN, T. A. **Gestalt e grupos - uma perspectiva sistêmica.** São Paulo: Summus, 1984.

TIBA, I. **Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente.** São Paulo: Editora Gente, 1999.

TURATO, E. R. A questão da complementariedade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária. In: GRUBITS, S. L; NORIEGA, J. A. V. (Org.). **Método qualitativo**: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004. p. 17–52.

_____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VILELA, E. M; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. n. 11, v. 4, jul./ago. 2003. p. 525-531.

ZAMPIERI, M. A. J. **Codependência**: o transtorno e a intervenção em rede. São Paulo: Ágora, 2004.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, n. 1, v. 13, jan./fev. 2005. p. 112-117.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DESTINADO À COORDENAÇÃO DO CCDQ.

Amigo colaborador, pedimos sua atenção para responder este questionário que faz parte da pesquisa do mestrado em Psicologia Social e Clínica da UFPA, intitulada: **“TECENDO SABERES: FENOMENOLOGIA DO TRATAMENTO DA DEPENDENCIA QUÍMICA”**, da pesquisadora INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA, orientada pela Dra.ADELMA PIMENTEL. Estamos estudando o modelo de tratamento desenvolvido pelo Centro de Cuidados a Dependentes Químicos–C.C.D.Q. Sua contribuição e cooperação são muito importantes. Obrigada!

* COORDENAÇÃO*

1. Qual a sua formação acadêmica? _____
2. Há quanto tempo você trabalha com dependentes químicos? _____
3. há quanto tempo você trabalha nesta instituição? _____
4. Preciou de capacitação específica para trabalhar com esta clientela: SIM () NÃO ()
5. Qual? _____

6. Qual a maior dificuldade ou desafio na coordenação de uma instituição voltada ao tratamento de dependentes químicos? _____

7. Quais os meios usados para integrar o trabalho da equipe que você coordena? _____

8. Considera que a equipe atua de forma interdisciplinar: SIM() NÃO()
9. Descreva a intervenção interdisciplinar: _____

10. Mantém banco de dados com informações atualizadas sobre tratamento a drogadicção sim() não()
11. Especifique: _____

12. Se há e utiliza-o, descreva a forma _____

13. Descreva a demanda atendida nesta instituição? _____

14. Quais os objetivos a serem alcançados no tratamento oferecido por esta instituição? _____

15. Qual a sua avaliação do modelo de tratamento adotado pela instituição? _____

16. Como você avalia os diferentes papéis profissionais no tratamento da dependência química? _____

17. O que você sugere para tratamento de dependentes químicos? Quais suas críticas aos modelos que existem? _____

18. Quais as causas das recaídas ao consumo de drogas dos usuários em tratamento? _____

19. Qual o papel da família na recuperação de dependentes químicos? _____

20 Existe algo que não foi questionado, mas que você queira nos dizer sobre o tratamento em dependência química oferecido neste Centro ou em outro lugar? _____

Obrigada por sua cooperação !!!

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS USUÁRIOS DO SERVIÇO
PRESTADO PELO CCDQ.**

Amigo colaborador, pedimos sua atenção para responder este questionário que faz parte da pesquisa do mestrado em Psicologia Social e Clínica da UFPA, intitulada: **“TECENDO SABERES: FENOMENOLOGIA DO TRATAMENTO DA DEPENDENCIA QUÍMICA”**, da pesquisadora INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA, orientada pela Dra.ADELMA PIMENTEL. Estamos estudando o modelo de tratamento desenvolvido pelo Centro de Cuidados a Dependentes Químicos– C.C.D.Q. Sua contribuição e cooperação são muito importantes. Obrigada!

USUÁRIOS DO SERVIÇO

01 Qual sua idade e profissão? _____
02 Quantos anos você tinha quando experimentou droga pela primeira vez? _____
03 Qual(ais) tipo(s) de droga(s) você utilizava ou utiliza?(incluindo drogas lícitas e ilícitas) _____

04 Essa é sua primeira tentativa de tratamento? _____
05 Em caso de não ser a primeira tentativa, a quais tratamentos você já se submeteu?

