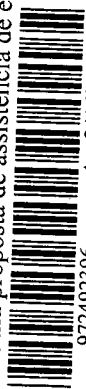


**Ângela R. Batisttin**  
**Ângela W. H. de Campos**

**UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DEPENDENTE  
DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0356  
Autor: Batisttin, Ângela  
Título: Uma proposta de assistência de e



972492396 Ac. 241620

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

**Florianópolis**  
**1999**

**CCSM**  
**TCC**  
**UFSC**  
**ENF**  
**0356**  
**Ex.1**

**ÂNGELA R. BATISTTIN  
ANGELA W. H. DE CAMPOS**

**UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO DEPENDENTE  
DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS**

Trabalho de conclusão do  
Curso de Graduação Em  
Enfermagem, Centro de Ciências  
da Saúde, Universidade Federal de  
Santa Catarina.

Orientador: Prof: JONAS S. SPRICIGO

Supervisoras: Enf<sup>a</sup>. LILIAN M. S. BODENMULLER  
Enf<sup>a</sup>. TÂNIA M. L. ZALESKI

Banca: Prof. JONAS S. SPRICIGO  
Prof<sup>a</sup>. ROSANGELA FENILI  
Enf<sup>a</sup>. LILIAN M. S. BODENMULLER  
Enf<sup>a</sup>. TÂNIA M. L. ZALESKI

**Florianópolis**  
1999

## AGRADECIMENTOS

À DEUS, por ter iluminado nossa caminhada;

Aos nossos pais, por sempre nos darem apoio e, nas horas difíceis, não medirem esforços para nos auxiliar;

À Sandra, Janaína e ao Marco Antônio que muitas vezes se privaram da assistência maternal, mostrando uma excepcional compreensão, que sem o seu apoio, certamente não teríamos conseguido;

Ao nosso orientador, professor Jonas, é com especial carinho que agradecemos, pois desde o nosso primeiro encontro “vestiu a nossa camisa”, nos apoiando e orientando e, muitas vezes ofereceu seu ombro amigo para nos incentivar nessa caminhada desafiadora que foi a nossa experiência;

Às supervisoras, por terem compartilhado do seu conhecimento conosco, também sempre nos orientando em campo de estágio;

Aos profissionais dos locais de estágio, que talvez não saibam o quanto contribuíram para a realização deste trabalho e para a nossa formação profissional;

Aos colaboradores do SANPS, por não medirem esforços para nos auxiliar na confecção deste relatório;

Aos clientes dos serviços, que possibilitaram o nosso aprendizado auxiliando-nos com o compartilhamento de suas histórias de vida, possibilitando desta forma, experiência, amadurecimento e crescimento pessoal;

Aos nossos amigos, com quem compartilhamos nossas histórias de vida, e por nos terem apoiado em momentos difíceis, oferecendo sempre ajuda e um ombro amigo;

Ao Curso de Graduação em Enfermagem, por tudo que nos ofereceu.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>V</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>06</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>11</b>
2.1– SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS SANPS.....	11
2.2– CLÍNICA BELVEDERE.....	15
<b>3 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>22</b>
3.1 – RELEITURA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS .....	22
3.2 – RELAÇÃO PESSOA/PESSOA .....	24
3.3- PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	27
3.3.1-HISTÓRICO DE ENFERMAGEM.....	28
3.3.2 - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	28
3.3.3 - PLANO DE CUIDADOS OU PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM....	29
3.3.4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	29
3.3.5- PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	29
<b>4-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>30</b>
4.1 -CONCEITOS.....	36
4.1.1 - DROGA.....	36
4.1.2- CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS.....	36
4.1.3– DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA.....	37
4.1.4 - TOLERÂNCIA .....	37
4.1.5 - ABSTINÊNCIA .....	38
4.1.6 - DEPENDENTE .....	39
4.2 – ETIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA .....	40



4.3 – CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA DOENÇA .....	40
4.4 – FASES DA DOENÇA .....	41
4.5 - CONTROVÉRSIAS.....	43
4.6. - TERAPÊUTICA.....	52
5 – OBJETIVOS/ ESTRATÉGIAS/ AVALIAÇÃO .....	54
<b>6 – CRONOGRAMA .....</b>	<b>58</b>
<b>7 - RESULTADOS .....</b>	<b>60</b>
<b>8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>127</b>
<b>9 - BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>129</b>

