

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI

AMARILDO MAÇANEIRO

**PERCEPÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO QUANTO AO
PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

BIGUAÇU - SC

2008

AMARILDO MAÇANEIRO

**PERCEPÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO QUANTO AO
PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista no Curso de Graduação em Enfermagem do Vale do Itajaí – UNIVALI.

ORIENTADORA: Prof^a. Valdete Prêve Pereira

BIGUAÇU - SC

2008

PERCEPÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO QUANTO AO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de: **ENFERMEIRO** e, aprovado na sua versão final, em 08 de Dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade do Vale do Itajaí, Curso de Graduação em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a MSc. Valdete Prêve Pereira
Orientadora



Prof.^a MSc. Maria Lígia dos Reis Bellaguarda
Membro



Prof.^a Mestranda Janelice das Neves Azevedo Bastiani
Membro

Agradeço,

A Deus,
cuja sabedoria e conhecimento excedem à nossa própria compreensão.

Ao meu pai Osni Maçaneiro e à Maria Maçaneiro,
pelo incentivo, apoio e confiança.

Ao meu irmão Gilberto, minha cunhada Marialete, meus sobrinhos Jean, Taila e Gilvam,
por acreditarem em mim e pelo amor incondicional.

Ao Lar Recanto da Esperança,
pela atenção e oportunidade.

Aos ex-residentes,
que com muita disposição colaboraram na realização das entrevistas.

À minha Orientadora Valdete,
pelos ensinamentos e paciência com que me conduziu na realização e conclusão deste
trabalho.

A todos os mestres da UNIVALI,
pelos conhecimentos transmitidos e palavras de incentivo profissional.

E, em especial, à Coordenadora Maria Lígia Bellaguarda,

MUITO OBRIGADO!

“Não existe falta de oportunidades
para ganhar a vida com o que amamos;
existe apenas uma falta de decisão
para fazer isso acontecer”.

(Wayne Dyer)

RESUMO

MAÇANEIRO, Amarildo. **Percepção do dependente químico quanto ao processo de recuperação.** Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí (SC), 2008.

Orientadora: PEREIRA, Valdete Prêve.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, cujo objetivo foi conhecer a percepção e sentimentos dos clientes residentes de uma comunidade terapêutica, para tratamento de dependência química, quanto ao processo de tratamento e recuperação. O estudo foi desenvolvido com dez residentes de uma Comunidade Terapêutica (CT), para tratamento de dependentes químicos por abuso de álcool e outras drogas, localizada no município de Florianópolis/SC, no período de 08 a 23 de setembro 2008. O referencial teórico utilizado teve por base a teoria da “Relação Pessoa a Pessoa” de Joyce Travelbee, considerando ser uma teoria interpessoal de enfermagem, que pressupõe a interação entre os profissionais de saúde e paciente, facilitando a comunicação e a relação terapêutica no processo de recuperação da clientela aqui mencionada. Da análise de dados emergiram os sentimentos e percepções dos residentes que foram agrupados nas seguintes categorias: *sofrimento*: o sentimento presente na experiência; *processo de tratamento*: o caminho da recuperação; *família e “outros”*: o apoio esperado; *relação pessoa-pessoa*: a interação que permeia o processo. Finalmente, pode se concluir que os residentes reconhecem a importância do tratamento técnico e humano recebidos naquela comunidade terapêutica e destacam a relação terapêutica oferecida pelos profissionais de saúde, o apoio da família e de outras pessoas, para o sucesso do processo de recuperação.

Palavras-chave: Dependência química; Comunidade terapêutica; Relação interpessoal.

ABSTRACT

This is a qualitative study, descriptive, whose goal was to find the perceptions and feelings of customers residing in a therapeutic community for treatment of addiction, as the process of treatment and recovery. The study was conducted with ten residents of a Therapeutic Community (TC) for treatment of drug abuse of alcohol and other drugs, located in the municipality of Florianópolis / SC, in the period from 08 to Sept. 23 2008. The theoretical framework used was based on the theory of "Relationship Person to Person" by Joyce TRAVELBEE, considering it an interpersonal theory of nursing, which involves the interaction between health professionals and patients by facilitating communication and therapeutic relationship in the process of recovery the customer mentioned. The analysis of data emerged the feelings and perceptions of residents who were grouped into the following categories: suffering: the feeling on this experience, the treatment process: the road to recovery, family and "others": the support band; person-person relationship: the interaction that permeates the process. Finally, it can be concluded that the residents recognize the importance of technical and human treatment that received therapeutic community and highlight the therapeutic relationship offered by health professionals, support from family and others for the success of the recovery process.

Key words: Chemical dependency; Community therapy, interpersonal relationship.

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS 13	
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 Dependência Química	14
3.2 Comunidade Terapêutica.....	18
3.3 A Família e a Dependência Química	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO	26
4.1 Teoria da Relação Interpessoal por Joyce Travelbee	26
4.2 Conceitos inter-relacionados	27
4.2.1 Enfermagem	27
4.2.2 Percepção	28
4.2.3 Comunicação.....	29
4.2.4 Relação pessoa-pessoa	30
4.2.5 Sofrimento	31
4.2.6 Comunidade	31
5 METODOLOGIA	34
5.1 Caracterização da Pesquisa	34
5.2 População de Estudo	34
5.3 Local da Pesquisa	40
5.4 Coleta de Dados.....	42
5.5 Análise dos Dados.....	43
5.6 Aspectos Legais e Éticos	44
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
6.1 Sofrimento: o sentimento presente na experiência.....	45
6.2 Processo de tratamento: o caminho da recuperação	49
6.3 Relação Pessoa-pessoa: a interação que permeia o processo.....	54
6.4 Família e “outros”: o apoio esperado.....	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
APÊNDICES 73	
APÊNDICE 1: Termo de Compromisso de Orientação.....	74
APÊNDICE 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Projeto de Pesquisa.....	75
APÊNDICE 3: Instrumento de Pesquisa: Questões Norteadoras.....	76

1 INTRODUÇÃO

Hoje, mais do que no passado, a temática das drogas é uma questão grave de grande relevância social onde, muitas vezes, os fatos são confundidos. Refere-se aqui o entendimento por produtos químicos, de origem natural ou de laboratório, que produzem efeitos, sentidos como prazerosos, sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), os quais resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta.

O uso do álcool, por exemplo, pode ser acompanhado desde a Idade Neolítica, pois, sabe-se que vinho e cerveja já eram usados por volta de 6400 a.C., os alquimistas acreditavam que o álcool era a resposta para todas as suas afecções. A palavra uísque, que significa água da vida, era largamente conhecida. Na América do Norte, os índios já bebiam vinho e cerveja antes da chegada dos primeiros colonos brancos. A cocaína é cultivada nos Andes desde a era pré-histórica, sendo que os nativos da região mastigavam as folhas da planta para reanimar-se e obter alívio da fadiga. O ópio exerce tanto efeito sedativo, quanto os analgésicos e seus principais usos clínicos são: no alívio da dor, no tratamento da diarreia e no alívio da tosse. Esta droga, já era conhecida na cultura egípcia, grega e árabe, de 3000 a.C., passando a ter largo uso, tanto medicinal como recreativo, em toda a Europa durante os séculos XVI e XVII. A morfina, principal ingrediente do ativo ópio, passou a ser usada em todo o mundo, a partir de 1853, no lugar do ópio bruto, por ocasião do desenvolvimento da seringa hipodérmica (ZACKON; GILBERT; JOHANSON, 1988).

Provavelmente, que problemas, relacionados ao abuso de substâncias psicoativas, têm ocorrido desde a pré-história e, desde o século passado, passou a ser alvo da preocupação internacional, apesar do número de substâncias disponíveis com potencial para uso problemático, ser nesta época, bem menor.

Na verdade, a dependência de substâncias psicoativas sempre esteve presente em nossa sociedade. O ser humano procurou fugir de sua condição natural cotidiana, empregando substâncias que aliviassem seus males ou que propiciassem prazer (MARQUES; RIBEIRO, 2003).

Igualmente, desde a mais remota antiguidade que o homem, como ser gregário, insere-se no grupo social, espontâneo ou compulsoriamente, se vivesse sozinho, o processo de adaptação consigo mesmo, seria difícil, senão impossível, porém a coexistência no grupo social nem sempre é calma ou tranqüila, ao contrário, é

vivenciado em meio a tensões, ansiedade, medo, insegurança, raiva, inveja, amor e ódio, que podem alterar, provisória ou definitivamente, o tênue equilíbrio emocional das pessoas, provocando o que se denomina de angústia existencial ou vital.

Segundo Vargas; Nunes; Vargas (1993), a angústia vital é mais freqüente em algumas fases da vida, na adolescência, por exemplo, ou em indivíduos adultos considerados inseguros ou portadores do ego frágil, podendo provocar um discreto desequilíbrio da personalidade. Isto porque, qualquer alteração do equilíbrio das funções responsáveis pela homeostase, faz com que a personalidade, por si mesma, estimule automaticamente a ação dos diversos mecanismos pessoais reguladores do ego, capazes de reequilibrar a personalidade, momentaneamente alterada pela angústia existencial ou pela imaturidade ou por hábitos inadequados.

Sob esse aspecto, alerta Grünspun (*apud* Vargas; Nunes; Vargas, 1993, p.15), que “no passado, as pessoas cheiravam livremente lança-perfume nos dias de carnaval ou tomavam bolinhas para estudar sem, no entanto, se viciarem, não ficavam dependentes, como as outras gerações que vieram”. Tal fato ocorre, segundo os autores Grünspun (*apud* Vargas; Nunes; Vargas, 1993), em vista de que ultimamente, as pessoas estão prevenindo demais contra a dor psicológica ou física, desde o nascimento pois se um bebê acorda chorando, damos logo um analgésico, um antiespasmódico ou um analgésico de ouvido, tudo de uma vez, para ele voltar a dormir, desta forma estamos preparando gerações que não suportam dores. Daí, à medida que esta criança ou este jovem se sentir diante de um problema qualquer, buscará alguma anestesia para a sua dor psicológica. Segundo as colocações desses autores, pode-se considerar que, quando o indivíduo não consegue, não é capaz de, por meios naturais e saudáveis, enfrentar as dificuldades, anseios, angústias, enfim, questões problemáticas que se apresentam no transcorrer de sua vida, na maioria das vezes, recorre a mecanismos destrutivos, inadequados e até mesmo perigosos, o que, com certeza, irá provocar graves distúrbios na sua saúde.

Conveniente aqui, a citação de Hoirisch (*apud* Vargas; Nunes; Vargas, 1993, p.17):

Em cada homem há um Adão bíblico expulso do Paraíso. Ao abrir os olhos para a dura e trágica realidade da vida, busca na droga a volta ao Paraíso, recria a fantasia do super-homem e arroja com força vulcânica o usuário de cocaína ao êxtase e não lhe permite notar que a distância para o inferno é muito pequena.

Antigamente, sacerdotes, feiticeiros e adivinhos realizavam orientações ao indivíduo, a respeito do uso de substâncias, com a intenção de fuga dos problemas, pois os males da vida se deviam a forças sobrenaturais, que só eles sabiam apaziguar e tornar propícias. Crenças e costumes, o medo de punições divinas, a vigilância constante da família e dos vizinhos bastavam para contê-lo. Atualmente, na indiferença e no anonimato da massa, que enche as cidades, os antigos controles, não-formais, estão perdendo o poder, enquanto isto, o arsenal de drogas vai se ampliando e aumentando em potência. Ao mesmo tempo, a circulação destas substâncias vem sendo facilitada e alargada. E, assim, recursos tradicionalmente ligados à sobrevivência e a cultos religiosos, pois integravam as artes da cura e da magia, degeneraram em fator de enfermidade, desajuste, dependência física e psicológica, criminalidade e até morte (VARGAS; NUNES; VARGAS, 1993).

O recurso às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável ou até mesmo banal. Numa perspectiva histórica, pode-se dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública, a partir da metade do século XIX (BERGERET, 1991).

Atualmente, convive-se com um crescimento alarmante no consumo de substâncias psicoativas, por usuários em idade cada vez mais precoces, bem como, o desenvolvimento de substâncias novas, com incremento nos efeitos e aumento no potencial de desenvolvimento de dependência, como o *crack* e o álcool, por exemplo.

Trata-se de uma síndrome médica bem definida internacionalmente, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas, onde indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao seu consumo, também, é considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda sua vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1993, p.5), substâncias psicoativas são substâncias que ao entrarem em contato com o organismo, sob diversas vias de administração, atuam no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração.

O tratamento é voltado para a redução de sintomas que afetam, não apenas o paciente, mas toda a comunidade ao seu redor; períodos de controle de enfermidades são observados no tratamento, mas uma das características fundamentais é o retorno

de toda a sintomatologia, recrudescências ou recaídas, em alguns períodos da vida do indivíduo.

Percebe-se, através de consultas a literaturas, como: (Figlie; Bordin; Laranjeira (2004); Malbergier (2003); Leopardi (1999); Travelbee (1979); Silveira (2004); entre outros, que para trabalhar com a Dependência Química e enfrentar esse grave problema social e de saúde, faz-se necessário instrumentalizar profissionais, no sentido de aprimorar habilidades diagnósticas e terapêuticas, de modo a viabilizar uma estreita ligação entre o conhecimento científico e as diferentes abordagens de tratamento.

Trata-se, pois, de uma aprendizagem que remete a uma realidade cada vez mais próxima, para a qual se fazem relevantes noções gerais do problema, a partir da própria concepção sobre a Dependência Química; abordagem terapêutica; tratamento; organização dos serviços e políticas públicas: desempenho das práticas profissionais em nível de saúde pública: enfim, o comportamento e vivência do dependente, bem como, a postura do profissional, visto que, todos os profissionais da saúde são fundamentais para o enfrentamento dessa problemática e, também no tratamento dos indivíduos portadores de tal condição.

Percebe-se que a maioria dos profissionais e/ou acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem tem pouca ou nenhuma experiência referente à patologia de Dependência Química. Na grade curricular do curso, este conteúdo é reduzido a poucas aulas e abordado de forma superficial. Por outro lado, a presença desse fenômeno de adoecimento é vastamente divulgado e está inserido no meio acadêmico, tanto para abordagem profissional, como pessoal, pois, tem-se relato de colegas, parentes e amigos com estas dificuldades e suas relações pessoais e familiares.

Na prática acadêmica percebe-se que não se está preparado para o enfrentamento a estas situações limítrofes. Alimenta-se a ilusão de um preparo técnico como se fosse o suficiente para a devida assistência às pessoas e familiares que vivenciam o processo complexo dessa patologia.

A compreensão, neste processo existencial ainda está muito atrelada a culturas errôneas, à educação no lar, princípios e posturas inadequadas de aceitação à Dependência, o que vem transformando o convívio familiar. Sendo assim, acredita-se que, de alguma forma, o presente estudo poderá contribuir frente a um conhecimento deficiente sobre um assunto que repercute cotidianamente em todas as especialidades de saúde, bem como, na vida de muitas pessoas. Portanto, considerando o acima exposto, fiz a escolha pelo presente tema, pois tenho percebido o despreparo dos

profissionais perante este público, como também, a necessidade de ampliar a compreensão de um processo tão complexo e desafiador nos dias atuais, ou seja, o enfrentamento da dependência química.

Além disso, a minha vivência em um serviço voluntário numa Organização não Governamental (ONG), com esta natureza de atendimento, a expectativa de aprimorar meus conhecimentos e, também, colaborar com aqueles que têm a tarefa de desenvolver condições para que o cliente possa se reabilitar e ir além da abstinência, adquirindo “independência” pessoal, no sentido mais amplo da palavra, fizeram com que eu optasse pelo desenvolvimento desse tema no meu trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Desta forma, para fundamentar esta investigação optou-se pela utilização do referencial teórico de Joyce Travelbee, pois este referencial evidencia a relação interpessoal, que na perspectiva descrita por Travelbee a atenção oferecida pelo enfermeiro pode ser individual ou grupal e que engloba também a família, de direta ou indireta. Na atenção direta ele pode ajudar as pessoas a enfrentarem a pressão imposta pelo sofrimento da doença, e na atenção indireta ele ajuda as pessoas a conhecerem os recursos disponíveis na comunidade. Portanto, terá como marco teórico a Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee, na qual, enfermeiro e paciente buscam o significado da experiência vivida pelo sujeito para auxiliá-lo na compreensão e enfrentamento da situação, buscando superação e saúde.

Como estagiário em uma ONG, com características de Comunidade Terapêutica, desenvolvi atividades voltadas para a desintoxicação e recuperação de usuários de álcool e drogas, esta vivência, juntamente com os conhecimentos e experiências no Curso de Graduação em Enfermagem, me despertaram o interesse de compreender melhor o processo de recuperação e reabilitação destes usuários. Tornou-se importante saber o que pensam sobre o tratamento, seus sentimentos relacionados com o período de separação da família e sociedade, como enfrentam o sofrimento causado pelo afastamento do álcool e das drogas, os recursos pessoais utilizados nestes enfrentamentos, se apresentaram episódios de recaída, o que esta experiência significou para eles, enfim, tudo o que permeia o processo de tratamento e recuperação. Então, tentando compreender melhor estas questões, pretendo desenvolver uma pesquisa para saber: **Qual a percepção do cliente, residente em uma comunidade terapêutica, quanto ao processo de reabilitação em dependência química**, e para responder esta pergunta de pesquisa, foram estabelecidos os objetivos descritos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos clientes residentes de uma comunidade terapêutica, para tratamento de dependência química, quanto ao processo de recuperação.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil de cada participante da pesquisa, destacando o tipo e o grau de dependência química, o qual é portador.
- Identificar os sentimentos dos residentes que permeiam o processo de recuperação.
- Conhecer a opinião do residente referente à comunicação com a equipe de saúde e atividades desenvolvidas na instituição
- Identificar pontos positivos e negativos pertinentes ao tratamento e recuperação, encontrados na Instituição e que os levaram à conclusão do tratamento.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Dependência Química

A dependência química afeta milhares de pessoas e contribui de maneira assustadora na criminalidade.