06 Já fez tratamento em outra cidade ou Estado?Onde? _____

07 Em caso afirmativo, porque foi se tratar em outra cidade ou Estado? _____

08 Que tipo de atendimento você recebe da instituição a qual esta vinculado?
() Grupal:
QUAIS: _____

() Individual:
QUAIS: _____

09 Há quanto tempo você recebe este tratamento? _____

10 Qual sua avaliação quanto á dinâmica deste tratamento?Especifique _____

11 Quais profissionais atendem você?:

Médicos ();

Psicólogos ();

Assistentes Sociais();

Técnicos em enfermagem();

Outros():Quais:_____

Terapeutas Ocupacionais();

Educadores físicos ();

Enfermeiros();

Arte-terapeutas();

12 Como é a rotina do seu tratamento?

Manhã_____

Tarde_____

Noite_____

Sua rotina é de internação ou ambulatório?_____

13 Você tem alguma sugestão para o tratamento de dependentes químicos? Qual?

14 O que faz os usuários em tratamento terem tantas recaídas ?

15 O que é necessário para que um usuário tenha sucesso em um tratamento?_____

16 Como você avalia o papel da família no seu tratamento?_____

17 Que prejuízos o abuso de drogas causou na sua vida? Você já conseguiu reverter algum destes prejuízos no decorrer deste tratamento?_____

18 Você alcançou seus objetivos com este tratamento? Justifique._____

19 Existe algo que não foi questionado, mas que você queira nos dizer sobre tratamento em dependência química?_____

Obrigada por sua cooperação !!!

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DESTINADO À EQUIPE TÉCNICA DE SAÚDE DO CCDQ.

Amigo colaborador, pedimos sua atenção para responder este questionário que faz parte da pesquisa do mestrado em Psicologia Social e Clínica da UFPA, intitulada: **“TECENDO SABERES: FENOMENOLOGIA DO TRATAMENTO DA DEPENDENCIA QUÍMICA”**, da pesquisadora INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA, orientada pela Dra.ADELMA PIMENTEL. Estamos estudando o modelo de tratamento desenvolvido pelo Centro de Cuidados a Dependentes Químicos– C.C.D.Q. Sua contribuição e cooperação são muito importantes. Obrigada

*** EQUIPE DE SAÚDE***

01Qual a sua formação acadêmica?_____

02Há quanto tempo você trabalha com dependentes químicos?_____

03Há quanto tempo você trabalha nesta instituição?_____

04Você precisou de capacitação específica para atender esta clientela?()SIM ()NÃO

05Qual?_____

06Descreva seu trabalho nesta instituição:_____

07Quais profissionais trabalham com você:

Médicos ();

Psicólogos ();

Assistentes Sociais();

Técnicos em enfermagem();

Nutricionistas()

Outros():Quais:_____

Terapeutas Ocupacionais();

Educadores físicos ();

Enfermeiros();

Arte-terapeutas();

08Quais os meios usados para integrar o trabalho da equipe que você participa?_____

09Considera que a equipe atua de forma interdisciplinar: SIM()NÃO()

10Descreva a intervenção interdisciplinar:_____

11A clientela atendida chega até o Centro por:

Demanda espontânea() Encaminhamento judicial() Encaminhamento hospitalar()

Emergência/ resgate()

Outros:_____

12Existe algum banco de dados com informações atualizadas que possam subsidiar e servir para avaliar as práticas de tratamento e recuperação praticadas na instituição a qual você esta vinculado ou de outras em âmbito regional/ nacional? SIM()NÃO()

13Qual ou quais? _____

14Você faz uso?descreva: _____

15Qual o tempo médio de permanência da clientela na instituição?

16Como funciona a rotina na instituição:

Manhã _____

Tarde _____

Noite _____

No final de semana: _____

17Após a internação, como é mantido o vínculo no ambulatório com os clientes?

Consultas periódicas()

Grupos ()

Acompanhamento terapêutico individual()

Não há estratégias para manutenção do vínculo()

Outros: _____

18Qual a faixa etária de maior frequência de atendimento nesta instituição?

15 e 20 anos()

21 e 25 anos()

26 e 30 anos()

Acima de 30 anos()

Específica: _____

19Qual o nível sócio-econômico predominante das famílias de usuários atendidos nesta instituição?