## **ANEXOS**

### **AVALIAÇÃO FINAL DO RELATÓRIO**

## RESUMO

Trata-se do relato de um trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ocorrido em Florianópolis no período de 10 de Setembro à 17 de Novembro, tendo como objetivo principal, prestar assistência de Enfermagem ao Dependente Químico, cliente da Clínica Belvedere e usuários do Serviço de Atendimento às Necessidades Psico - Sociais.

O mesmo usa como referencial teórico a Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Wilson Kraemer de Paula, em consonância com a Relação pessoa-pessoa proposta por Travelbee.

## INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas constitui-se na atualidade, um dos principais problemas de saúde pública. Tem sido comum, quando aborda-se esta questão, referir-se somente àquelas substâncias cuja obtenção e consumo são proibidos legalmente, exceto o álcool, deixando-se de abordar as substâncias legalmente adquiridas e mesmo prescritas pelos profissionais de saúde. O presente trabalho não se propõe a abordar esta questão, somente a destacamos por entendermos que as mesmas merecem um olhar atento e que devem ser objeto de preocupação.

Neste trabalho nos deteremos, ao álcool, e as substâncias psicoativas mais comuns em nosso meio, cuja obtenção e uso são considerados transgressões as normas legais, e que podem levar o usuário a tornar-se dependente das mesmas.

O que comumente se denomina droga - vocábulo que sintetiza uma ampla gama de substâncias que, agindo sobre o sistema nervoso central provocam alterações de suas funções - nos dias atuais tem se revestido de inimigo público número um, bastando para verificar tal proposição, ler as notícias de jornais e televisão, a criação de Comissões de Inquérito na Câmara e Senado Federal e várias iniciativas da sociedade civil, como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB que anualmente destaca como foco de sua atuação, questões sociais e que, para o ano 2000, elegeu como tema as drogas.

Segundo Burcher (1989), o consumo de drogas é um fenômeno especificamente humano relacionado à cultura, pois cada sociedade recorre a seu uso com finalidades próprias, correspondente às atividades na qual está inserida. Com o passar do tempo algumas civilizações apresentaram mudanças nas formas

de consumo das drogas – inicialmente o uso se dava em rituais coletivos na comunidade – instaurando-se, com o passar do tempo, um novo padrão de consumo urbano, onde grupos se reúnem assiduamente com um caráter informal convertendo-se em um fenômeno assíduo e/ou crônico. Reforça o autor ainda que o uso da droga, nesta época e neste contexto sócio-político-econômico, não tem nada a ver com o uso da droga nas cerimônias que realizavam os astecas, incas ou qualquer outro tipo de cultura indígena...”

É importante ressaltar que toda sociedade é consumidora de drogas. Inúmeros são os “fatores-causa” associativos de diferentes origens que têm contribuído para o crescente consumo de drogas nas sociedades modernas.

Masur, (1985) enfatiza colocando que “Mudam os tempos, mudam as situações, mudam os valores – mudam as formas pelas quais se vestem os problemas”.

Para Burcher(1989), uma das características de mudança nos tempos modernos afeta às drogas refere-se a produção em larga escala, avanço tecnológicos de processamento e manipulação de substâncias sintéticas, agilidade nos meios de distribuição, podendo ser comercializada e adquirida no âmbito global e, sua inserção via convenções sociais e jurídicas onde estabelece-se a distinção entre drogas legais e ilegais. Da mesma forma as drogas legalmente permitidas como o álcool, tabaco e anabolizantes tem sua venda amplamente incentivada através do grande investimento em marketing, relacionando sempre o seu consumo ao prazer e sucesso do indivíduo, bem como a organizada atuação do narcótico. Estes apontamentos correspondem aos aspectos relacionados ao fenômeno sócio-cultural.