Muitos dos dependentes químicos iniciaram seu relacionamento com as drogas, exatamente, no lugar onde se supunha que estariam mais seguros, dentro de casa. Na realidade, de acordo com Schivoletto e Falabella (2003, p.1), é em casa, em família, que as crianças aprendem como se relacionar com as substâncias químicas. “Os pais são os modelos de comportamento adulto dos filhos”. Não há dúvidas que as crianças e os adolescentes, que iniciam o uso de remédios e drogas ilícitas, vêem, no exemplo das pessoas mais velhas, uma atitude a ser imitada e, ainda, completa “Onde para cada problema existe uma solução química, a dependência química é a decorrência natural”.

De acordo com Silveira (2004, p.14):

A Dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

Para mais fácil compreensão, embasando-se ainda no autor Silveira (2004), ressalta-se as duas formas principais em que a dependência se apresenta: a física e a psicológica. A forma física consiste na necessidade sempre presente, a nível fisiológico, o que torna impossível a suspensão brusca das drogas. Essa suspensão acarretaria a chamada crise da "abstinência". A dependência física é o resultado da adaptação do organismo, independente da vontade do indivíduo. A dependência física e a tolerância podem manifestar-se isoladamente ou associadas, somando-se à dependência psicológica. A suspensão da droga provoca múltiplas alterações somáticas, causando a dramática situação do "*delirium tremens*". Isto significa que o corpo não suporta a síndrome da abstinência, entrando em estado de pânico. Sob os efeitos físicos da droga, o organismo não tem um bom desenvolvimento.

Logo, na dependência psicológica, o indivíduo sente um impulso irrefreável,

tem que fazer uso das drogas a fim de evitar o mal-estar. A dependência psicológica indica a existência de alterações psíquicas que favorecem a aquisição do hábito. O hábito é um dos aspectos importantes a ser considerado na toxicomania, pois a dependência psíquica e a tolerância significam que a dose deverá ser ainda aumentada para se obter os efeitos desejados. A tolerância é o fenômeno responsável pela necessidade sempre presente, que o viciado sente em aumentar o uso da droga. Em estado de dependência psíquica, o desejo de tomar outra dose ou de se aplicar, transforma-se em necessidade, que, se não satisfeita, leva o indivíduo a um profundo estado de angústia, (estado depressivo). Esse fenômeno não deverá ser atribuído apenas às drogas que causam dependência psicológica. O estado de angústia, por falta ou privação da droga, é comum em quase todos os dependentes e viciados. (SILVEIRA, 2004).

No CID.10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), a dependência é definida como:

Um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. (BALLONE, 2001, p.12).

Portanto, pode-se afirmar que a Dependência Química é a dependência de qualquer substância psicoativa, ou seja, qualquer droga que altere o comportamento e que possa causar dependência (álcool, maconha, cocaína, *crack*, medicamentos para emagrecer a base de anfetaminas, calmantes indutores de dependência ou faixa preta etc.). A dependência se caracteriza, então, pelo indivíduo sentir que a droga é tão necessária em sua vida, quanto alimento, água, repouso e segurança.

Em outras palavras, a Dependência Química é uma síndrome caracterizada pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa. Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido dessa substância. Alguns exemplos são: o álcool, as drogas ilícitas e a nicotina.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece as dependências químicas

como doenças. Uma doença é uma alteração da estrutura e funcionamento normal da pessoa, que lhe seja prejudicial. Por definição, como o diabetes ou a pressão alta, a doença da dependência não é culpa do dependente; o paciente somente pode ser responsabilizado por não querer o tratamento, se for o caso, exatamente, da mesma maneira que poderíamos cobrar o diabético ou o cardíaco de não querer tomar os medicamentos prescritos ou seguir a dieta necessária. Dependência química não é simplesmente “falta de vergonha na cara” ou um problema moral. (grifo nosso).

As dependências químicas não têm uma causa única, mas sim, são produtos de vários fatores que atuam ao mesmo tempo, sendo que, às vezes, uns são mais predominantes naquele paciente específico que outras. No entanto, sempre há mais de uma causa, por exemplo, existe uma predisposição física e emocional para a dependência, própria do indivíduo. Vivendo como um dependente, o paciente acaba tendo uma série de problemas sociais, familiares, sexuais, profissionais, emocionais, religiosos etc., que são conseqüências e não causas de seu problema. Portanto, as causas são internas, não externas, problemas de vida não geram dependência química. (OMS, 2003).

Em síntese, segundo Marques e Ribeiro (2003), o conceito de dependência química pode ser entendido como uma condição que varia ao longo de um *continuum*¹ de severidade, onde o ponto inicial é abstinência e o uso experimental. Esse conceito de continuum indica, segundo Figlie (2004), que não há uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência. O uso pode ser definido como, o consumo de qualquer substância, podendo ser um consumo experimental, esporádico ou episódico. Já, o uso nocivo é um padrão de consumo que está associado a algum tipo de prejuízo, quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais e, por fim, a dependência química que é o consumo de substâncias de uma forma descontrolada e associada a muitos problemas para o usuário.

Deve-se acrescentar ainda que a dependência química é uma doença progressiva e sem o tratamento adequado, as dependências químicas tendem a piorar cada vez mais com o passar do tempo.

Considerada uma doença, a OMS a reconhece como doença, já mencionado anteriormente, a Dependência Química, de acordo com Malbergier (2003) apresenta os seguintes sintomas:

¹ *Continuum* = Substantivo masculino. Conjunto compacto e conexo. Conjunto contínuo. (FERREIRA, 2008).

- Tolerância: necessidade de aumento da dose para se obter o mesmo efeito;
- Crises de abstinência: ansiedade, irritabilidade, insônia ou tremor quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso;
- Ingestão em maiores quantidades ou por maior período do que o desejado pelo indivíduo;
- Desejo persistente ou tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso da substância;
- Perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos;
- Negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga;
- Persistência na utilização da substância, apesar de problemas físicos e/ou psíquicos decorrentes do uso.

Ainda, ressalta o autor Malbergier (2003), que a Dependência Química é uma das doenças psiquiátricas mais freqüentes da atualidade.

De acordo com a OMS (1993), caso, três ou mais das situações abaixo descritas, tenham ocorrido por algum tempo durante o último ano, serão fortes os indícios de presença da dependência química. São eles:

- Desejo acentuado ou compulsão para usar uma substância psicoativa;
- Dificuldade em controlar o consumo: início, término e quantidade;
- Presença da síndrome de abstinência ou uso da substância para evitar os seus sintomas;
- Tolerância, evidenciada pela necessidade de aumentar a quantidade da droga para obter o mesmo efeito;
- Interesse centrado na droga, em detrimento de todos os outros;
- Persistência no uso, apesar de todos os prejuízos.

Outra característica dessa doença é, que a família do dependente químico adoece junto com ele. Portanto, é fundamental que ela, também, receba tratamento especializado, a fim de que possa melhorar as próprias condições de vida ou mesmo colaborar para a recuperação do dependente.

3.2 Comunidade Terapêutica

O dependente de drogas é considerado, nos meios sanitários, como um doente que precisa de tratamento e apoio, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso de drogas é uma doença epidêmica e, por conseqüência, pode contaminar com mais facilidade aqueles que se encontram mais próximos dela.

O grande dilema enfrentado diariamente por aqueles que trabalham na prevenção e na área de narcodependência é, justamente, a eterna busca de locais apropriados para tratamento, pois, segundo Oliveira (2000, p.98),

[...] o Brasil não tem uma tradição em atendimento a usuários de drogas e, quando falo em Brasil, me reporto ao serviço público e gratuito. Infelizmente os governos não colocam o problema das drogas como prioridade e elas aqui são vistas na conotação das lícitas e das ilícitas.

Portanto, carece a nação de locais adequados para propiciar um tratamento decente e com resultados satisfatórios, sendo que segundo ainda Oliveira (2000, p.99) “a inexistência do recurso terapêutico, tem reflexos diretos no aumento da demanda, uma vez que, não tendo onde tratar o dependente, ele continua no vício e arrasta consigo outras pessoas, aumentando a cada dia o índice de drogados”.

O modelo de tratamento residencial, conhecido como Comunidade Terapêutica, foi utilizado durante muito tempo para pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas.

De acordo com Soares (1997), o termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseados nos trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman. Suas experiências eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes, tendo como objetivo, resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.

A idéia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à idéia de tratar os grupos como se fosse um "organismo psicológico". Maxwell Jones criou o termo "aprendizagem ao vivo" para definir a possibilidade do paciente aprender meios

de superar as dificuldades com o auxílio dos outros e relacionar positivamente com outros. A Comunidade Terapêutica surge como processo de reforma institucional interno ao asilo. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo que todos, e não apenas os técnicos compartilhassem (SOARES, 1997, p.11).

Porém, segundo Fracasso (2002), a história de Comunidade Terapêutica teve início anteriormente à idéia de Maxwell. Em 1860 foi fundada uma organização religiosa chamada Oxford, cujo objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Este grupo buscava um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos: encontravam-se várias vezes por semana, para ler e comentar a Bíblia e se comprometiam reciprocamente a serem honestos, sendo que, após 10 a 15 anos, constataram que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação.

Nos Estados Unidos, participantes desse grupo se reuniam para partilhar o empenho e o esforço que faziam para permanecer sóbrios; desta maneira nasceu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), que, com o passar dos anos, se tornou o maior grupo de Auto-Ajuda do mundo.

No dia 18 de setembro de 1958, Chuck Dederich e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, buscarem um estilo alternativo de vida. Fundaram em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT) que se chamou Synanon e adotaram um sistema de relacionamento direcionado em uma atmosfera quase carismática, o que para o grupo foi muito terapêutico.

A aplicação do conceito de ajuda às pessoas em dificuldades, feita pelos próprios pares, é a base das relações vividas na Synanon, posteriormente em Daytop, onde cada pessoa se interessa e se sente responsável pelas outras. Desde o início acolheram alguns jovens que estavam tentando ficar em abstinência de outras drogas e em decorrência disto, a Comunidade Terapêutica que teve seu início com uma CT para alcoolistas, abriu suas portas para jovens que usavam outras substâncias psicoativas.

Esse tipo de alternativa terapêutica se consolidou e deu origem a outras CTs que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon. A Comunidade Terapêutica *Daytop Village* é o exemplo mais significativo deste tipo de abordagem. Foi fundada em 1963 pelo Monsenhor William Bóbrien e David Deitch, tornando-se um programa terapêutico muito articulado.

Com a multiplicação das iniciativas desse tipo de abordagem terapêutica na

América do Norte, a experiência atravessou o Oceano Atlântico e deu início a programas terapêuticos no norte da Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha.

No início de 1979, a experiência chegou à Itália, onde foi fundada uma Escola de Formação para educadores de CTs. Os educadores que passaram por essa formação deram um novo impulso na Espanha, América Latina, Ásia e África.

No campo psiquiátrico, acontecia uma outra revolução: a experiência de comunidade terapêutica democrática para distúrbios mentais, aí, então, o psiquiatra escocês Maxwell Jones, trabalhando num hospital, transformou o trabalho tradicional e, como terapia, utilizava a psicoterapia individual e de grupo, eliminando ao máximo o uso de medicação e envolvendo os pacientes nas atividades propostas.

A Comunidade Terapêutica proposta era diferente em tudo, dos hospitais psiquiátricos, então, existentes. Estes apresentavam uma estrutura rigidamente hierarquizada e que atuava de modo autocrático. Havia muito pouca comunicação entre as pessoas dos diferentes níveis e uma passividade dos internos, mantidos na ignorância do que se passava ao seu redor e, principalmente, em relação ao seu tratamento (FEBRACKT, 2001).

Logo, constatada a capacidade de recuperação através da abordagem das CTs, surgiram estudos sobre o fenômeno, sua história, os conteúdos, em que um ex-psicanalista americano, Mowrer, descobriu, pontos em comum, ou seja, que *compartilhar* é um dos valores fundamentais e comuns. A referência não é somente em relação aos bens, mas de compartilhar com os membros do grupo o que cada um possui do ponto de vista humano. A *honestidade*, outro ponto forte que emerge do fenômeno das CTs: "Participe do grupo e fale coisas de você, não de política, trabalho ou de outras coisas. Fale do que provoca medo e dor dentro de você" (Synanon). É uma referência clara à necessidade do ser humano de comunicar-se, sem máscaras, em relações humanas autênticas. Essa honestidade, diante do grupo, é um valor muito antigo; apareceu nas primeiras comunidades cristãs e era chamada confissão aberta ou auto-revelação.

Também, apareceram nos estudos do Dr. Mowrer o abandono nas relações terapêuticas, da posição clássica, vertical médico e paciente. As interações que se estabelecem entre as pessoas rompem as estruturas rígidas da hierarquia, do cargo e oferecem mais possibilidades de ajuda. As funções, muito flexíveis, garantem a estrutura e a organização da vida comunitária. A atenção é colocada sobre o

indivíduo no grupo ou na comunidade. Ele é o verdadeiro protagonista das ações terapêuticas porque sabe do que precisa, porém, sozinho, é incapaz de buscar, por isso a importância da auto-ajuda. Cada indivíduo é responsável pelo seu próprio crescimento e pede a ajuda necessária aos outros para se ajudar. Sendo assim, cada um é "terapeuta" para si mesmo e para os outros componentes do grupo da comunidade.

Segundo Fracasso (2002, p.2):

A vida comunitária não poderá ser terapêutica se não desaparecer a dualidade equipe-residente. Isto significa que, enquanto existir dentro da mesma estrutura o grupo que "faz" o tratamento e o grupo que o "recebe" está muito longe da verdadeira terapia de grupo na CT. O agente terapêutico não é a estrutura da CT, as regras, os instrumentos, mas tudo aquilo que estes instrumentos podem fazer para que cada residente possa viver experimentar uma relação verdadeira e o amor entre as pessoas.

O papel exercido pelas comunidades terapêuticas no tratamento psicossocial dos dependentes químicos tem sido muito importante, tanto em nível mundial, como no Brasil.

No decorrer dos últimos anos, com o crescente consumo de drogas, houve uma grande expansão dessas comunidades no país. Os principais problemas encontrados nessa expansão foram: a má qualidade de atendimento prestado por algumas comunidades e a falta de adequação para abrigar os dependentes em busca de tratamento. Para solucionar esses problemas, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract), em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), editaram uma resolução capaz de regulamentar o funcionamento de todas as comunidades terapêuticas existentes no país (SERRAT, 2002).

Em entrevista à revista ComCiência, Monte Serrat, professor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, justifica o aumento significativo de comunidades terapêuticas, como sendo uma resposta à evolução do consumo de drogas ilícitas por parte dos jovens. Alude, também, que em termos mundiais, o número de comunidades terapêuticas é muito grande, tanto em países de primeiro mundo, como também, em países de terceiro mundo e complementa:

Quando os princípios de recuperação, de resgate da cidadania, de reabilitação física e psicológica e de reinserção social são corretamente aplicados, os tratamentos apresentam resultados positivos e importantes. O objetivo é agir nos fatores psicossociais do paciente. A aplicação de

medicamentos fica por conta de comunidades próprias para esse fim, como hospitais e clínicas. Sob esse aspecto psicossocial, a participação da família é imprescindível. E o quadro atual é de mudança. Ao mesmo tempo em que o número de pessoas que ingerem drogas ilícitas aumentou, a compreensão e o enfrentamento dos familiares com relação ao problema melhoraram bastante. (SERRAT, 2002, p.2).

O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente, em ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. Tratamentos psico-sociais (psicólogo, assistente social, orientação vocacional, etc.), devem ser sempre incluídos na programação terapêutica das Comunidades.

As internações em Comunidades Terapêuticas (CT) costumam ser longas, durando vários meses. Aparentemente, quanto maior a estadia do indivíduo, maior a chance de obter abstinência após a alta, quando o indivíduo retorna ao seu meio ambiente (habitat) de origem. Suas principais indicações são indivíduos que apresentam graves conseqüências decorrentes do consumo de álcool e drogas, e que não possuam o mínimo suporte social (família, trabalho, etc.), para que a abstinência seja obtida em tratamento ambulatorial.

Assim, como em outros tratamentos residenciais para a dependência (internação), o paciente egresso do tratamento em CT deve, obrigatoriamente realizar seguimento ambulatorial e/ou participar em grupo de mútua-ajuda.