(a média)

De 1 a 3 salários mínimos ()

De 4 a 6 salários mínimos ()

De 7 a 10 salários mínimos ()

De 11 a 15 salários mínimos()

Outros valores: _____

20Qual a sua avaliação quanto ao modelo de tratamento adotado pela instituição? _____

21Como você avalia o papel da sua profissão no tratamento da dependência química? _____

22 O que você sugere para tratamento de dependentes químicos? _____

23Quais suas críticas aos modelos que existem? _____

24Existe alguma questão com relação ao tratamento oferecido neste Centro que você gostaria de pontuar? _____

Obrigada por sua cooperação!!

ANEXOS

**ANEXO A - COMPARAÇÃO ENTRE OS CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DA
DSM-4 E CID-10 (DUARTE; MORIHISA, 2006).**

DSM-4	CID-10
<p>Padrão mal adaptativo de uso, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses:</p> <p>1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) necessidade de quantidade progressivamente maior para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade.</p> <p>2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.</p> <p>3. A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por períodos mais longo do que pretendido.</p> <p>4. Existe desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido reduzir ou controlar o uso.</p> <p>5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.</p> <p>6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso.</p> <p>7. O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.</p>	<p>Três ou mais das seguintes manifestações, ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou persistindo por períodos menores do que um mês, acontecendo juntas, de forma repetida por 12 meses:</p> <p>1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância.</p> <p>2. Comprometimento da capacidade de controlar o início e término do uso ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo freqüente em quantidade ou período maiores do que o planejado, ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos no sentido de reduzir ou controlar o uso.</p> <p>3. Estado fisiológico de abstinência, quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso dela ou de similar, para aliviar ou evitar tais sintomas.</p> <p>4. Evidência de tolerância aos efeitos, havendo necessidade de quantidade maior para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada desses efeitos, com uso continuado da mesma quantidade.</p> <p>5. Preocupação com o uso, manifestada por redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto com obtenção da droga, consumo e recuperação dos efeitos.</p> <p>6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de conseqüências nocivas, evidenciadas por uso continuado, quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.</p>

ANEXO B: POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS (BRASIL, 2005).

PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

- **Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.**
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.
- Reconhecer a corrupção e a lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
- Elaborar planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas.
- Garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.
- Garantir ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, em níveis federal e estadual, visando realizar ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.
- Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das conseqüências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.
- Incentivar, orientar e propor o aperfeiçoamento da legislação para garantir a implementação e a fiscalização das ações decorrentes desta política.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.
- Garantir que o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo.
- Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.

- Garantir dotações orçamentárias permanentes para o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, a fim de implementar ações propostas pela Política Nacional sobre Drogas, com ênfase para aquelas relacionadas aos capítulos da PNAD: prevenção, tratamento e reinserção social, redução de danos, redução da oferta, estudos e pesquisas.

OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências.
- Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.
- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.
- Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.
- Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional, dando ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, por meio do desenvolvimento e implementação de programas socioeducativos específicos, multilaterais, que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade.
- Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas.
- Manter e atualizar, de forma contínua, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.
- Garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica.
- Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade.

1. PREVENÇÃO

1.1 Orientação geral

1.1.1 A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.

1.1.2 A execução desta política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas.

1.1.3 As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.

1.1.4 As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações.

1.1.5 As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia.

1.2 Diretrizes

1.2.1 Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada.

1.2.2 Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.

1.2.3 Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.

1.2.4 Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OBID, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de “boas práticas” existentes no Brasil e em outros países.

1.2.5 Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos, Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais.

1.2.6 Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas conseqüências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.

1.2.7 Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas.

1.2.8 Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.

1.2.9 Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.

2. TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

2.1 Orientação Geral

2.1.1 O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.

2.1.2 O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada.

2.1.3 As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais.

2.1.4 Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

2.1.5 No Orçamento Geral da União devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Política Nacional sobre Drogas, que serão distribuídas de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, estimulando o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade

2.1.6 A capacitação continuada, avaliada e atualizada de todos os setores governamentais e não-governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares deve ser garantida, inclusive com recursos financeiros, para multiplicar os conhecimentos na área.