Enfim, algumas considerações de Goti (1997) sobre a abordagem nas Comunidades Terapêuticas, nos informam que essas, devem ser aceitas voluntariamente, nem se destina a todo tipo de dependente (isto ressalta a importância fundamental da Triagem como início do processo terapêutico). Muitas vezes algumas CTs, através de suas equipes, sentem-se onipotentes e "adoecem" acreditando que, se o residente não quiser ficar na CT é porque não quer recuperação. Não consideram que o residente tem o direito de escolher como e onde quer se tratar. Também, essas CTs devem reproduzir, o melhor possível, a realidade exterior para facilitar a reinserção; ter modelo de tratamento residencial; meio altamente estruturado: atuar através de um sistema de pressões artificialmente provocadas, estimulando a explicitação da patologia do residente, frente a seus pares.

Considera, ainda, Goti (1997) que na abordagem CT, os pares servem de espelho da conseqüência social de seus atos; há um clima de tensão afetiva e, o residente é o principal ator de seu tratamento, sendo que a equipe oferece, apenas,

apoio e ajuda.

Segundo a autora Goti (1997) do ponto de vista cultural, o fenômeno moderno da CT está inserido na proposta da filosofia existencial que deu vida a escola da psicologia, denominada Humanista.

A partir dos anos de 1970, as CTs que seguiam as modalidades “*Synanon*”, passaram por um período de declínio, devido a acusações de maus-tratos e atentados, foram aos poucos jogadas no ostracismo, além da constatação de que seus métodos de tratamento eram preponderantemente baseados em técnicas de confronto e desprovidas de profissionais especializados. Porém, no final dos anos de 1980, as CTs passaram por um processo de modernização, utilizando abordagens baseadas na psicanálise e nas terapias existencialistas cognitivas e comportamentais. Muitas comunidades passaram a incluir em seus quadros profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Foram, também, instituídas novas técnicas como, o aprendizado social e o treinamento de habilidades e iniciaram programas de investigação científica para avaliação dos serviços, como também melhorar a indicação e seleção dos pacientes e dos profissionais. (LARANJEIRA; et al, 2003).

Com estes avanços, principalmente com a presença de novos profissionais atuando nas Comunidades Terapêuticas, inclusive da enfermagem, percebemos a importância do envolvimento e participação dos profissionais da enfermagem nos programas de assistência, ensino e pesquisa, buscando aprimorar seus conhecimentos, para melhor atender esta clientela.

3.3 A Família e a Dependência Química

A drogadição pressupõe a presença da intersecção entre muitos sistemas, ou seja, acontece a interação entre o *drogadicto* e a droga, o *drogadicto* com ele mesmo e o *drogadicto* e os outros subsistemas com os quais ele se relaciona, como: família, polícia e o tráfico.

A família, tal como a concebemos hoje, passou por um longo período de transformação. Seu desenvolvimento foi permeado, não só por fatores culturais, sociais e religiosos, como também, políticos e econômicos. Estas influências

esculpiram as configurações familiares a partir dos acontecimentos, baseados nos valores de cada sociedade, numa determinada época, na qual as modificações ocorriam de acordo com cada contexto. Nesta perspectiva Engels (2000), afirma que:

A única coisa que se pode responder é que a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema (ENGELS, 2000, p. 91).

A idéia de que há influência da família no desenvolvimento da drogadição é relevante. No entanto, não se pode definir apenas um tipo específico de funcionamento.

Nem todas as famílias de dependentes químicos podem ser consideradas não funcionais, mas em muitas ocorre um processo de circularidade em que a não funcionalidade e o abuso de drogas reforçam-se mutuamente, mantendo assim, a homeostase² familiar.

A dependência química dentro de uma família traz uma grande dose de estresse, transformando-se rapidamente em uma doença de todo o grupo familiar. Este estresse é responsável pelo rompimento da estabilidade. Frente a tais problemas, são freqüentes os isolamentos sociais, as disfunções sexuais (em ambos), a inversão de papéis, confundindo assim, a parte com o todo.

A família tem um papel importante na criação de condições relacionadas, tanto ao uso abusivo de drogas, quanto aos fatores de proteção, funcionando igualmente como antídoto, quando o uso de drogas já estiver instalado (LEITE, 1999).

Dependência química com conseqüente distúrbio de conduta são capazes de gerar numa família inúmeros sentimentos, tais como: ansiedade, vergonha, raiva, que por sua vez levam à culpa e negação. Isto acaba por determinar o isolamento social, bem como, ambiente familiar de constantes brigas e ressentimentos.

Ao se pensar em prevenção, no que diz respeito à família, destaca-se que o uso de drogas pelos pais é um fator de risco importante, assim como, a ocorrência de isolamento social entre os membros da família. Também, é negativamente influente um padrão familiar disfuncional, bem como, a falta do elemento paterno.

² Tendência à estabilidade do meio interno do organismo.

São considerados fatores de proteção, a existência de vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como, a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas, também, devem ser consideradas e viabilizadas por meio da intensificação do contato entre os componentes de cada núcleo familiar.

Uma vez que a família é um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada, que forma a Dependência Química, muitas abordagens terapêuticas são "baseadas na família" e abrangem os fatores intrafamiliares, intra-individuais e socioculturais, de forma sistêmica.

Segundo Leite (1999, p. 19), "o papel da família é um fator fundamental tanto na dependência, como em seu tratamento".

Complementa o autor, afirmando que:

Alguns estudiosos chegam a considerar a dependência como uma patologia familiar (doença de origem no funcionamento familiar). A genética por um lado, é considerada responsável por 30% dos casos de alcoolismo, embora sua influência seja menor no caso de outras drogas. Por outro lado, a convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência (LEITE, 1999, p.19).

Engels (2000), refere-se a pesquisas que reforçam a idéia de que é preciso atingir as famílias e trabalhar os vínculos entre seus membros, nos casos dos indivíduos adictos que querem sair dessa situação, baseando-se que o tratamento do adicto se beneficiará da inclusão do sistema familiar no trabalho dos vínculos familiares, devido à ligação entre os mesmos.

A seguir apresenta-se a teoria de Joyce Travelbee, sustentação do presente estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, tem-se por objetivo apresentar a teoria de Joyce Travelbee, que servirá como sustentação teórica deste estudo, com o propósito de construir uma metodologia que amplie nossos conceitos e nos direcione, na análise da percepção dos clientes residentes de uma comunidade terapêutica, no tratamento de dependência química e em seu processo de recuperação, com vistas a sua melhor reinserção na família e comunidade.

4.1 Teoria da Relação Interpessoal por Joyce Travelbee

Joyce Travelbee foi uma enfermeira psiquiátrica, educadora e escritora, nascida em 1926 e falecida em 1973. Apesar da vida curta, sua contribuição para a enfermagem foi muito grande. Obteve o título de enfermeira em 1946, na *University of New Orleans* – USA. Em 1952, iniciou a carreira como educadora da enfermagem, ensinando Enfermagem Psiquiátrica em New Orleans. Em 1959, recebeu o título de mestre em Enfermagem pela *Louisiana State University* (MELEIS, 1997; LEOPARDI, 1999).

Travelbee começou a publicar artigos sobre a enfermagem em meados de 1960. Em 1966, publicou seu primeiro livro *Interpersonal Aspects of Nursing*, reeditado em 1971, em que discute o relacionamento interpessoal. Em 1969, publicou seu segundo livro, que em Espanhol recebeu o nome de *Intervencion en Enfermeria Psiquiatrica*. Em 1973, começou o programa de doutorado na Flórida, mas não conseguiu terminá-lo, pois morreu prematuramente nesse mesmo ano (MELEIS, 1997; LEOPARDI, 1999).

Para Travelbee a enfermagem,

[...] é um processo interpessoal entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda. O objetivo desta ajuda é proporcionar os meios para o cliente enfrentar a situação da doença, aprender com a experiência e encontrar o seu significado (LEOPARDI, 1999, p. 85).

Apresenta-se a seguir os pressupostos da teoria de Travelbee, adaptando-

se à recuperação da dependência química, ao tratamento, ao sofrimento psíquico, ao cuidado e ao enfermeiro atuando com o residente, são eles:

1. A finalidade do cuidado profissional é conseguida através do estabelecimento do relacionamento pessoa-a-pessoa;
2. Somos seres humanos únicos, mas similares em nossa natureza;
3. A qualidade e a quantidade do cuidado oferecido ao residente são influenciadas pela percepção do enfermeiro e do residente;
4. Para estabelecer o relacionamento terapêutico, é necessário ir além dos papéis de enfermeiro e residente;
5. A doença e o sofrer são experiências espirituais, físicas e emocionais;
6. O enfermeiro estabelece um relacionamento através da comunicação, o que lhes permite cumprir a finalidade dos cuidados;
7. O enfermeiro pode ajudar as pessoas a encontrar um significado na sua recuperação e assim ajudá-los a lidar com ela;
8. A bagagem filosófica do enfermeiro ajuda o residente e a sua família a encontrar um significado na experiência de recuperação;
9. É de responsabilidade do enfermeiro ajudar o residente e sua família no processo de recuperação (TRAVELBEE,1979);

A concepção de ser humano é um dos pontos mais importantes da teoria de Travelbee, pois, é a partir desta concepção de unicidade que ela valoriza a compreensão e aceitação das pessoas como elas são, respeitando suas individualidades, limitações e potencialidades. É preciso destacar que este conceito precisa ser considerado, não só para a pessoa do residente, mas também, para o enfermeiro que irá relacionar-se com ele.

4.2 Conceitos inter-relacionados

4.2.1 Enfermagem

Para Travelbee enfermagem é um processo interpessoal e um serviço comprometido com a mudança e a influência de outros, onde o enfermeiro é o profissional que assiste o paciente e a família na prevenção e no enfrentamento da

doença e sofrimento, se possível, os auxilia do encontro de significado para esta experiência. O enfermeiro tem esta capacidade, por ter adquirido um corpo de conhecimento especializado e é necessária que tenha percepção desenvolvida, a partir de suas experiências e comunicação, uma vez que se envolve com o paciente, estabelecendo assim uma relação pessoa-pessoa (LEOPARDI, 1999).

Em outras palavras, o foco da teoria de Travelbee é a relação pessoa-pessoa, com o intuito de auxiliar a pessoa e família na compreensão dos processos de dor e sofrimento vividos. Vê na relação enfermeiro/paciente os sujeitos da ação, numa relação de satisfazer as necessidades do paciente, onde o enfermeiro controla e escolhe os métodos eficazes para a ajuda (LEOPARDI, 1999).

Também é perceptível na teoria de Travelbee que a sua abordagem dentro da enfermagem é ampla, envolvendo não só a pessoa do doente, mas tudo e todos que o cercam.

Ao definir o enfermeiro, Travelbee (1979) o identifica como uma pessoa com conhecimento, interessada em ajudar os outros e a si mesma, em prevenir enfermidades, promover a saúde e ajudar os doentes a encontrar um sentido na vida a partir de sua enfermidade. Coloca que, a tarefa do profissional é ajudá-los a encontrar um significado para a experiência. Esta concepção é fundamental para ajudar os residentes a aderir a recuperação e encontrar caminhos para enfrentá-la.

4.2.2 Percepção

É o movimento interno de uma pessoa pelo qual toma ciência da realidade, consciência do mundo que o cerca, em conformidade com suas experiências (LEOPARDI, 1999), fundamental na terapia de recuperação para saber exatamente onde o residente se encontra, qual a etapa de tratamento ou como se encontra após o tratamento recebido.

Relacionando-se a percepção ao residente, pode-se focá-lo no tratamento, durante a etapa da negação, onde o mesmo não admite ser um dependente. Este “encontrar sentido na experiência” de que fala Travelbee, faz com que o residente e sua família busquem dentro de si forças capazes de mudar a realidade, pois vários estudos (SCHNEIDER, 2001; OLIVEIRA, 2001; MORENO & ALENCASTRE, 2002), descrevem que as famílias apresentam dificuldades no relacionamento com o

dependente químico, como por exemplo, a falta de habilidade para lidar com situações como agressividade e alterações do humor.

Segundo Marques e Ribeiro (2003), o conceito de dependência química pode ser entendido como uma condição que varia ao longo de um *continuum* de severidade, onde o ponto inicial é abstinência e o uso experimental. Esse conceito de *continuum* indica, segundo Figlie (2004), que não há uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência.

4.2.3 Comunicação

A capacidade humana de se fazer entender e ser entendido troca de informações e significados sobre o mundo e sobre si mesmo. Permite ao enfermeiro estabelecer uma relação pessoa-pessoa. Portanto, vale aqui repetir-se que é fundamental na terapia, saber exatamente onde o indivíduo se encontra, no intuito de tratá-lo da melhor forma possível e será essa comunicação que fará com que o enfermeiro consiga ainda na etapa da negação, saber em qual sub-etapa o residente se encontra, ou seja, negando que usa substâncias psicoativas (SPAs), ou admitindo que usa SPAs, mas não vendo problema algum no uso, por exemplo.

Travelbe (1979), ao falar da comunicação com o paciente, descreve algumas técnicas que o enfermeiro pode levar em consideração, entre elas: saber a hora de falar e de calar-se; discutir temas relevantes e apropriados a cada situação; saber ouvir, mesmo que seus pensamentos divirjam dos pensamentos do outro; usar seus atributos pessoais, como caráter, a experiência anterior, o bom senso, o conhecimento científico e a preocupação com o bem-estar do residente nas diversas etapas de sua recuperação.

Segundo Travelbee, o trabalho do enfermeiro, por sua vez, só será possível a partir do estabelecimento da comunicação. Comunicar-se com outra pessoa pode ser uma experiência significativa ou pode não ter nenhum significado, dependendo de como ela é desenvolvida. É através da comunicação que o enfermeiro descobre a finalidade de seu cuidado, que ele ajuda os indivíduos e suas famílias a lidar com as experiências da doença/dependência.

4.2.4 Relação pessoa-pessoa

Quanto ao relacionamento terapêutico ou relação pessoa-a-pessoa, é descrito como uma meta a ser alcançada, sendo resultado final de uma série de interações planejadas entre os seres humanos – enfermeiro e paciente – durante as quais estes desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais. Destaca que, uma das características desta relação é de que ambos experimentam o crescimento e mudança de comportamento (TRAVELBEE, 1979).

Reflete-se assim, com a teoria de Joyce Travelbee, sobre a importância da relação interpessoal do enfermeiro com o residente, a partir do momento que entra para a CT com dificuldades em se expressar e, principalmente, em lidar com os mesmos de uma forma assertiva e tranqüila durante a vivência no processo de recuperação, segundo a teoria de Travelbee, é de suma importância e indispensável a relação pessoa-pessoa, para a ajuda prestada aos adictos que querem sair dessa situação.

Interação entre seres humanos, na qual não é evidenciado qualquer processo de hierarquia. Ambos podem compartilhar seus sentimentos, valores e significados, através do processo de comunicação. É, antes de tudo, uma relação que se faz entre o enfermeiro e o beneficiário de seus cuidados. Neste estudo a relação pessoa-pessoa acontecerá através da interação entre os residentes e o pesquisador, acadêmico de enfermagem, para evidenciar suas percepções, após o tratamento e recuperação na CT.

Segundo a autora, como fundamental para o êxito do relacionamento pessoa-a-pessoa, é o compromisso dos envolvidos. Isto faz com que a relação seja única e original, já que cada momento não pode ser repetido. Para ela, a interação não pode existir sem compromisso. Comprometer-se, significa transcender-se e interessar-se pelo bem-estar da outra pessoa. Quando se refere a transcender, quer dizer que o seu compromisso vai muito mais além do esperado, que envolve e ultrapassa todas as dimensões que se relacionam a vida daquele ser humano. O enfermeiro deve se preocupar com a pessoa como um todo, inclusive seu lado espiritual e relacionamento com o mundo ao qual pertence (TRAVELBEE, 1979).

4.2.5 Sofrimento

Na visão de Travelbee, o sofrimento é um sentimento de desprazer que percorre, desde um simples desconforto mental, físico ou espiritual, a uma angústia extrema, incluindo as fases além da angustia, que são: o desespero e negligência de si mesmo e a fase terminal da indiferença apática, sendo uma experiência variável em intensidade, de indivíduo para indivíduo.

A autora acredita ainda, que o cuidado do enfermeiro ao residente, ainda como paciente, deve estar pautado no relacionamento humano, envolvendo a empatia, a simpatia e o *rapport*. Na segunda edição do seu livro *Interpersonal Aspects of Nursing*, considera que o enfermeiro deve procurar, não somente aliviar a dor física do outro, mas transcender ao cuidado físico e ver a pessoa inteira, o seu sofrer, o seu estado mental e espiritual (THOMAS & CARVALHO, 1999).

Conforme Travelbee (1979) a doença e o sofrer são experiências espirituais, físicas e emocionais, em que a bagagem filosófica do enfermeiro ajuda o residente e a sua família a encontrar um significado na experiência de recuperação.

4.2.6 Comunidade

A comunidade tem papel fundamental na recuperação do dependente químico, por isso coloca que, o enfermeiro e a família ajudam o paciente na recuperação da saúde. Para essa autora a comunidade é definida como um grupo de pessoas que vivem dentro de uma área geográfica determinada e que se relacionam entre si.

Já, o termo comunidade, segundo De Leon (2003, p.36), “denota o método – ou abordagem – primário empregado para alcançar a meta da mudança individual”.