2.2 Diretrizes

2.2.1. Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

2.2.2. Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais, devendo essas informações ser de abrangência regional (estaduais e municipais), com ampla divulgação, fácil acesso e resguardando o sigilo das informações.

2.2.3. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitando o âmbito de atuação de cada instituição.

2.2.4. Estabelecer procedimentos de avaliação por uma comissão tripartite e paritária para as diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, para usuários dependentes e familiares, com base em parâmetros

comuns, adaptados às realidades regionais, permitindo a comparação de resultados entre as instituições, aplicando para esse fim recursos técnicos e financeiros.

2.2.5. Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

2.2.6. Propor, por meio de dispositivos legais, incluindo incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não- governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional.

2.2.7. Propor a criação de taxas específicas para serem arrecadadas em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) sobre as atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco, para financiar tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social e ocupacional de dependentes químicos e familiares.

2.2.8. Garantir a destinação dos recursos provenientes das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas (composto por recursos advindos da apropriação de bens e valores apreendidos em decorrência do crime do narcotráfico) para tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional.

2.2.9. Estabelecer parcerias com universidades para implementação da capacitação continuada, por meio dos pólos permanentes de educação, saúde e assistência social.

2.2.10. Propor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos psiquiátricos e/ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado previsto na Política Nacional de Saúde.

3. REDUÇÃO DOS DANOS SOCIAIS E À SAÚDE

3.1 Orientação Geral

3.1.1 A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as conseqüências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

3.2 Diretrizes

3.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.

3.2.2. Garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, assegurando os recursos técnicos, políticos e financeiros necessários, em consonância com as políticas públicas de saúde.

3.2.3. Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.

3.2.4. Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social.

3.2.5. Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos.

3.2.6. Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica.

3.2.7. Estimular a formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, visando um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia.

3.2.8. Incluir a redução de danos na abordagem da promoção da saúde e prevenção, no ensino formal (fundamental, médio e superior).

3.2.9. Promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos por meio do trabalho com as diferentes mídias.

3.2.10 Apoiar e divulgar as pesquisas científicas submetidas e aprovadas por comitê de ética, realizadas na área de redução de danos para o aprimoramento e a adequação da política e de suas estratégias.

3.2.11 Promover a discussão de forma participativa e subsidiar tecnicamente a elaboração de eventuais mudanças nas legislações, nas três esferas de governo, por meio dos dados e resultados da redução de danos.

3.2.12 Assegurar às crianças e adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n.º 8.069/1990).

3.2.13 Comprometer os governos federal, estaduais e municipais com o financiamento, a formulação, implementação e avaliação de programas e de ações de redução de danos sociais e à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.

3.2.14 Implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda como elementos redutores de danos sociais.

3.2.15 Promover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública.

3.2.16 Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias.

4. REDUÇÃO DA OFERTA

4.1 Orientação Geral

4.1.1 A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.

4.1.2 Meios adequados devem ser assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública, incluindo assistência jurídica.

4.1.3 As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

4.1.4 A coordenação, promoção e integração das ações dos setores governamentais, responsáveis pelas atividades de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas, nos diversos níveis de governo, devem orientar a todos que possam apoiar, aprimorar e facilitar o trabalho.

4.1.5 A execução da Política Nacional sobre Drogas deve estimular e promover, de forma harmônica com as diretrizes governamentais, a participação e o engajamento de organizações não-governamentais e de todos os setores organizados da sociedade.

4.1.6 As ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional - DRCI/MJ, da Secretaria da Receita Federal - SRF, do Departamento de Polícia Federal - DPF, do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, da Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP, da Polícia Rodoviária Federal - DPRF, das Polícias Cíveis e Militares e demais setores governamentais, com responsabilidade na redução da oferta, devem receber irrestrito apoio na execução de suas atividades.

4.1.7 Interação permanente com o Poder Judiciário e Ministério Público, por meio dos órgãos competentes, visando agilizar a implementação da tutela cautelar, com o objetivo de evitar a deterioração dos bens apreendidos.

4.2 Diretrizes

4.2.1. Conscientizar e estimular a colaboração espontânea e segura de todas as pessoas e instituições com os órgãos encarregados pela prevenção e repressão ao tráfico de drogas, garantido o anonimato.