Refere ainda Travelbee, que a atenção oferecida pelo enfermeiro pode ser individual ou grupal, que engloba, também, a família, direta ou indireta. Na atenção direta ele pode ajudar as pessoas a enfrentarem a pressão imposta pelo sofrimento da doença, e na atenção indireta ele ajuda as pessoas a conhecerem os recursos disponíveis na comunidade. Além disso, pode atuar como instrutor da comunidade em assuntos de família (TRAVELBEE, 1979).

Porém, de acordo com Waidman; Elsen; Marcon (2006), Travelbee aponta

que, é papel do enfermeiro atuar como instrutor da comunidade em assuntos de família, porém, não explícita como fazê-lo, neste sentido, estudos, visando melhor compreensão deste papel, seu conteúdo e estratégias, são igualmente requeridos para a complementação da teoria.

De acordo com a Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas dos Estados Unidos as CTs são definidas como um tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação. As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade. (ARAÚJO, 2003).

Conforme Fracasso (*apud* HILDEBRANDT, 2004, p. 42):

[...] o objetivo da Comunidade Terapêutica é o crescimento das pessoas através de um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudar o indivíduo a desenvolver o seu potencial. O programa terapêutico-educativo a ser desenvolvido no período de tratamento tem como objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma pessoa livre através da mudança de seu estilo de vida.

Conforme ainda Waidman; Elsen; Marcon (2006), apesar de os escritos de Travelbee serem anteriores às discussões sobre desinstitucionalização ocorridas no mundo, ela traz, em sua teoria, a preocupação com o trabalho comunitário do enfermeiro, tanto na prevenção, quanto da reabilitação do doente. Apesar de suas idéias serem inovadoras, até para nossos tempos, pensa-se que o fenômeno da desinstitucionalização e da reinserção social precisa ser incorporado ao trabalho da teórica.

Uma outra lacuna percebida na teoria, está relacionada à parceria ou ao compartilhar de saberes, que não é discutido por Travelbee, apesar destas questões estarem implícitas em seus escritos, elas precisam ser esclarecidas e explicitadas, pois na experiência em abordagem de famílias de pessoas com dependência química, esse aspecto é fundamental.

Concorda-se com o pensamento de Esperidião (2001), quando diz que, as iniciativas que procuram redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde, carecem de uma discussão sobre o significado do cuidado com dependentes

químicos e, principalmente, com ex-residentes, criando uma cultura de solidariedade e vivência de cidadania que garanta a inclusão social do indivíduo e sua família, resguardando sua autonomia e dignidade, favorecendo o processo de recuperação.

Para dar segmento à pesquisa, teve-se, como orientação, o caminho metodológico descrito no próximo capítulo.

5 METODOLOGIA

O método usado em pesquisa representa a escolha dos procedimentos a serem adotados para coleta, descrição, análise e explicação de um fenômeno. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), metodologia é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permite alcançar, com segurança e economia, o objetivo, o conhecimento e verdades, traçando o caminho a ser seguido, detectando prováveis erros e auxiliando nas decisões dos cientistas.

5.1 Caracterização da Pesquisa

Para o desenvolvimento do presente estudo, adotou-se como método de pesquisa, qualitativo-descritivo, que segundo Gil (2006), o método qualitativo, por ser o mais indicado ao tratar-se de dados subjetivos, uma vez que, permite o contato direto com o sujeito pesquisado, através do qual ele pode revelar-se, tanto em sua fala, quanto em seu silêncio, obtendo-se uma referência a seu respeito e do mundo que o cerca, ou seja, suas atitudes, valores, aspirações e crenças. Significados estes que, segundo Minayo (2004), vão além das mensurações qualitativa.

Descritivo porque visa descrever as características de determinada população, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionário e entrevista, assumindo, em geral, a forma de levantamento.

Neste caso, este método permitiu conhecer as percepções e os significados da experiência dos clientes, residentes em uma comunidade terapêutica para tratamento da dependência química, quanto ao processo de tratamento e recuperação por eles vivenciados.

5.2 População de Estudo

Os participantes desta pesquisa foram 10 clientes, do sexo masculino, de uma Comunidade Terapêutica para o tratamento de dependência química, que aceitaram participar do estudo. Foram selecionados 3 residentes, com 3 meses de

permanência na comunidade, (desintoxicação); 5 residentes, com seis meses de permanência (interiorização); e 2 residentes, com 9 meses de permanência (ressocialização), selecionados de forma aleatória. Segundo Marconi e Lakatos (2003), a escolha aleatória dos pesquisados significa que a seleção se faz de forma pela qual cada membro da população tenha a mesma probabilidade de ser escolhido. Esta maneira permite a utilização de tratamento estatístico, que possibilita compensar erros amostrais e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra.

Alguns nomes foram sorteados do plano de vagas conforme o tempo de permanência, em seguida foi feito o convite para os residentes participarem do estudo, até que completou o número de 10 participantes. Após terem aceitado o convite, os participantes foram orientados quanto aos cuidados éticos da Resolução 196/96 do CONEP.

Importante se faz esclarecer que, os participantes, por questões éticas, tiveram seus nomes resguardados, sendo representados por nomes de pedras preciosas.

Para conhecer melhor a população estudada foi traçado o perfil dos entrevistados, oferecendo subsídios e dando maior visibilidade sobre a clientela estuda, contribuindo para maior compreensão do tema pesquisado.

Foram levantados dados relacionados com a idade, escolaridade, profissão, tempo de dependência química, tipos de drogas utilizadas, tempo de tratamento e número de internações, os quais traçaram a caracterização dos participantes em relação ao fenômeno pesquisado. Os dados foram processados no programa Excel. Assim, apresenta-se a seguir, os dados obtidos, conforme os gráficos demonstrativos.

O gráfico 1, a seguir, refere-se à característica da idade dos entrevistados.

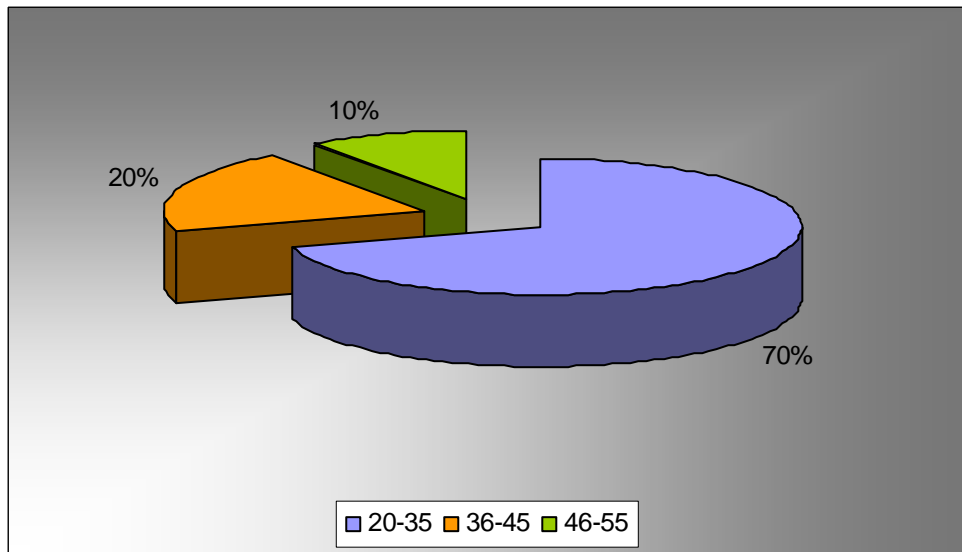


Gráfico 1 – Caracterização dos entrevistados quanto à idade

Fonte: A pesquisa

O gráfico 1 pontuou que 70% dos entrevistados encontram-se na faixa etária dos 20 a 35 anos, seguidos de um percentual de 20% com 36 a 45 anos e 10% com idade entre os 46 e 55 anos.

Logo, outra característica comprovada e demonstrada no gráfico 2, é sobre a escolaridade dos entrevistados.

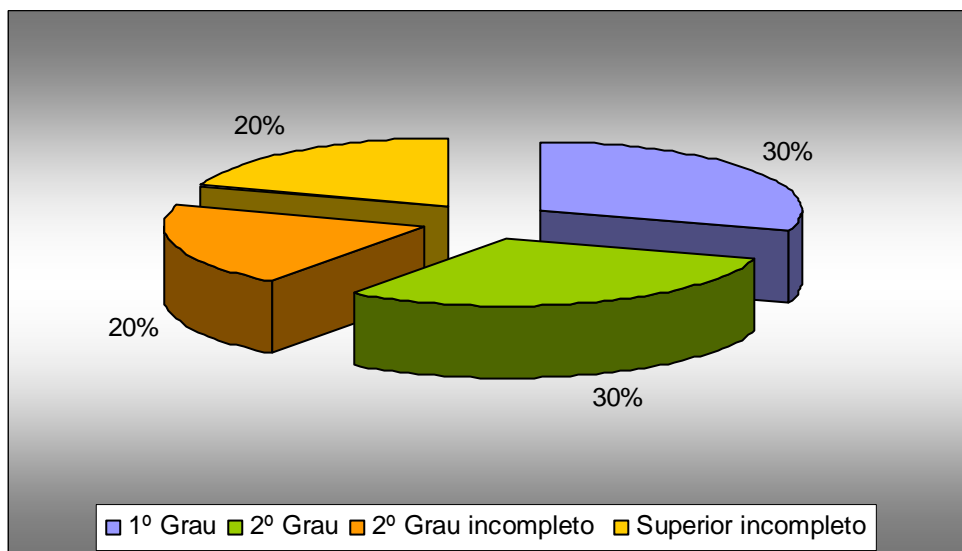


Gráfico 2 - Caracterização dos entrevistados quanto à escolaridade

Fonte: A pesquisa

Como se pôde observar neste gráfico, referente a escolaridade, predomina o ensino superior incompleto e o 1º grau, ambos com 30%, bem como, num percentual

de 20% respectivamente têm-se o 2º grau completo e incompleto.

O gráfico abaixo, demonstra a caracterização quanto à profissão.

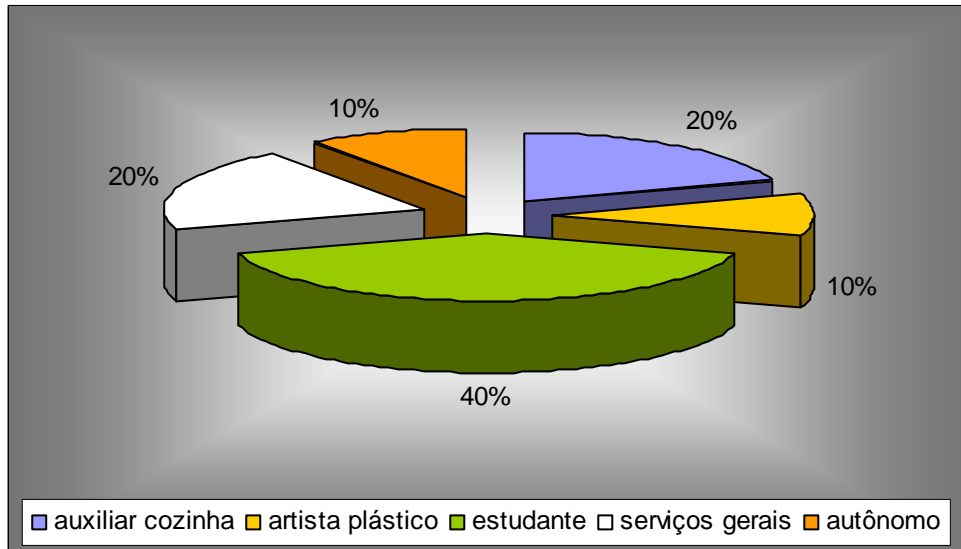


Gráfico 3 – Caracterização dos entrevistados quanto à profissão

Fonte: A pesquisa

O Gráfico 3 proporcionou a visualização de que, a maioria, (40%), dos entrevistados, caracteriza-se como estudantes, destacando-se com 20% respectivamente a profissão de auxiliar de cozinha e serviços gerais, seguidos da porcentagem igual (10%) para as profissões artista plástico e autônomo.

Também preocupou-se em caracterizar a população do estudo quanto ao tempo da dependência química, o que se pode visualizar no próximo gráfico.

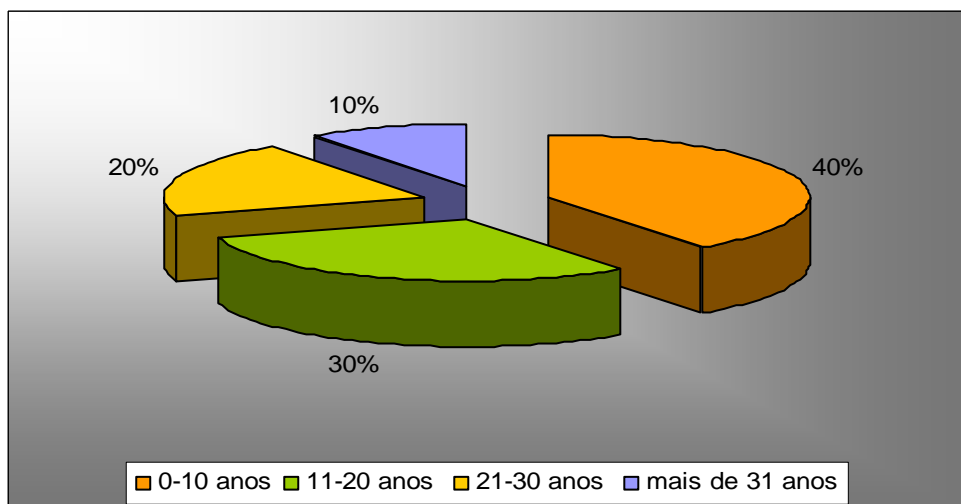


Gráfico 4 – Caracterização dos entrevistados quanto ao tempo de dependência química

Fonte: A pesquisa

O gráfico 4 permite visualizar que 40% foram dependentes químicos entre 0 a 10 anos; logo a seguir, 30% dos entrevistados caracterizaram-se como dependentes ,entre 11 e 20 anos, sendo que, um percentual, também, muito significativo encontrou-se dependentes por um período de 21 a 30 anos e, com percentual de 10%, entrevistados que foram dependentes com mais de 31 anos.

Esta dependência refere-se às drogas especificadas no gráfico 5.

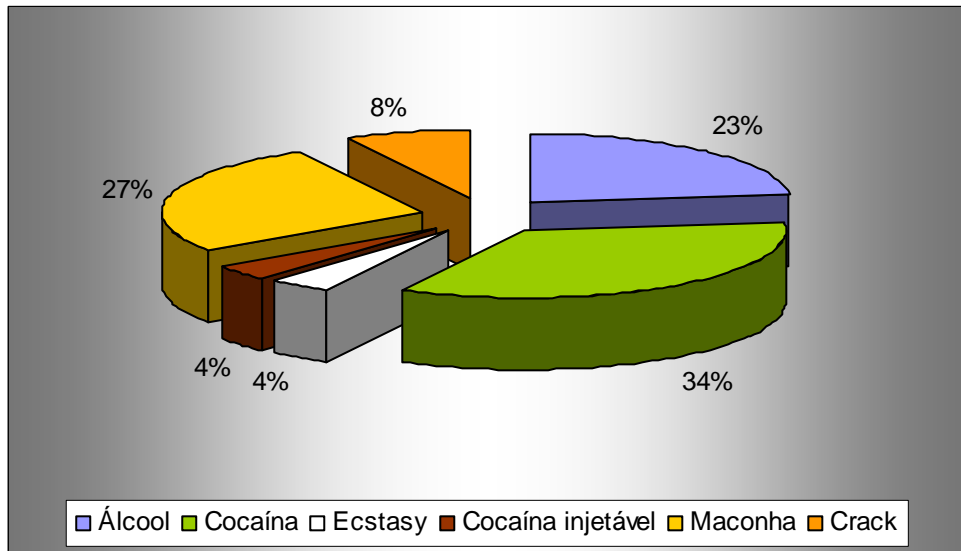


Gráfico 5 – Caracterização dos entrevistados de acordo com o tipo de droga usada

Fonte: A pesquisa

Conforme o gráfico 5, percebe-se que o maior percentual (34%), eram usuários de cocaína, sendo que também com um número bastante significativo, ou seja num percentual de 27% e 23% respectivamente, encontra-se a maconha e o álcool. O crack foi a droga de dependência de 8% dos entrevistados seguido do ecstasy e da cocaína injetável, com 4% respectivamente.

No entanto, os dados levantados na realização da pesquisa possibilitaram a visualização de que, há 80% de casos de dependência múltipla, como se um tipo de compulsão, ou dependência, abrisse caminho a outros tipos. Sendo assim, criou-se um quadro demonstrando os tipos usados por cada dependente, exposto a seguir.

RESIDENTES	TIPOS DE DROGAS
Ouro	Álcool
Diamante	Maconha, álcool e cocaína
Rubi	Cocaína
Ametista	Maconha, cocaína e <i>crack</i>
Safira	Maconha e cocaína
Esmeralda	<i>Ecstasy</i> , álcool, maconha e cocaína
Pérola	Álcool, maconha e cocaína
Topázio	Cocaína
Opala	Álcool, maconha e cocaína
Água marinha	Álcool, maconha, cocaína, coca injetada e <i>crack</i>

Quadro 1 – Residentes e o tipo de drogas usadas

Fonte: A pesquisa

De acordo com o quadro baseado nas entrevistas e no embasamento teórico que serviu de alicerce à pesquisa, ficou constatado que a maioria dos relatos, de fato, traz uma seqüência de usos e abusos que se iniciam a partir de um tipo específico de droga, geralmente, o álcool, provavelmente, pela facilidade que pode ser encontrado.