4.2.2. Centralizar, no Departamento de Polícia Federal, as informações que permitam promover o planejamento integrado e coordenado das ações repressivas dos diferentes órgãos, disponibilizando-as para as unidades da federação, bem como atender as solicitações de organismos nacionais e internacionais com os quais o país mantém acordos.

4.2.3. Estimular operações repressivas, assegurando condições técnicas e financeiras, para ações integradas entre os órgãos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal, responsáveis pela redução da oferta, coordenadas pelo Departamento de Polícia Federal, sem relação de subordinação, com o objetivo de prevenir e combater os crimes relacionados às drogas.

4.2.4. Incrementar a cooperação internacional, estabelecendo e reativando protocolos e ações coordenadas, fomentando a harmonização de suas legislações, especialmente com os países vizinhos.

4.2.5. Apoiar a realização de ações dos órgãos responsáveis pela investigação, fiscalização e controle nas esferas federal, estadual e municipal e o Distrito Federal, para impedir que bens e recursos provenientes do tráfico de drogas sejam legitimados no Brasil e no exterior.

4.2.6. Planejar e adotar medidas para tornar a repressão eficaz, cuidando para que as ações de fiscalização e investigação sejam harmonizadas, mediante a concentração dessas atividades dentro de jurisdição penal em que o Judiciário e a Polícia repressiva disponham de recursos técnicos, financeiros e humanos adequados para promover e sustentar a ação contínua de desmonte das organizações criminosas e de apreensão e destruição do estoque de suas mercadorias.

4.2.7. Manter, por intermédio da SENAD, o Conselho Nacional Antidrogas informado sobre os bens móveis, imóveis e financeiros apreendidos de narcotraficantes, a fim de agilizar sua utilização ou alienação por via da tutela cautelar ou de sentença com trânsito em julgado, bem como a conseqüente aplicação dos recursos.

4.2.8. Priorizar as ações de combate às drogas ilícitas que se destinam ao mercado interno, produzidas ou não no país, sem prejuízo das ações de repressão àquelas destinadas ao mercado externo.

4.2.9. Controlar e fiscalizar, por meio dos órgãos competentes dos ministérios da Justiça, da Saúde e da Fazenda, bem como das Secretarias de Fazenda estaduais e municipais e do Distrito Federal, todo o comércio e transporte de insumos que possam ser utilizados para produzir drogas, sintéticas ou não.

4.2.10. Estimular e assegurar a coordenação e a integração entre a Secretaria Nacional de Segurança Pública, as secretarias de segurança e justiça estaduais e do Distrito Federal, o Departamento de Polícia Federal e o Departamento de Polícia Rodoviária Federal, no sentido do aperfeiçoamento das políticas, estratégias e ações comuns de combate ao narcotráfico e aos crimes conexos.

4.2.11. Promover e incentivar as ações de desenvolvimento regional de culturas e atividades alternativas, visando à erradicação de cultivos ilegais no país.

4.2.12. Assegurar recursos orçamentários no âmbito da União, Estados e do Distrito Federal para o aparelhamento das polícias especializadas na repressão às drogas e estimular mecanismos de integração e coordenação de todos os órgãos que possam prestar apoio adequado às suas ações.

4.2.13. Intensificar a capacitação dos profissionais de Segurança Pública, dos membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, com funções nas áreas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito de drogas em todos os níveis de governo e no Distrito Federal, bem como estimular a criação de departamentos especializados nas atividades de combate às drogas.

4.2.14. Assegurar dotações orçamentárias para a Política de Segurança Pública, especificamente para os setores de redução da oferta de drogas, com vinculação de percentual, nos moldes das áreas de educação e saúde, com o fim de melhorar e implementar atividades, bem como criar mecanismos incentivadores ao desempenho das funções dos profissionais dessa área.

5. ESTUDOS, PESQUISAS E AVALIAÇÕES

5.1 Orientação Geral

5.1.1 Meios necessários devem ser garantidos para estimular, fomentar, realizar e assegurar, com a participação das instâncias federal, estaduais, municipais e o Distrito Federal, o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que permitam aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos.

5.1.2 Meios necessários devem ser garantidos à realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas, nas áreas de prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, redução da oferta, considerando que os resultados orientarão a continuidade ou a reformulação dessas práticas.