Depois da adicção em álcool, normalmente, segue a adicção em maconha e depois cocaína, vindo depois as drogas ainda mais pesadas, como a cocaína injetada e o *crack*. O *ecstasy* surge como uma droga emergente, cujos efeitos de dependência devem ser estudados.

O gráfico a seguir relata a caracterização dos entrevistados, quanto ao tempo de tratamento, possibilitando constatar que:

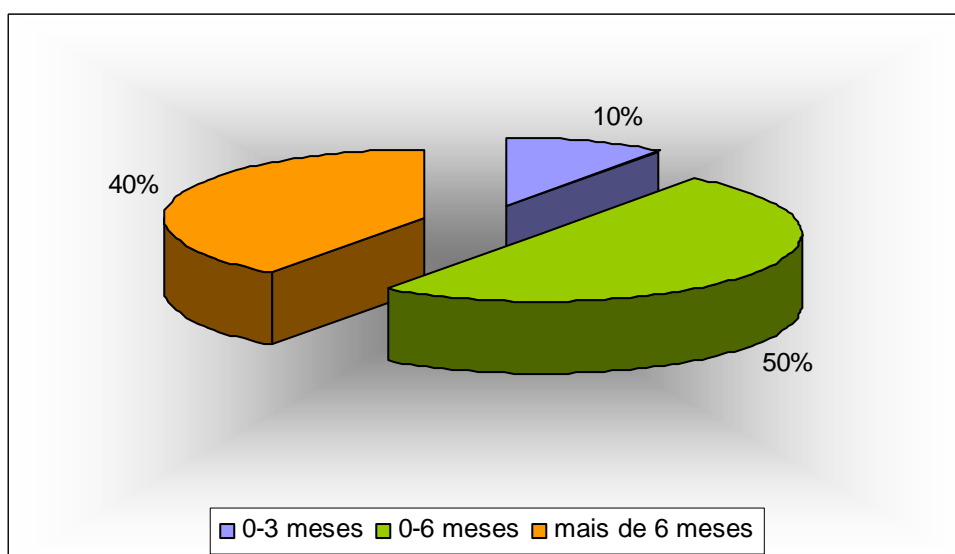


Gráfico 6 – Caracterização dos entrevistados quanto ao tempo de tratamento

Fonte: A pesquisa

O percentual de 50% ficou em tratamento por seis meses até conseguir realmente reabilitar-se. Já, 40% confirmaram terem ficado mais de seis meses em tratamento, para, só então, conseguirem reabilitar-se com dignidade e respeito por si próprio; e, com um percentual de 10%, encontrou-se aqueles que ficaram apenas 3 meses em tratamento para, então, serem considerados pacientes reabilitados da dependência.

Também, foram caracterizados os entrevistados quanto às vezes de internação, o que pode ser constatado no gráfico 7.

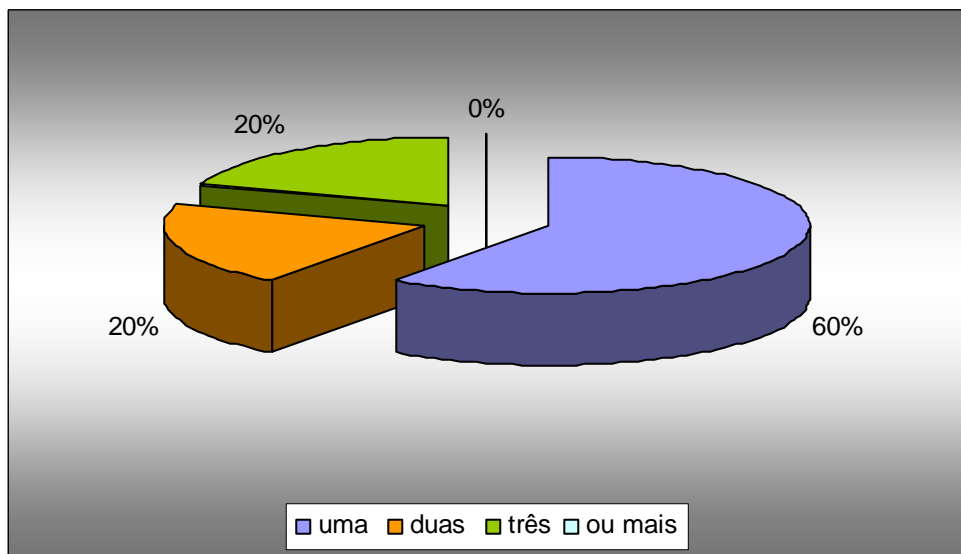


Gráfico 7 – Caracterização dos entrevistados quanto ao número de internações

Fonte: A pesquisa

O gráfico pontuou que 60% ou seja, a grande maioria foi internada apenas uma vez para realizar o devido tratamento, sendo que os outros 40% ficaram igualmente divididos entre duas ou três vezes de internação.

5.3 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma Comunidade Terapêutica para tratamento de dependência química, localizada no município de Florianópolis – SC. O presente local foi selecionado, tendo por base os seguintes critérios: pela vivência em um serviço voluntário por parte do acadêmico pesquisador; tempo de existência desse tipo de atendimento ao dependente químico, aproximadamente de 14 anos; ser uma

rede alternativa de atendimento; prestar atendimento diário aos usuários, garantindo atenção e acolhimento.

A instituição, aqui referida, é filiada à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT, desde 1993. É uma organização não governamental (ONG), cuja equipe formada por profissionais, funcionários e voluntários, dedica-se ao acompanhamento dos dependentes em recuperação, desenvolvendo atividades de trabalhos, disciplina e oração, com a intenção de promover laços de convivência afetiva, valorizando o individual e o coletivo, possibilitando assim, um adequado tratamento e a inserção no mercado de trabalho.

Oferecem atividades de psicoterapia de grupo, grupos de auto-ajuda, terapia racional emotiva, prevenção da recaída, aconselhamento individual, entrevista motivacional, laborterapia, videoterapia, espiritualidade, arte terapia, atividades culturais, recreativas e de lazer entre outras atividades terapêuticas.

A CT também faz uso do tratamento baseado na metodologia dos 12 PASSOS, porque, segundo a mesma, é uma abordagem espiritual, não religiosa que, depois de tantos anos e pelo mundo inteiro, tem sido a metodologia mais eficaz para tratar dependência.

Trata-se esta, de um sumário do processo de recuperação de AA, que acontece num contexto grupal, conforme registro em *Relatos e Experiências* (1994, p.134), os quais foram escritos no plural e resumem-se em:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool -- que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos,

procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades³.

Portanto, utiliza-se de ferramentas capazes de atender o residente em todas as áreas de sua vida, pois, entende que se trata de uma doença que atinge o ser humano nos aspectos bio-psico-social e espiritual.

Com capacidade de atender 40 pessoas, a Instituição dedica-se exclusivamente ao tratamento de dependentes químicos do sexo masculino. O tratamento é formado por diferentes atividades, contemplando reuniões de grupo, palestras, capacitação de multiplicadores de informações sobre drogas e problemas relacionados, prática de esportes, incentivo à espiritualidade e reintegração ao trabalho de acordo com o potencial de cada residente. Outra parte importante do tratamento é o acompanhamento médico e psicológico que ocorre semanalmente, além do atendimento odontológico - realizado em um consultório completo montado dentro da própria comunidade.

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de 08 a 23 de setembro de 2008, como instrumento foi utilizada a entrevista semi-estruturada, cuja modalidade desta prevê a possibilidade de manter o foco no interesse da pesquisa e procura o sentido particular da experiência. Foi realizada a coleta de dados com uma entrevista, aproximadamente, de uma hora, através de um questionário já previamente elaborado com uso de um gravador pra coletar as falas dos residentes, num ambiente privado, com total preocupação do anonimato, já que, NA e AA, presam muito estes princípios, com tradições e conceitos na irmandade das mesmas.

Segundo Gil (2006), a entrevista semi-dirigida ou semi-estruturada especifica as áreas que devem ser exploradas, mas não estrutura as perguntas, nem a seqüência destas. Sendo assim, optou-se por este tipo visando conhecer o processo de recuperação dos clientes entrevistados, suas concepções, percepções e critérios de valorizações a respeito da instituição e do tratamento recebido.

As entrevistas ocorreram através de encontros, a princípio sendo previsto 1

³ Alcoholics Anonymous. World Services, Inc. (1976b), p. 78.

(um) encontro para cada participante, as entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente analisadas.

5.5 Análise dos Dados

Para análise dos dados foi utilizado o método de “Análise Temática”, o qual, segundo Minayo (2004), comporta um feixe de relações que pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo. Operacionalmente, desdobra-se em três etapas: 1) Pré-Análise: são determinadas nesta fase, as unidades de registro – palavras chave ou frases, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização e os conceitos teóricos gerais que orientarão a análise, levando-se em conta a questão central e objetiva da pesquisa; 2) Exploração do Material: consiste na transformação dos dados iniciais obtidos, objetivando a compreensão do texto a partir do seu núcleo de sentido. Procede-se o recorte do texto em unidades de registro e realiza-se a classificação e agregação dos dados; 3) Tratamento dos Resultados Obtidos: ocorre a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

Com a análise temática se podem identificar os significados das temáticas que emergiram a partir das entrevistas com as pessoas pesquisadas. Assim, essa técnica se mostrou apropriada uma vez que norteou o processo de extração das informações relevantes associadas com cada unidade de registro – tema, apontada nos depoimentos dos sujeitos.

A análise proposta por Minayo (2004) aborda como uma descoberta de núcleos de sentido evidenciados a partir dos temas que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência apresentam significado para o objetivo analítico do estudo. Neste tipo de análise, a unidade de registro é denominada de tema, e, representa uma unidade de significação que se desloca naturalmente do texto analisado, seguindo critérios relacionados à teoria que serve de guia à leitura do documento em análise (BARDIN, 2002).

Em posse do material transcrito, procederam-se várias leituras, feita uma garimpagem, para então se fazer a seleção do material a ser analisado. O material foi codificado e agrupado em categorias, conforme os conteúdos mais relevantes

que foram aparecendo no texto. A partir daí foi feita a discussão com a contribuição do referencial teórico e de outros autores presentes na revisão de literatura.

5.6 Aspectos Legais e Éticos

Salienta-se que, para realização deste estudo, a privacidade e a individualidade da população estudada foram respeitadas de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa, seja indivíduo, seja coletividade (BRASIL, 1996).

Portanto, para elaboração do estudo foram obedecidos os princípios éticos que regem a pesquisa, com seres humanos, conforme Resolução nº. 196/CNS, como:

- Apresentação do projeto e autorização da Instituição para realização do estudo;
- Inscrição do Projeto no SISNEP (Sistema Nacional de Ética em Pesquisa);
- Aprovação do Projeto na qualificação junto ao Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVALI;
- Aprovação do Projeto pela Comissão de Ética da UNIVALI;
- Esclarecimento, aos participantes, do objetivo do estudo e procedimentos para a coleta de dados;
- Assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Direito, aos participantes de desistir do estudo a qualquer momento;
- Preservação do sigilo e anonimato;
- Firmado o compromisso para apresentação dos resultados à população do estudo em um encontro com os participantes da pesquisa e corpo de funcionários da instituição, após o término dos trabalhos.

Sendo assim, os participantes envolvidos na pesquisa tomaram conhecimento da proposta metodológica, objetivos e finalidade deste estudo e somente após decisão espontânea de participarem, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. (APÊNDICE 2). Situação que permitiu que se iniciasse a coleta de dados.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados extraídos do levantamento realizado por meio das entrevistas, que foram analisados à luz do referencial teórico de Travelbee e da revisão de literatura, seguindo as etapas da análise de conteúdo temática, as quais, de acordo com Minayo (2004), no caso do presente estudo, envolveram a descoberta dos sentimentos e percepções dos residentes da comunidade terapêutica, cujo sentido foram ressaltados no texto, como também a busca de seus significados relacionados ao processo de tratamento e recuperação dos sujeitos estudados.

O método descritivo qualitativo, pré-escolhido na metodologia deste estudo, possibilitou o conhecimento do processo vivencial revelando os significados da experiência dos clientes, residentes na comunidade terapêutica para tratamento da dependência química, quanto ao processo de recuperação por eles experienciados. Sendo assim, da análise dos dados surgiram quatro categorias que revelaram sentimentos e percepções dos portadores de dependência química, quanto à experiência vivida no processo de tratamento.

Estas categorias são:

- 1. Sofrimento: o sentimento presente na experiência**
- 2. Processo de tratamento: o caminho da recuperação**
- 3. Relação pessoa-pessoa: a interação que permeia o processo**
- 4. Família e “outros”: o apoio esperado**

A seguir apresentar-se-á as discussões dos resultados apurados a partir de cada categoria.

6.1 Sofrimento: o sentimento presente na experiência

Na fala dos participantes desta pesquisa foram relatados inúmeros

sentimentos que denunciam a presença do sofrimento psíquico.

Na compreensão da psicanálise, o sofrimento psíquico foi abordado de diversas maneiras, como: sintoma, inibições, angústias, distúrbio de caráter, compulsões à repetição, foram algumas de suas expressões mais freqüentes (DUNKER, 2008).

Neste campo, os participantes deste estudo destacam sentimentos como: angustia generalizada, insegurança, medos, impotência, mágoa, decepção, frustração, insatisfação, conflitos de decisão, ansiedade, estresse, sensação de morte, saudade, tristeza, culpa, solidão, conformismo, perdas, desesperança, pensamentos suicidas, lembranças negativas do passado, descrença, sentimentos de abandono, necessidade de desabafar, conflitos de pensamento.

No relato dos residentes o sofrimento está ligado à falta ou distanciamento da droga, ao medo da abstinência, da baixa auto-estima, como também, do distanciamento da família, dos amigos, das perdas da vida e possibilidade de lazer. Rubi em sua fala confirma a presença deste sentimento.

A falta de droga, a abstinência, alucinações, gosto na boca sonhos com a droga, e só com o poder superior de Deus se consegue vencer estes poderes insanos e se vai conscientizando de que estar 'são' (sóbrio, saudável) é melhor, nos primeiros três meses é mais difícil. (RUBI).

Confirmado, também, na fala de Água Marinha:

[...] a abstinência a principio me derrubou e me senti inútil e sem droga não sabia o que fazer. A vida, tudo perdeu o sentido porque tudo que tinha sentido para mim era a droga e então fiquei sem sentido. A dor da retirada da droga para mim foi um luto, a morte de alguém, eu perdi o sentimento por mim, como se estivesse perdido uma mulher que eu amasse.

Dentro de uma definição sucinta de sofrimento, Daly (1995a, p. 50), diz que na perspectiva de Parse, o sofrimento “é um peso agonizante incitado ao se estar com ou separado de outras pessoas, objetos, e situações que se mostram como de uma leveza, com peso emocional suportável”. As descrições dos fenômenos do sofrimento podem incluir, muitas vezes conforto ou desconforto, a escolha do sofrer pode nos ligar aos outros ou nos separa das pessoas.

Para Travelbee (1979), o sofrimento é um sentimento de desprazer que vai de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual, a uma angústia extrema, incluindo as fases além da angústia, que são o desespero e negligência de

si mesmo e a fase terminal da indiferença apática, podendo variar de indivíduo para indivíduo. Conforme o relato abaixo:

Há momentos em que se reflete se quer viver ou se quer morrer e então me conscientizei que com a droga eu não poderia viver, ela só me destruiu e destruí outras pessoas e então veio a vontade de ser diferente de me modificar (TOPÁZIO).

Outro entrevistado respondeu;

Eu tinha um caráter muito ruim, todos desprezavam então mudei de objetivo, resolvi mudar de vida, passava as pessoas ficavam assustadas eu tinha medo de ser preso ou morrer de ser morto por traficantes (AMETISTA).

Na teoria de Parse, o sofrimento humano pode ser construído através do processo humano-universo e que pode estar ligado com outros valores, como perdas, tristeza, sonhos e visões do mundo (DALY, 1995b).

Também, revelou que a maior dificuldade foi,

[...] na hora que fui dormir os pesadelos, sonhos com bichos e feras que me agarravam, acordei-me agoniado, sonhava com drogas, depois foi passando, depois eu comecei a perceber e fui voltando como era antes da droga e vi como elas modificaram minha vida. (AMETISTA).

O sentimento de ansiedade é o mais presente, praticamente todos os participantes referiram este sentimento e os trouxeram carregados de muito sofrimento.

A ansiedade é vista como um sentimento íntimo de apreensão, mal estar, preocupação, angústia e/ou medo, acompanhado de um despertar físico intenso. Ela pode surgir como uma reação a um perigo específico identificável, ou em resposta a um perigo imaginário; angústia vaga. A pessoa sente que alguma coisa terrível vai acontecer, mas não sabe o que é nem por que. Enfim, de acordo com Collins e Davidoff (2001, p.390), pode-se definir ansiedade como “uma emoção caracterizada por sentimentos de antecipação de perigo, tensão e sofrimento e por tendência de esquiva e fuga”.

Esta definição está de acordo com Stuart e Laraia (2001, p.306), que afirmam tratar-se de “[...] uma emoção e uma experiência individual subjectiva.”

Referente aos efeitos da ansiedade, Collins e Davidoff (2001), alertam que a ansiedade provoca reações ou efeitos dos mais variados, em algumas áreas da nossa vida, como Reações Defensivas. Desde a regressão (comportamentos

infantis), passando pelo retraimento, negação, fantasia, racionalização repressão, projeção, até a agressividade (inclusive direcionadas para pessoas inocentes), várias são as reações defensivas (mecanismos de defesa). Também, reações físicas na qual o prolongamento da ansiedade costuma comprometer a saúde.

No contexto, o entrevistado Ametista afirmava que: “[...] devido à ansiedade, vê-se, às vezes, se manipulando, achando porque poderia estar fazendo mil coisas lá fora, é o tempo que tem momento de baixo astral”.

Dejours *et al* (1994) e Mendes e Tamayo (2001), definem sofrimento como uma vivência subjetiva que aparece da desconexão entre um fato ideal e um fato presente. Por outro lado, Ferreira e Mendes (2001) definem como uma vivência intensa e de longa duração, em muitos casos inconscientemente, de experiências dolorosas como medo, insegurança e angústia.

Já, para Freud (1996), o sofrimento (no processo civilizatório), está relacionado com o perigo e esse último com a expectativa. O sofrimento não é constituído por um dado da natureza, mas uma posição designada, assumida e reconhecida, culturalmente, entre sujeitos históricos. O sofrimento, além da sua inscrição no corpo, pressupõe a existência de uma linguagem que permita identificar algo como perigoso ou não, estranho ou familiar. Logo, pode-se considerar o sofrimento como contingente ao ato de viver e configurá-lo como uma reação da insistência em viver sob circunstâncias que, na maioria das vezes, não é favorável ao homem.

Neste caso expresso através de sonhos, conforme a declaração de outro entrevistado:

No começo não, tive sonhos em que estou com a droga na mão e penso que não posso estar ali e não uso a droga, somente uma vez sonhei que tinha usado, perguntei-me se havia sido expulso da comunidade e acordei muito mal, com um peso na consciência, sentimento de culpa e dei graças a Deus que era somente um sonho [...] (RUBI)

Todo ser humano depois de determinada experiência de euforia, já se deparou com certa depressão ou desânimo após tal fato, minimizando o prazer do ocorrido. Esta é uma das raízes da culpa, que estabelece que o indivíduo quase nunca é um merecedor de algo extremamente positivo. A culpa se torna então uma espécie de fuga da angústia, contendo todos os desejos pessoais do indivíduo (ARAÚJO, 2007).

Conforme esclarece ainda o ARAÚJO (2007), a conseqüência máxima para a personalidade culposa é a de que a mesma não possui a menor noção de seus "direitos" afetivos, pessoais e sociais. Sua vida é uma tortuosa espera da autorização do outro para minimizar sua angústia. Embora pareça o contrário, a raiz da culpa visa evitar a dor no sentido profundo, pois o suposto sofrimento que a contenção coloca é uma espécie de anteparo a uma posterior sensação de catástrofe pessoal; o ser culpado, em síntese, teme o erro como uma espécie de reprovação completa de sua existência; sendo assim, a culpa é um mecanismo de defesa para afastar a dor citada, que sempre tem a ver com uma auto imagem atrofiada em quase todos os sentidos.

6.2 Processo de tratamento: o caminho da recuperação

Inicialmente, deve-se ressaltar que o tratamento restaura o valor e a dignidade de viver da pessoa afetada. Conforme Fracasso (*apud* HILDEBRANDT, 2004, p. 42):

[...] o objetivo da Comunidade Terapêutica é o crescimento das pessoas através de um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudar o indivíduo a desenvolver o seu potencial. O programa terapêutico-educativo a ser desenvolvido no período de tratamento tem como objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma pessoa livre através da mudança de seu estilo de vida.

Há um claro consenso acerca dos elementos essenciais das CTs a de tratamento da dependência química. As semelhanças são mais evidentes no que se refere aos componentes do modelo de programas e da filosofia de tratamento. Mas, tanto nessas formulações como nos escritos teóricos em geral, há pouco acordo quanto à classificação de princípios da CT, de componentes de programas de CT ou de pressupostos relativos ao processo de tratamento, o mesmo ocorrendo com distinções de termos como conceitos, instrumentos e técnicas.

A CT em estudo oferece serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), tendo por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, fornecendo suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante um período pré-estabelecido de acordo com programa

terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

A percepção sobre o tratamento ofertado, segundo Pérola, “é uma busca de como devo lidar com a situação, aqui eles dão o estudo, os doze passos, reuniões e ai vai se aprendendo a caminhar”.

Os doze passos referidos pelo entrevistado, trata-se de um sumário do processo de recuperação de AA, referenciado na íntegra anteriormente, neste trabalho, o qual leva o residente a acreditar em algo que é intocável, não palpável, porém que possa ajudá-los, um Deus ou até mesmo que não acreditam, mas que tenha força de ajudar. Colocam num papel ou gravam todo o passado doente e então, após isto, deve ser lido, porém, ao escrever deve ser de forma sem racionalização, simplesmente colocar tudo num papel sem elaborar seqüência, significando que após escrever tudo e ler pra outro membro, significa que seja ouvido por um poder superior e outro humano e de forma simbólica queimar, deixar o passado para traz. Estaria deixando um poder superior agir na sua vida sem perder o querer, ter o controle, entregar na mão de um poder maior do que o seu. Estará pedindo a remoção total dos defeitos e imperfeições, colocando num papel todas as pessoas que prejudicam na doença começando por si próprio.

Fazer todas as reparações possíveis e pedir a Deus para que consiga reparar as que não possa realizar, por motivos de vir a prejudicar outras pessoas, refletir diariamente 24hs; estar praticando a vinda de um poder superior na vida, espiritualizando todos os movimentos.

Acolher outros doentes recém chegados e praticar todos os passos com o mesmo, dando oportunidade, também, como recebeu, gratuitamente da vida.

Ainda para Pérola,

Realmente, está resgatando a minha vida, hoje estou buscando espiritualidade e, querendo ou não despertar, o espiritual está me mostrando o que eu não via antes e gostaria de ter tido na primeira internação o que eu tive agora.

Nas últimas décadas os termos “espiritualidade” e “religião” têm se diferenciado na sua conceituação. É comum, por exemplo, entre os americanos,

descreverem-se a si mesmos como “espirituais, mas não religiosos”. Analisando essa diferenciação, os psicólogos colocam a espiritualidade como uma característica dos indivíduos, um complexo multidimensional latente, como personalidade ou saúde (MILLER; THORESEN, 2003, p.24-35).

Segundo, ainda, os autores (*op. cit.*), um resultado de pesquisa particularmente importante é a relação inversa entre a religiosidade pessoal e o uso de álcool/droga e problemas associados. Adultos e adolescentes mais religiosos têm menos chance de fazer ou vir a fazer uso abusivo de álcool ou outras drogas e entrar em dependência. Este é um dos mais consistentes fatores de proteção de risco documentados pela literatura, semelhante em magnitude, à história familiar do abuso de substâncias.

Atualmente, sabe-se pouco sobre as mudanças que ocorrem especificamente na área da espiritualidade entre os pacientes no curso da recuperação. Os dados disponíveis sugerem um aumento do interesse e das práticas espirituais enquanto diminui a dependência por substâncias. Não está claro se o desenvolvimento espiritual precede, é a causa, resultado ou subproduto da diminuição do uso e dependência de substância. Certamente, dentro dos Doze Passos de AA, o desenvolvimento e as práticas espirituais são tidos como essenciais para a recuperação, conforme afirmam Miller; Thoresen (2003, p.24-35), entretanto essa ligação causal ainda não pode ser evidenciada usando-se metodologia científica apropriada.

Segundo a ideologia dos Doze Passos e depoimentos de muitos indivíduos que ganharam a sobriedade com o programa dos Doze Passos, ou sem esse programa, o desenvolvimento espiritual é o mecanismo que mantém a sobriedade, definida como abstinência e bem-estar (*MEDICAL JOURNAL*, 2007).

A CT pesquisada faz uso da metodologia dos 12 Passos porque, segundo a mesma, é uma abordagem espiritual, não religiosa que, depois de tantos anos e pelo mundo inteiro, tem sido a metodologia mais eficaz para tratar dependência química.

Para outro entrevistado, o parecer sobre o tratamento recebido é de que:

Foi bom, o resgate, depois de tanto cair pude levantar [...] para mim foi muito importante porque tenho apreendido muito. Era difícil para eu ser honesto e só aprendi com a comunidade, sem ela seria impossível [...]. É um resgate de auto-estima o que eles fazem aqui. Aqui o adicto volta a saber que pode fazer as coisas sem drogas [...] (ÁGUA MARINHA).

Segundo Ferreira (2001), se a doença da adicção tem causas fisiológicas e genéticas, a sua cura depende de um tratamento que é cultural e psicológico ao mesmo tempo e que se funda sobre o amor e a atenção necessária que devem ser dadas a este tipo de doentes.

Ainda a respeito do tratamento, outro entrevistado, alega que “Lá se pode encontrar gente com quem se falar sobre a nossa adicção [...]” (DIAMANTE). Ou ainda outro, a percepção do tratamento na CT, significa que “Posso ficar mais quieto, refletindo, um momento que se e tem tempo para se pensar nos erros” (OURO).

Segundo Safira: “Gosto da laboterapia, ela ajuda. Faço as reuniões que são boas, me dão mais segurança no tratamento”.

A laboterapia ajuda a distraí-los. É muito importante para a saúde física e mental dos residentes e ajuda na recuperação social, prova disso é que os residentes que trabalham, ou seja, ocupados, dificilmente se envolvem com problemas disciplinares e são mais amistosos nas relações com seus companheiros.

“Para mim está sendo uma experiência sensacional, ela visava muito como o residente está se adaptando, tem auxílio dos profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, o auxílio dos outros profissionais também é bom”. (ESMERALDA).

Segundo Burns (1993), o tratamento de dependência química é um processo artesanal, constantemente num estado de adaptação. Não é uma ciência literal e é baseado em premissas como: o ser humano é uma infinidade de complexidades não-lineares, diferentes entre si. É presunção acreditar que podemos identificar determinantes específicos que causam a dependência ou a recuperação. Não se pode afirmar exatamente por que uma determinada metodologia é eficaz ou também, a atmosfera na qual funciona uma metodologia de tratamento influencia mais o resultado que o tipo de técnica, afirma o autor. Neste sentido alguns entrevistados mencionam a eficácia do tratamento, conforme podemos perceber na fala de Topázio:

A qualidade, aqui nós temos um atendimento especial e, também, sabe-se como lidar com a nossa doença e fugir dela, fugir não é o termo porque está em todo lugar, mas, saber lidar com ela e o tratamento me dá a chance de ser uma nova pessoa saindo daqui sei como lidar com ela, se ela vir na minha frente vou saber dizer não.

Na comunidade terapêutica estudada, conhecendo ou não, está sendo aplicada a teoria dos cuidados interpessoais de Travelbee (1979), que fundamenta todo tratamento sobre relações afetivas positivas entre os profissionais da saúde e seus pacientes, ou sujeitos interagentes. Com relação à motivação e à equipe de enfermagem na realização do tratamento as opiniões dos residentes diversificaram-se entre:

“Sem um profissional da saúde o tratamento seria mais difícil, o profissional é muito importante porque vai estar auxiliando, dizendo como fazer e o que está acontecendo com a saúde dos adictos [...]” (RUBI).

Se deve sempre pensar novas formas de tratamento e manter um diálogo com as outras áreas da saúde. A troca e a multidisciplinaridade são fundamentais para essas pessoas. Não se deve viver com conceitos pré-estabelecidos nos tratamentos de dependentes de drogas. Outro ponto importante em qualquer tipo de tratamento é a atenção ao paciente. Saber ouvir, prestar atenção ao paciente e individualizar o tratamento são essenciais para o diagnóstico e, conseqüentemente, para a aderência ao tratamento e a cura do paciente. (INFORME ENESP, 2008), que segundo Ametista, “o profissional deve cuidar do princípio ao fim do tratamento”.

Gonçalves e Freitas (2002) referem que o enfermeiro munido de conhecimento sobre a temática deve exercer seu papel de educador possibilitando que o indivíduo seja agente participante do seu tratamento. Esmeralda afirma que o atendimento da enfermagem é:

Muito bom demais, é importante. É muito importante, absolutamente, cada profissional tem uma área. Uns são dedicados a DQ de uma certa forma, outros de outra, se você está com uma dor você tem que ter uma pessoa capaz de diagnosticar e dar um remédio.

Segundo Taylor (1999), os enfermeiros planejam, implementam e avaliam a assistência de enfermagem a cada paciente sob sua responsabilidade, criam e mantêm o ambiente terapêutico; participam ativamente do tratamento médico prescrito; atuam junto ao paciente e à família, atendendo às necessidades básicas; participam de atividades científicas, visando o aprimoramento pessoal.

Pérola, referindo-se ao profissional de saúde, menciona que “é importante porque ele dá o tratamento necessário àqueles que precisam, sempre que alguém se machuque, é preciso alguém que saiba lidar com a situação”.

Referente ainda ao tratamento, Laranjeira *et al.* (2003), afirma que o aspecto

fundamental na abordagem terapêutica das dependências químicas repousa na adequada definição do diagnóstico e dos objetivos do tratamento. Assim, pode-se afirmar que é importante o cuidado estabelecimento do diagnóstico, realizado através de uma minuciosa anamnese psiquiátrica, com especial ênfase na relação do usuário com o(s) seu(s) produto(s), os fatores desencadeantes e atenuantes do quadro, além do padrão de consumo, avaliação da existência de co-morbidades e avaliação do estado mental e físico são fundamentais por estarmos tratando de uma situação clínica que tem interfaces com as questões legais e sociais em que está inserido o sujeito. Além disto, o clareamento da visão de tratamento por todos os envolvidos é fundamental.

6.3 Relação Pessoa-pessoa: a interação que permeia o processo

Os encontros foram permeados pelos princípios básicos da relação interpessoal da Teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Travelbee, na medida em que o cliente respondia as questões da entrevista semi-estruturada e ia expondo os seus sentimentos e percepções sobre o seu problema, naturalmente se estabeleceu o processo de relação de ajuda. Neste processo, houve conseqüentemente a percepção dos significados da experiência emocional relatada pelos clientes, propiciando a oportunidade para o enfrentamento das mesmas.

Segundo Travelbee (1979), relação pessoa-pessoa é

[...] uma interação entre seres humanos, na qual não se evidencia qualquer processo de hierarquia de modo que ambos podem compartilhar seus sentimentos, valores e significados através do processo de comunicação. É antes de tudo uma experiência que se produz entre enfermeira e o beneficiário de seus cuidados (TRAVELBEE, 1979, p. 49).

Na avaliação da qualidade dos cuidados recebidos, os usuários tendem a considerar as atitudes de compreensão, de acolhimento e de comunicação dos profissionais, além do desempenho clínico no sentido de que o problema de saúde seja solucionado, Há, portanto, para a efetividade, dois elementos-chaves: a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais (RAMOS & LIMA, 2003).

A comunicação entre o profissional de saúde e o residente na percepção de

Ametista é fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico, confirmado em seu depoimento: “faz bem, o que a gente sofreria se não houvesse eles por perto, acho que os profissionais de saúde ajudam muito e não só para a abstinência da droga, mas, para a saúde como um todo”. Segundo Travelbee, (1979), o enfermeiro estabelece um relacionamento através da comunicação o que lhes permite cumprir a finalidade dos cuidados.

De acordo com Rasool (2000), os profissionais da saúde têm consideráveis contatos com indivíduos com problemas de alto risco de saúde em consequência do uso de substâncias psicoativas. Se os enfermeiros, em especial, assumissem a função de assistência específica a essa população, poderiam proporcionar cuidados efetivos, prevenindo assim o agravamento dos problemas. Conforme Travelbee, (1979). A qualidade e a quantidade do cuidado oferecido ao residente são influenciadas pela percepção do enfermeiro e do residente.

Para Taylor (1999), para atuar junto ao dependente químico, os membros de equipe de enfermagem devem ter algumas características como gostar da profissão e da especialidade; ter maturidade emocional; ser sensível às necessidades do outro e capaz de desenvolver sentimentos empáticos, visando ao aprimoramento pessoal.

Para Diamante, o profissional da saúde na comunidade terapêutica, “é necessário porque nós chegamos debilitados física e psicologicamente, um profissional é necessário, principalmente, no primeiro mês de internação”.

Outro entrevistado se manifesta em relação à importância do acompanhamento do profissional da saúde, mencionando que:

Acho, tenho certeza que o trabalho que é desenvolvido tem que ser mais abrangente e tem muita comunidade que necessita dos profissionais da saúde. É ruim estar dentro de uma comunidade e não haver profissionais da saúde, tem que ter mais, há lugares que não se tem como se obter um diagnóstico certo (ESMERALDA).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (CID 10), para diagnosticar a dependência faz-se necessária “a obtenção da história detalhada a partir do indivíduo e, sempre que possível, de fontes adicionais de informações (por ex., registros médicos, cônjuge, parentes ou amigo íntimo)”. Além disso, “os achados físicos e os resultados de testes laboratoriais podem ser úteis.” (DSMIV, 1995, p. 181).