5.2 Diretrizes

5.2.1. Promover e realizar, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando e fomentando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, considerando a enorme extensão territorial do país e as características regionais e sociais, além daquelas voltadas para populações específicas.

5.2.2. Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados.

5.2.3. Assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos.

5.2.4. Avaliar o papel da mídia e seu impacto no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas e os danos relacionados, divulgando os resultados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID.

5.2.5. Garantir que sejam divulgados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID e por meio impresso, pesquisas referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas, que permitam aperfeiçoar uma rede de informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras e organizações multinacionais similares.

5.2.6. Apoiar, estimular e divulgar estudos, pesquisas e avaliações sobre violência, aspectos socioeconômicos e culturais, ações de redução da oferta e o custo social e sanitário do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos na sociedade.

5.2.7. Definir e divulgar critérios de financiamento para os estudos, pesquisas e avaliações.

5.2.8. Apoiar, estimular e divulgar pesquisas que avaliem a relação custo/benefício das ações públicas vigentes, para subsidiar a gestão e o controle social da Política Nacional sobre Drogas.

ANEXO III: OS DOZE PASSOS DOS NA (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1990).

- 1º.** Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.
- 2º.** Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos a sanidade.
- 3º.** Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.
- 4º.** Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5º.** Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano, a natureza exata das nossas falhas.
- 6º.** Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7º.** Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.
- 8º.** Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.
- 9º.** Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.
- 10º.** Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- 11º.** Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.
- 12º.** Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ANEXO D: AS DOZE TRADIÇÕES DOS NA (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1990).

1º. O nosso bem estar comum deve vir em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de NA.

2º. Para o nosso propósito comum existe apenas uma única autoridade – um Deus amoroso que pode se expressar na nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança, eles não governam.

3º. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar.

4º. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em assuntos que afetem outros grupos ou NA como um todo.

5º. Cada grupo tem apenas um único propósito primordial – levar a mensagem ao adicto que ainda sofre.

6º. Um grupo de NA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de NA a nenhuma sociedade relacionada ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade ou prestígio nos desviem do nosso propósito primordial.

7º. Todo grupo de NA deverá ser totalmente auto-sustentável, recusando contribuições de fora.

8º. Narcóticos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, mas nossos centros de serviço podem contratar trabalhadores especializados.

9º. NA nunca deverá organizar-se como tal; mas podemos criar quadros de serviço ou comitês diretamente responsáveis perante aqueles a quem servem.

10º. Narcóticos Anônimos não tem opinião sobre questões alheias; portanto o nome de NA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.

11º. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração, não em promoção; na imprensa, rádio e filmes precisamos sempre manter o anonimato pessoal.

12º. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar princípios acima de personalidades.

ANEXO E - OS DOZE PRINCÍPIOS BÁSICOS DO AE (MENEZES, 2001, p. 217).

1. Os problemas da família têm raízes na estruturação atual da sociedade.
2. Os pais também são gente.
3. Os recursos são limitados.
4. Pais e filhos não são iguais.
5. A culpa torna as pessoas indefesas e sem ação.
6. O comportamento do filho afeta os pais, o comportamento dos pais afeta o filho.
7. Tomar atitude precipita crise.
8. Da crise bem administrada, surge a possibilidade de mudança positiva.
9. Na comunidade, as famílias precisam dar e receber apoio.
10. A essência da família repousa na cooperação, não só na convivência.
11. A exigência na disciplina tem o objetivo de ordenar e organizar nossa vida e a de nossa família.
12. Amor com respeito, sem egoísmo, sem comodismo deve ser também um amor que eduque, oriente e exija.

ANEXO F - OS DOZE PRINCÍPIOS ÉTICOS DO AE (AMOR EXIGENTE, 2006).