Viável que se repita aqui as considerações de Taylor (1999), que para

atuar junto ao dependente químico, os membros de equipe de enfermagem devem ser sensíveis às necessidades do outro e capaz de desenvolver sentimentos empáticos. Confirmados na fala abaixo:

O carinho e a atenção que o pessoal aqui recebe a gente e faz a gente resgatar o amor e eles têm muito amor pela gente, eles têm tanto amor e a gente nem parente deles é, agora tudo depende do eu vamos fazer lá fora, mas, um caráter novo eles ajudam a gente a fazer aqui (OPALA).

O que mais lhe marcou no tratamento segundo Ouro,

[...] foi o afeto dos coordenadores, estou puxando o saco, do seu Marcos, por exemplo, porque realmente eles tratam a pessoa com carinho aqui, outro lugar é isso... outro é aquilo... e aqui eles brincam com a gente tem muito carinho especial (OURO).

Deve-se ressaltar que pouco é sabido sobre as atitudes (pensar, sentir e comportar-se), dos enfermeiros em relação aos pacientes usuários de álcool e drogas, além de serem escassos o estudo, a literatura, também, mostra que em relação aos treinamentos ou mesmo ensino formal com essa temática, tem sido pouco explorado nos currículos de graduação em Enfermagem, porém, são considerados indispensáveis na formação dos enfermeiros com vistas à oferta de uma assistência qualificada a essa população.

Já, Água Marinha destaca que, o que mais lhe marcou durante o tratamento, foram os momentos nos quais o grupo ofereceu ajuda mesmo que tenham sido duros, ao apontar seus defeitos, conforme a fala “Meu confronto, com os companheiros. Eles apontam os meus defeitos de caráter como se fosse uma sacudidela para que se possa enxergar e ver o que se está fazendo com a vida”.

Tanto Taylor (1999), como Coleman (1992), afirmam que a assistência de enfermagem sofreu uma grande transformação. O enfoque à assistência, que até então era voltado aos cuidados físicos (higiene, limpeza), à vigilância e contenção de um ambiente terapêutico nas instituições, modificou para uma atenção humanizada na assistência ao doente mental. A participação efetiva da equipe de enfermagem na assistência global ao paciente passa a ser conhecida tanto em nível hospitalar como extra-hospitalar.

Para Travelbee (1979), “a enfermagem é um processo interpessoal entre dois seres humano, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda”. E esta relação é estabelecida quando os parceiros percebem a singularidade um do

outro e então, tal relação humana transcende os papéis e as máscaras e são verdadeiras, significativas e efetivas, baseadas nas relações de singularidade.

Conforme ainda Travelbee (1979), a relação de ajuda está diretamente ligada à pessoa que oferece ajuda demonstrada através de seu processo de comunicação. Este sentimento foi expresso por um dos entrevistados quando afirma: “Sim, muito importante”, concorda Topázio, “porque a pessoa fica mais segura se tiver algum problema sabe que há os profissionais, não precisa ficar preocupado porque há alguém ao nosso lado que sabe o que deve fazer” (TOPÁZIO).

Outro entrevistado ressalta a importância da inter-relação, também, entre os membros de tratamento, propiciando apoio e ajuda mútua, confirmados na fala abaixo:

É mais no fim de semana, acho que é o clima, lá fora também o fim de semana era tortuoso, acho que foi nos finais de semana que comecei a usar as drogas. Ontem me deu isso então conversei com um companheiro e então aliviou e tinha um companheiro que precisava de mim e eu dele. Conversamos sobre programa e nossas dificuldades e aprendemos um com o outro, é bom a gente conversar o adicto e entendendo ele se entende a si e assim os dois podem se ajudar. (AMETISTA)

Outra questão importante no atendimento ao dependente químico é o acolhimento e a aceitação. Entralgo (2003), nos faz pensar em acolhimento quando fala em "Relação de ajuda", na qual as pessoas que procuram ajuda são ao mesmo tempo objetos e agentes da ação; são objetos porque procuram ajuda, necessitam de ajuda, e agentes porque participam dessa ajuda através de opiniões e decisões. Nesta relação é imprescindível que a equipe de saúde esteja preparada adequadamente de modo a proporcionar uma relação clara e tranqüila para o usuário.

Na percepção dos entrevistados o acolhimento aparece como uma das questões mais importantes, quando colocam de forma insistente no que se refere ao amor que recebem, o carinho, boa comida e o sentimento de não estarem sozinhos na caminhada, que todos devem permanecer no mesmo barco, remando pra sair desta situação difícil. Este sentimento é confirmado nas falas dos entrevistados apresentados abaixo:

[...] quando cheguei estava meio apavorado, seu Robson chegou apertou a mão e foi dando um afeto legal e depois eu fui em casa e tive afeto de carinho, de pai e mãe e foi muito bom tem um afeto legal aqui isso é o principal (OURO).

A primeira coisa que fazem ver é como se deve fazer se quer parar e incentivam a parar e caminhar juntos. Como faço hoje com os novos [...]. (DIAMANTE).

Para Barros *et al.* (2003), “aceitar o paciente não é somente compreendê-lo, mas também, considerá-lo como ser humano, com sentimentos e valores que lhe são peculiares e que determinam as atitudes expressa em seu comportamento”. Travelbee (1979) destaca que aceitar o paciente é um aspecto orientador do trabalho dos profissionais de enfermagem.

Segundo Topázio com relação ao acolhimento da CT acha importante:

A qualidade, aqui nós temos um atendimento especial e, também, sabe-se como lidar com a nossa doença e fugir dela, fugir não é o termo porque está em todo lugar, mas, saber lidar com ela e o tratamento me dá a chance de ser uma nova pessoa saindo daqui sei como lidar com ela, se ela vir na minha frente vou saber dizer não.

A qualidade da relação terapêutica que pode ser estabelecida desde o momento da intervenção, é fundamental para a continuidade do acompanhamento psicológico.

Enfatiza ainda Travelbe (1979), a importância da aceitação do paciente e que demonstre tal aceitação. Aceitar não significa concordar com qualquer comportamento dele, mas implica em tomar consciência do significado socialmente não aceito desse comportamento, afirma a autora.

A chegada de um dependente químico em uma CT é um momento de sofrimento e de extrema ambivalência. Portanto, é de extrema importância o acolhimento deste com empatia por toda a equipe funcional da instituição.

Ferreira (2008), aponta a palavra acolhimento como sendo: ato ou efeito de acolher, recepção; atenção, consideração; refúgio, abrigo e agasalho. QUINTÁZ (2005), elabora sua abordagem citando os biólogos, que com base em inúmeras pesquisas falam sobre o "acolhimento", comparando-o com a relação mãe-filho. A mãe seria um campo de amparo e acolhimento tendo a responsabilidade de cuidar de seu filho. Considerando esta relação nos serviços de saúde, o autor indica que os trabalhadores podem amparar a sua clientela, de modo que se torne responsável pelo desenvolvimento de seus usuários.

Miranda & Miranda (1990), falam também sobre a relação de ajuda; citam que esta ocorre no encontro entre duas pessoas e será através desse encontro que o ajudador vai acolher o ajudado e construir a base de uma relação a dois. O

relacionamento de ajuda é desenvolvido a cada encontro de modo a render o máximo para ambos. É como se o ajudador formasse a imagem do ajudado nos momentos iniciais, checando o quanto de abertura e disponibilidade pode esperar dele.

É viável, também, destacar que, de acordo com Entralgo (2003), os acolhimentos concretizados através de ações resolutivas e respeitadas do enfermeiro para com os técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como para os demais integrantes da equipe de saúde, podem ser um diferencial também, no acolhimento ao usuário e na solidificação do cuidado humanizado. Os indivíduos só podem doar aquilo que tem e, dentro dessa lógica, se os funcionários não vivenciam e não recebem acolhimento no seu cotidiano podem sentir-se descomprometidos em acolher outros indivíduos, incluindo o usuário.

6.4 Família e “outros”: o apoio esperado

A Dependência Química dentro de uma família traz uma grande dose de estresse, transformando-se rapidamente em uma doença de todo o grupo familiar. Este estresse é responsável pelo rompimento da estabilidade. Frente a tais problemas, são freqüentes os isolamentos sociais, as disfunções sexuais (em ambos), a inversão de papéis, confundindo assim a parte com o todo.

Observa-se em nossos dias o costume de dizer e ouvir, “se a família vai bem, a sociedade vai bem”. É evidente que se na família existe um ente familiar dependente químico, essa família não vem a estar efetivamente bem, em razão de um integrante estar acometido de uma doença reconhecida pela OMS, como Dependência Química.

Nesse sentido registra Payá e Figlie (2004, p.340): “O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que as utiliza”.

A percepção dos residentes referente o papel da família e da sociedade, sintetiza-se nas colocações de Diamante, o qual afirma que “a sociedade não apóia ninguém. O mundo não vai me oferecer nada de bom, a não ser emprego que é preciso para sobreviver, e considera mais importante a família do que a sociedade”.

Segundo ele,

A família, claro, que vai me dar um apoio, lá eu terei onde me apoiar quando tiver dificuldades eu vou conversar com eles e eles já estão a par da minha doença. A sociedade não se interessa por mim, eu tenho que aprender a lidar com a sociedade.

Fundamental, portanto, a participação da família no tratamento. “Todos podem ajudar: o patrão, os amigos, os vizinhos, mas o suporte maior deve vir da família. As chances de sucesso do tratamento pioram muito quando a família não está por perto”⁴.

E, Ametista declara: “A mudança em ter mais honestidade me dá uma vida nova, saindo das drogas procurando serviço e a família com amor”.

Entende-se que os resultados obtidos dessa pesquisa fortalecem as sugestões de vários estudiosos que apontam para a importância da família fazer parte do conjunto de estratégias terapêuticas. A literatura apresenta evidências de que, quando a família participa do programa de tratamento, os resultados nos aspectos de adesão ao mesmo e na redução de recaídas podem ser melhores, além de possibilitar a realização de um diagnóstico familiar mais completo (REZENDE 1999).

Para Rubi, “O papel da família é muito importante, é necessário o apoio da família quando se está do lado de fora e aqui dentro também”.

Ainda, com relação ao processo de recuperação perguntou-se aos entrevistados em que etapa é mais importante o papel da família e da sociedade, ao que Esmeralda alude que:

No começo, após um período de 30 dias, já se pode ter a primeira visita e então, você sabe que tem o apoio deles e outra é na visitação, são pessoas que vão te receber e dar a atenção que é necessária, não eufórica, é muito importante, se não tiver um auxílio por trás o sujeito tomba de vez.

Já Pérola afirma que:

É importante o momento da minha graduação, gostaria que eles estivessem aqui depois de nove meses de abstinência. Porque muita coisa errada eu fiz, mas, eu não sinto mais aquela falta de minha mãe não veio hoje, porque sei que se me tratar o resto virá com a recuperação.

Assim sendo, se pensar que simplesmente a Comunidade Terapêutica ou

⁴ ÁLCOOL E DROGAS SEM DISTORÇÃO. Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 02/04/2008.

um outro tipo de intervenção virá a resolver a situação, é mera imaginação, se a família não estiver junto, dando todo o apoio e importância que o caso por si só exige.

Antes da doença existir, a atenção, o apoio, a vivência em grupo são características marcantes de que o vínculo familiar está a existir de forma clara. Com a doença dependência química instalada no ente familiar, esses laços devem vir a ser estreitar de maneira mais forte, não permitindo que o vínculo familiar venha a se romper, em hipótese alguma, para não prejudicar e aniquilar todo o processo de tratamento. E, pode-se acrescentar que, “as chances de sucesso no tratamento pioram muito quando a família não está por perto⁵”.

Do quinto mês em diante, segundo narrou Opala, “A família começa a depositar confiança de novo demonstrando amor de novo, como eu me sinto hoje e agindo e assim a família me recebe, começa a me dar um voto de confiança”.

Água Marinha informou:

Desde o primeiro dia é importante a família. Quanto à sociedade nem sei o que é, sei que ela me ofereceu a droga, e depois me excluiu, a sociedade não é importante, mas, a família sim. No começo, após um período de 30 dias, já se pode ter a primeira visita e então, você sabe que tem o apoio deles e outra é na visitação, são pessoas que vão te receber e dar a atenção que é necessária, não eufórica, é muito importante, se não tiver um auxílio por trás o sujeito tomba de vez.

Além do apoio da família o dependente químico espera, também, o apoio de membros da sociedade, amigos, vizinhos, empregadores e outros. DIAMANTE refere que as maiores dificuldades encontrada quando deixou a CT, relacionaram-se no contato com a sociedade, explicitado na sua fala apresentada abaixo:

O desprezo da sociedade, mas, eu mesmo tinha o desprezo por mim, sociedade dificulta um pouco as coisas, a sociedade é tão doente como eu e, eu me tratei, mas, a maioria não tratou, não usam drogas, mas, não possuem espiritualidade.

Para Opala, “Encarar o mundo lá fora, fiquei inseguro, não sabia como as pessoas iam me receber, antes eu viajava, hoje não, mas, estou me sentido legal, outra pessoa”.

Referente às dificuldades encontradas na realização do tratamento,

⁵ ÁLCOOL E DROGAS SEM DISTORÇÃO. Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 02/04/2008.

Esmeralda relatou que:

Minha maior dificuldade é, talvez, retornar para a comunidade, este não é o primeiro retorno, é o terceiro. Voltar para casa é a pior dificuldade, abortei os outros dois tratamentos e agora tenho que por em prática. As recaídas foram pesadas, no primeiro tratamento fiquei um ano e três meses limpo. Preciso levar o programa a sério.

Frente ao depoimento do residente, recorre-se aos ensinamentos de Magalhães (1991), que em relação à cura, segundo este autor, é um longo processo a ser percorrido, no qual surgem contratempos, e as recaídas são comuns. O mais importante, e mais difícil, é compreender as motivações do indivíduo, fazer com que ele tome consciência delas, ajudá-lo a transformá-las e prepará-lo para suportar a vida.

A importância da família no tratamento e recuperação do dependente químico é fator essencial. Figlie (2004), esclarece que, por outro lado, a família perto, participando de todo o processo que o tratamento venha a exigir, faz com que o dependente químico venha a perceber que ainda há possibilidades, ainda há diálogo, a família não desistiu e que ainda acredita na eficácia do tratamento. Esse comportamento vem gerar no dependente químico a motivação para prosseguir no objetivo proposto. Caso contrário, para que tratar, se não há nem mais a credibilidade dos entes mais chegados, daqueles que, conhecendo sua essência, deviam ser agentes restauradores no processo de tratamento e recuperação, reavendo sua dignidade.

Observe-se a colocação de Rubi: “[...] O papel da família é muito importante [...]”; e, de Diamante: “A família, claro que vai me dar um apoio, lá eu terei onde me apoiar quando tiver dificuldades eu vou conversar com eles”. Segundo ainda Ametista: “A mudança em ter mais honestidade me dá uma vida nova, saindo das drogas procurando serviço e a família com amor”.

Frente a colocação fica óbvio que a família é a fonte que pode jorrar vitalidade na vida do dependente químico. Ele necessita reestruturar sua vida em todos os aspectos: moral, familiar, social e emocional entre outros; valores esses que foram desgastados pela dependência. É através da família engajada no processo do tratamento e recuperação que o cliente vem a reabastecer, reaver os valores outrora perdidos.

Porém, por outro lado, a família, desconhecendo a problemática da

dependência, por falta de informação e de orientação, vem a estar despreparada para enfrentar a situação. E na perspectiva de que qualquer tipo de ajuda venha a apresentar resultados eficazes, desenvolve comportamentos, muitas vezes de maneira errônea.

Referente a este agravante, Leite (2004, p.9), afirma: “A terapia familiar é um aspecto sumamente importante na recuperação do dependente em tratamento”. Nesta, um dos aspectos importantes, muitas vezes abordado, vêm a ser o próprio desconhecimento sobre drogas, seus aspectos, sinais de uso e abuso, implicações.

Na terapia familiar, tais assuntos passam a ser abordados, objetivando esclarecer, orientar, para que a família possa aprender e passar a compreender melhor as atitudes e comportamentos do dependente, de maneira que possa conviver de forma que venha a contribuir no processo de tratamento e recuperação. Assim sendo, pode vir a auxiliá-lo com firmeza, transmitindo segurança e certeza de que vem a estar junto nesta caminhada, por conhecer um pouco da problemática da dependência existente, e assim, poder contribuir sabiamente no processo de tratamento e recuperação, afirma Leite (2004).

E, prosseguindo com o embasamento em Leite (2004, p. 19)

[...] a família necessita discutir seus (pré)-conceitos, melhorar a qualidade das relações interpessoais para criar uma real estrutura de suporte ao paciente, que auxilie em sua reabilitação.

Conforme relata Opala, “Encarar o mundo lá fora, fiquei inseguro, não sabia como as pessoas iam me receber, antes eu viajava hoje não, mas, estou me sentido legal, outra pessoa”.

Frente à fala deste, pela insegurança demonstrada, percebe-se a necessidade que a família, na hora do acolhimento de um ex-residente, venha a se esvaziar de qualquer tipo e regras de comportamentos leigos, que até o momento não ajudaram a enfrentar com êxito o problema da dependência e dar abertura a um novo aprendizado, objetivando mudanças de hábitos, rotinas, criando um ambiente próprio, para que o dependente possa crescer no seu objetivo e ganhar firmeza a cada novo dia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse do ser humano pelo uso de substâncias que oferecem sensações de prazer, tranqüilidade e poder, vem desde os primórdios da civilização humana, porém, nunca a humanidade se deparou com um problema social e de saúde tão grave como o que se tem hoje, provocado pelo uso abusivo de determinadas substâncias lícitas ou ilícitas, como o álcool e outras drogas. A situação tomou proporções incontroláveis, atingindo indivíduos desde a mais tenra idade e se expandindo assustadoramente em nossa juventude e idade adulta. Além disso, as características das drogas utilizadas, desde o álcool destilado até o uso contínuo e crescente de outras drogas, estão destruindo cérebros, famílias e sociedade em geral. Toda esta problemática ainda vem acompanhada de um agravante maior, o monstro do tráfico, que é idealizado e realizado pela ganância inescrupulosa de alguns indivíduos criminosos e alimentado quase compulsivamente pelo usuário.

A situação está aí, posta de forma assustadora e cabe, também, a nós profissionais de saúde e de enfermagem, buscar conhecimentos e soluções para o enfrentamento do problema, contribuindo coletivamente para uma sociedade mais saudável.

A realização deste trabalho oportunizou uma aproximação com a problemática, dentro dos parâmetros de iniciação da pesquisa, permeada pelos princípios científicos, ampliando conhecimentos e propiciando com os participantes momentos de reflexão e descobertas dentro deste processo de cuidados.

O interesse de estudar este tema surgiu primeiramente na minha trajetória de vida, pois, bastava olhar para os lados e o problema estava ali, bem presente, assustador. Depois na minha vida acadêmica e profissional, inclusive com atuação em trabalhos voluntários nesta área, que me trazem inquietações diárias na minha prática de ser e fazer enfermagem, na arte de cuidar de pessoas que convivem com a problemática da dependência química, muitas vezes abandonadas, discriminadas e desesperançadas.

O desenvolvimento do estudo só foi possível pela participação e receptividade dos residentes, que através de um sentimento de confiança facilitaram a realização do mesmo. No decorrer da pesquisa, os residentes mostraram-se

confiantes para compartilhar suas vivências, experiências, percepções, emoções e sentimentos, como também o esforço para manterem-se no tratamento a caminho do processo de recuperação.

A teoria da “Relação Pessoa a Pessoa” de Travelbee, neste estudo com clientes dependentes químicos e residentes de uma Comunidade Terapêutica, mostrou-se adequada, pertinente, permitindo conhecer melhor o ser humano, os significados de suas experiências vividas, facilitando a comunicação e o relacionamento interpessoal, respeitando os limites e escolhas do residente, criando espaço para reflexão e possibilitando transformações no processo de vida destas pessoas.

A enfermagem é uma profissão que tem um compromisso com a sociedade, desde a promoção, tratamento, até a recuperação da saúde. A utilização de referenciais teóricos-metodológicos, que nos conduza a uma prática de qualidade, é de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho profissional. Espero que esta pesquisa estimule outros estudos para o desenvolvimento de novas tecnologias que venham a contribuir com outras pesquisas e com o aprimoramento de outras práticas relacionadas a este tema.

A pesquisa atingiu seu objetivo principal que era conhecer a percepção e sentimentos dos clientes residentes de uma comunidade terapêutica, para tratamento de dependência química, quanto ao processo de recuperação.

Também, foram cumpridos os objetivos específicos, descrevendo-se o perfil de cada participante da pesquisa, destacando o tipo e o grau de dependência química, identificando as razões da busca da internação, verificando a opinião do residente referente à comunicação com a equipe de saúde e atividades desenvolvidas na instituição, descrevendo os motivos que auxiliam o dependente à mudança em seu comportamento-problema e identificando os pontos positivos e negativos pertinentes ao tratamento e a recuperação social dos adictos.

Portanto, considerando o acima exposto, pela percepção pessoal do despreparo dos profissionais perante esse público aqui caracterizado, como também pela necessidade de ampliar a compreensão de um processo tão complexo e desafiador nos dias atuais, ou seja, o enfrentamento da dependência química, considera-se também que foi bastante significativa a escolha pelo presente tema.

Sugiro a elaboração de outros estudos nesta área, relacionados tanto ao processo de recuperação quanto da prevenção, para podermos compreender a fundo a problemática do uso abusivo de psicoativos. É importante que se escute

mais e mais o usuário, protagonista desta situação, que muito tem a contribuir com o desenvolvimento deste conhecimento.

Entende-se que este estudo pode esclarecer e produziu conhecimentos sobre o tema pesquisado, oferecendo benefícios aos participantes, tanto pelos momentos de reflexão oportunizados pela pesquisa, como também, com a produção dos resultados. Entendemos que além de estudar e pesquisar o tema, foi, também de essencial importância ouvir o paciente, neste caso, o residente em processo de recuperação da Comunidade Terapêutica, pois, ele em alguns momentos, é o único que pode esclarecer alguns aspectos, só percebidos e sentidos por quem vivencia a experiência e é a pessoa mais importante neste processo de ajuda.

Em suma, o desenvolvimento e conclusão deste trabalho me fez sentir realizado, pois, acredito ter colaborado tanto pela participação no estágio, como pelos conhecimentos repassados nestes textos, de grande importância não só para o serviço de saúde e profissionais de saúde, mas para todo cidadão envolvido com a melhoria da qualidade do atendimento a esta clientela.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Antonio Carlos Alves de. **Auto-Estima** (estudo psicológico). Artigo. 2007. Disponível em: < http://antonioaraujo_1.tripod.com/psico1/portugues/autoestima/autoestima.html>. Acesso em: Nov. 2008.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. Comunidades terapêuticas: um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. 15. ago. 2003. SBIBHAE: artigo da semana. Disponível em: <http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 17 nov. 2008.

BALLONE, G. J. **Dependência Química e Transtornos da Personalidade**. In: PsiqWeb Psiquiatria Geral, 2001. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/drogas4.html>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, A. L. B. L.; *et al.* **Anamnese e exame físico**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

BERGERET, J. & LEBLANC, J. **Toxicomanias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

BURNS, J. **O Tratamento de Dependência Química e a Teoria Geral de Sistemas**. *The Union Institute*, 1993.

CAMPBELL D, Graham M. Drogas e álcool no local de trabalho. Rio de Janeiro: Nórdica; 1991.

CENTRAD. Centro de Tratamento em Adicções, Álcool e Drogas. **A dependência química começa em casa**. 2003. Disponível em: <http://www.centrad.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=5>. Acesso em mar./2008.

COLLINS, A. **Psicologia do Adolescente**. Uma abordagem desenvolvimentalista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

DALY J. The view of suffering within the human becoming theory. In: PARSE, R. R. (Org.). *Illuminations: the becoming theory in practice and research*. New York: NLN, 1995a. p. 45-60.

DALY J. The lived experience of surffeg. In: PARSE, R. R. (Org.). *Illuminations: the becoming theory in practice and research*. New York: NLN, 1995b. p. 243-268.

DAVIDOFF, L. **Introdução à Psicologia**. 2. ed. revista e aumentada. São Paulo: Makron Books, 2001.

DEJOURS C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (org.) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. v. 1. São Paulo: Atlas, 1994.

DUNKER, C. **Estratégia e Constituição da Clínica Psicanalítica**. Tese de Pós Doutorado, IPUSP: São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/samental.html>. Acesso em 30 out. de 2008.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

ENTRALGO, P.L. **La relación médico-enfermo**. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção do familiar na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_1/samental.html>. Acesso em 30 abr. de 2008.

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. (2001). Disponível em: <<http://www.febract.org.br/conceito.htm>>. Acesso em 24 abr. 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário on line**. Disponível em: <<http://200.225.157.123/dicaureliopos/login.asp>>. Acesso em: 30.nov.2008.

FERREIRA, R.C. **A terapia ocupacional junto ao dependente químico: Então é possível construir algo?**. Grupo Interdisciplinar de Estudos em Alcool e Drogas – Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/740.doc>>. Acesso em: abr. 2008.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. **Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho**. Estudos de Psicologia. v.6, n.1, pp. 93-104, 2001.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FRACASSO, Laura. Características da comunidade terapêutica. In: SERRAT, Saul Monte (Org.). **Drogas e álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2002.

FREUD, Sigmund. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed.. São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, J.R.L; FREITAS, J. Grupo de psicoeducação em uma enfermaria psiquiátrica de Internação Breve- Relato de experiência. In: SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. **VII Encontro de pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**, Ribeirão Preto, Maxcolor, p. 145-153, 2002.

GOTI, M. E. **La Comunidad Terapêutica: Um desafio e la droga**. [s.l.]: Nueva Vision, 1997. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: 14. abr. 2008.

HILDEBRANDT, Mário. **Pesquisa do perfil social, econômico e familiar dos dependentes químicos e os principais motivos que os levaram ao uso de drogas**. Blumenau: CERENE, 2003.

INFORME ENESP. **Acolhimento, empatia e respeito: qualidades do profissional que atende dependentes químicos**. 2008. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/portal-nsp/informe/materia/index.php?origem=3&matid=11511-31k>. Acesso em Nov. 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo. Entrevista. XV Congresso da ABEAD. Transcrição de Alexander Fischer. São Paulo, 07 de setembro de 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: 14. abr. 2008.

LARANJEIRA, Ronaldo. *et al.* (coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LEITE, M. C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 1999.

LEITE, Marcos da Costa. **Conversando sobre cocaína e crack**. SENAD-Secret. Nacional Antidroga. 4. ed. Brasília: DF., 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Edita Papa-Livros, 1999.

MAGALHÃES, M. P. **O sistema francês de atendimento à toxicomania**. Rev. ABP-APAL, v.13, n.2, p.59-62, 1991.

MALBERGIER, André. **Dependência Química**. 2003. CENTRAD. Centro de Tratamento em Adicções, Álcool e Drogas. Disponível em: <http://www.centrad.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=5>. Acesso em mar./2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUES, A; RIBEIRO, M. **Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: [s.n.], 2003.

MEDICAL JOURNAL. MILLER, W. R.; BOGENSCHUTZ, M. P. **Espiritualidade e Dependência Química**. 2007. Disponível em: <http://www.espacocomenius.com.br/espiritualidade_e_dependenciaquimica.html> Acesso em Nov. 2008.

MELEIS, A. Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1997. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MENDES, A M e TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer sofrimento no trabalho. **Revista PSICO- USF**, 6 (1), 39-46. 2001.

MILLER, WR, THORESEN CE. Spirituality, religion, and health: *An emerging research field*. Am Psychol 2003. In: Special Section: Spirituality/Medicine Interface Project **Southern Medical Journal**. v. 100, n. 4, Abril 2007. Disponível em: <http://www.espacocomenius.com.br/espiritualidade_e_dependenciaquimica.html>. Acesso em: 18 Nov. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MIRANDA CF, MIRANDA ML. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte: Crescer; 1996.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M.B. Vivencia do familiar da pessoa com sofrimento psíquico. In: Congresso Internacional Pesquisando a Família, 2002. Florianópolis. **Resumos...** Florianópolis; [s.n.], 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: 24. abr. 2008.

OLIVEIRA, A.M.N. Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental. **Fam. Saúde e Desenv**. Curitiba, v.3, n.2, p.154-162, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: 24. abr. 2008.

OLIVEIRA, F. J. A.. Participação Popular em Saúde: As Dimensões da Cultura. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, 52 :67-73, Setembro. 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. Filhos de Dependentes Químicos com fatores de risco bio-psico-sociais: necessitam de um olhar especial? *Rev Psiq Clin* 2004; 31(2): 53-62.

RAMOS, S. de P., & LIMA, J. M. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

RASOOL, G.H. **Percepção dos alunos de graduação em conteúdos curriculares Álcool e Drogas da Educação no Brasil: um estudo exploratório**. 2000. Disponível em:
<http://www.centrad.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=5>. Acesso em mar./2008.

RELATOS E CONFERÊNCIAS. **2º Fórum Nacional sobre Dependência Química nas Empresas**, 1994.

REZENDE, M.M. **Curto-Circuito Familiar e Drogas: Análise de Relações Familiares e suas Implicações na Farmacodependência**. Taubaté: Cabral, 1999.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Organização de serviços de tratamento para a dependência química**. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

SCHIVOLETTO; FALABELLA. **A dependência química começa em casa**. 2003. In.: CENTRAD. Centro de Tratamento em Adicções, Álcool e Drogas. Disponível em:
<http://www.centrad.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=5>. Acesso em mar./2008.

SCHNEIDER, J. F. **Ser família de esquizofrênico: o que é isto?** Cascavel: EDUNIOESTE, 2001.

SERRAT, Saulo Monte. **O Conceito de comunidade terapêutica**. In: FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. (2002). Disponível em:<<http://www.febract.org.br/conceito.htm>>. Acesso em 24 abr. 2008.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier da. **Um guia para a família**. 4. ed., Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. (Série Diálogo; Nº. 1).

SOARES, Jorge Marco Aurelio. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p. disponível em:
<http://portalteses.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24. Abr. 2008.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem psiquiátrica princípios e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

THOMAS & CARVALHO, (1999). **Drogas e Drogados**. In: PsiqWeb Psiquiatria Geral, 2002. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/drogas.html>>. Acesso em 24 abr. 2008.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1979.

VARGAS, Herber Soares; NUNES, Sandra V.O. VARGAS, Herber; **Prevenção Geral das Drogas**. São Paulo: Ícone, 1993. (Coleção Drogas de A a Z).

WAIMAN, M. A. P.; ELSEN, I.; MARCON, S. S. **Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 02, p. 282-291, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm>. Acesso em: 10. Maio. 2008.

ZACKON, Fred; GILBERT, Richard J.; JOHANSON, Chris-Ellyn. **Tudo sobre Drogas: Cocaína; cafeína, heroína**. v. 1, 2, 3. São Paulo: Nova Cultural, 1988. (Série Tudo sobre Drogas).

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Termo de Compromisso de Orientação

TERMO DE COMPROMISSO DE ORIENTAÇÃO

Eu, **Valdete Prêve Pereira**, professora da disciplina Saúde da Mulher, da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, do Curso de Graduação de Enfermagem, da Universidade do Vale do Itajaí – Centro de Educação – Campus Biguaçu, concordo em orientar o aluno **Amarildo Maçaneiro** no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, tendo como tema: “**Percepção do dependente químico quanto ao Processo de Recuperação**”, conforme projeto ora submetido à aprovação.

Todos estão cientes das Normas para Elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso, bem como, dos prazos de entrega das tarefas.

Biguaçu, 20/11/08.

Amarildo Maçaneiro
Acadêmico de Enfermagem.

Valdete Prêve Pereira
Orientadora

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Projeto de Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “Percepção do dependente químico quanto ao processo de recuperação”.

Pesquisador Responsável: Amarildo Maçaneiro

Telefone para contato: 48 99881043.

Eu, como acadêmico do Curso de Enfermagem de Biguaçu, estou desenvolvendo esta pesquisa que tem como objetivo conhecer a percepção clientes de uma Comunidade Terapêutica, quanto ao processo de recuperação, para que assim, se possa refletir sobre os pontos positivos, negativos e seus enfrentamentos, possibilitando a elaboração de novas estratégias para a sua reabilitação. O levantamento dos dados ocorrerá no período de julho e agosto/2008 e será realizado com a aplicação de um questionário, em um encontro, com data e horário pré estabelecido por você, conforme suas possibilidades. A pesquisa não lhe trará nenhum risco ou prejuízo, muito pelo contrário, os resultados da mesma poderão lhe proporcionar uma reflexão sobre esta fase do seu tratamento, como também, produzir conhecimentos que contribuirão com todos àqueles que estejam envolvidos com este fenômeno, ou seja, clientes, familiares, profissionais e sociedade em geral. No final do estudo será marcado um encontro com os participantes e representantes da instituição para divulgação dos resultados. Será garantido o seu anonimato e o sigilo de todas as informações prestadas. Você poderá retirar o seu consentimento de participação da pesquisa a qualquer tempo.

Amarildo Maçaneiro

Pesquisador

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE 3**Instrumento de Pesquisa: Questões Norteadoras****I – IDENTIFICAÇÃO:**

CODINOME: _____

Idade: _____

Sexo: () Masc. () Fem.

Formação: () 1º Grau () 2º Grau () Superior

Ocupação Profissional: _____

Antes do Tratamento: _____

Após o Tratamento: _____

Por quanto tempo foi DQ? _____

Há quanto tempo deixou de ser DQ? _____

II DURANTE O TRATAMENTO:

- 1) Como vc foi recebido na CT?
- 2) Qual tua maior dificuldade inicial?
- 3) Fale sobre a experiência inicial de abstinência:
- 4) Qual o acolhimento recebido na CT?
- 5) O que vc tem a dizer sobre o tratamento recebido na CT?
- 6) Vc teve dificuldades em concluir o tratamento?

III PÓS O TRATAMENTO:

- 7) Como vc viu a volta a vida “normal” após o tratamento recebido?
- 8) Quais as maiores dificuldades encontradas quando deixou a instituição?
- 9) Em relação ao processo de mudança como vc se sentia?
- 10) E como vc se sente agora?
- 11) Em qual etapa da recuperação vc acha mais importante o papel da família e da sociedade?
- 12) Comente alguma coisa que mais lhe marcou durante o tratamento na CT:
- 13) O que vc diria a um DQ?