1. Respeitar a dignidade da pessoa.
2. Manter sigilo em relação a depoimentos e identidade dos participantes do seu grupo. O sigilo somente poderá ser quebrado com autorização expressa do interessado ou quando houver risco para si próprio ou para terceiros.
3. Ser fiel, honesto e verdadeiro na vivência e transmissão da proposta do Amor-Exigente.
4. Respeitar e cumprir o estatuto e regimento da FEBRAE.
5. Transmitir os princípios do AE observando as possibilidades de cada integrante dos grupos de apoio.
6. Relacionar-se fraternalmente e com respeito com os membros coordenadores e grupos de AE.
7. Agir com respeito e fraternidade no relacionamento com entidades afins.
8. Manter o caráter de grupo leigo e voluntário.
9. Notificar a FEBRAE sobre eventuais pronunciamentos incompatíveis com a proposta do AE.
10. Promover a espiritualidade nos grupos de AE, respeitando a crença de cada um.
11. Não utilizar grupos de AE para obter vantagens pessoais de qualquer natureza.
12. Evitar divergências e disputas de poder entre as lideranças dos grupos de AE.

ANEXO G – ÁREAS, COMPONENTES E CONTEXTOS DE DESEMPENHO

I- Áreas de Desempenho	II- Componentes de Desempenho	III – Contextos de Desempenho
<p>A. Atividades da Vida Diária</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arrumar-se 2. Higiene oral 3. Banho de banheira/chuveiro 4. Cuidados com aparelhos pessoais 5. Vestir-se 6. Alimentação e refeição 7. Rotina de medicação 8. Manutenção da saúde 9. Socialização 10. Comunicação funcional 11. Mobilidade funcional 12. Mobilidade na comunidade 13. Resposta da emergência 14. Expressão sexual <p>B. Atividades de trabalho e Produtivas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controle domiciliar <ol style="list-style-type: none"> a. Cuidado com as roupas b. Limpeza c. Preparação da refeição e limpeza d. Fazer compras e. Controle financeiro f. Manutenção domiciliar g. Procedimentos de segurança 2. Cuidado com os outros 3. Atividades educacionais 4. Atividades vocacionais <ol style="list-style-type: none"> a. Exploração vocacional b. Aquisição de emprego c. Desempenho no trabalho ou emprego d. Planejamento da aposentadoria e. Participação voluntária <p>C. Atividades de Lazer ou Diversão</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração do lazer ou diversão 2. Desempenho no lazer ou diversão 	<p>A. Componente Sensorio-motor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensorial <ol style="list-style-type: none"> a. Consciência sensorial b. Processamento sensorial <ol style="list-style-type: none"> (1) Tátil (2) Proprioceptivo (3) Vestibular (4) Visual (5) Auditivo (6) Gustativo (7) Olfatório c. Processamento Perceptual <ol style="list-style-type: none"> (1) Estereognose (2) Cinestesia (3) Resposta à dor (4) Esquema corporal (5) Discriminação direita-esquerda (6) Constância de forma (7) Posição no espaço (8) Fechamento visual (9) Figura-solo (10) Percepção de profundidade (11) Relações espaciais (12) Orientação topográfica 2. Neuro-músculo-esquelético <ol style="list-style-type: none"> a. Reflexão b. Amplitude de movimento c. Tônus muscular d. Força e. Resistência f. Controle postural g. Alinhamento postural h. Integridade de tecidos moles 3. Motor <ol style="list-style-type: none"> a. Coordenação grosseira b. Cruzando a linha média c. Lateralidade d. Integração bilateral e. Controle motor f. Praxe g. Coordenação fina/destreza h. Integração visual/motora i. Controle oral-motor <p>B. Integração Cognitiva e Componentes Cognitivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nível de vigília 2. Orientação 3. reconhecimento 4. Espectro de atenção 5. Iniciação da atividade 6. Término da atividade 7. Memória 8. Seqüenciamento 9. Categorização 10. Formação do conceito 11. Operações espaciais 12. Resolução de problemas 13. Aprendizado 14. Generalização <p>C. Habilidades Psicossociais e Componentes Psicológicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicológicos <ol style="list-style-type: none"> a. Valores b. Interesses c. Autoconceito 2. Sociais <ol style="list-style-type: none"> a. Desempenho da função b. Conduta social c. Auto-expressão 3. Autocontrole <ol style="list-style-type: none"> a. Habilidades de adequação b. Controle de tempo c. Autocontrole 	<p>A. Aspectos Temporais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cronológico 2. Desenvolvimento 3. Ciclo de vida 4. Estado de incapacidade <p>B. Ambiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Físico 2. Social 3. Cultural