Ainda segundo Burcher (1989), existem três funções que podem ser designadas à ingestão de drogas em contextos sociais, as quais variam segundo a organização, valores e crenças de uma determinada sociedade:

Em primeiro lugar, a droga permite ao indivíduo escapar às angústias existenciais. Ela pode, portanto ser usada como meio para ‘esquecer’ a nossa transitoriedade, pelo menos temporariamente. As substâncias sintéticas e/ou psicotrópicas, nicotina e o álcool têm ação de anestésicos à insatisfação, vazio e a

dor interior do indivíduo. O consumo se prolifera apresentando-se como um consolo ou meio de tolerar estados de frustração, miséria e/ou desânimo.

A Segunda função corresponde à procura de contato com sensações sobrenaturais. Este sentido, diretamente religioso, vincula-se com a tentativa de se alongar os limites existenciais à procura de elementos espirituais ou divinos capazes não somente de aplacar a angústia do homem, mas também de assegurar-lhe sobrevivência além da morte que biologicamente é determinada.

A terceira função das substâncias psicotrópicas refere-se à busca do prazer e bem estar. Esta função, sem dúvida domina a toxicomania moderna, é tão antiga quanto às outras e se vincula com elas em muitas práticas e religiões antigas. As drogas – álcool, cocaína, crack, maconha, LSD, entre outras substâncias sintéticas – são utilizadas para a obtenção de alterações no estado de consciência e de humor, modificação das percepções, bem como a orientação com relação a si mesmo em relação ao seu meio.

Masur (1985) compartilha esta posição, quando menciona que o uso das drogas, como um escape, talvez seja a motivação mais conhecida – por conhecida entenda-se divulgada e não compreendida - Esquecer os problemas, frustrações, insatisfações, fugir do tédio, curiosidade, timidez, insegurança... Procurar o prazer nas drogas através de “paraísos artificiais”.

Paraísos artificiais são construídos não somente com as drogas negativas, mas também com as drogas positivas, os medicamentos. Em entrevista concedida à Revista Veja (1997) Moacyr Scliar, médico e escritor, manifesta a sua preocupação com a chamada “medicalização da vida”, que consiste em tornar problema médico todo o sofrimento do existir. À pergunta, *por que a idéia da pílula mágica faz sucesso*, responde: “*Porque parece o caminho mais fácil para preencher esse vazio interior que tomou conta das pessoas neste final de século – vazio este que causa uma ansiedade exasperante. A busca da pílula mágica corresponde ao afrouxamento das relações interpessoais, que ficaram muito tênues, difíceis. Em geral, tem-se poucos amigos, a família é uma chateação e os colegas de trabalho só querem puxar o seu tapete.*” Segue o entrevistado afirmando que determinados comportamentos, geralmente ligados ao fazer, mover-se, agir, são socialmente valorizados em contraposição ao seu oposto.

comunicação, onde estão sempre nos lembrando deste sério problema que já se tornou uma preocupação social. A questão droga está dentro dos nossos lares, pois na medida que muitas vezes nos privamos de freqüentar determinados locais ou se a eles vamos, tomamos determinados cuidados, o que demonstra que mesmo não sendo usuários ou não tendo no grupo familiar algum dependente, a droga causa repercussão em nós.

É por este motivo que escolhemos assistir os dependentes químicos, mais especificamente, os dependentes da Cocaína, Maconha, Crack e Álcool por serem estes os mais freqüentemente atendidos nos serviços de saúde. Achamos que não é nos omitindo ou buscando uma fuga para este tema que vamos resolver o problema, mas sim, estudando e aprofundando os nossos conhecimentos é que teremos um posicionamento referente ao problema da dependência química.

Portanto, para a realização da Oitava Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, optamos pela Assistência ao Dependente Químico, mais especificamente para os casos de álcool, cocaína, maconha e crack. O presente projeto utilizou como subsídio, em parte, o desenvolvido por Elias e Moreira acrescentado da extensão da assistência aos dependentes de cocaína, maconha e crack além da visita a outros locais que prestam assistência à dependentes químicos para conhecer as respectivas metodologias assistenciais. Para executar nosso projeto de conclusão de curso, escolhemos dois locais: Clínica Belvedere – Unidade de Dependência Química do Hospital de Caridade – Florianópolis- SC., onde seremos supervisionadas pela enfermeira responsável por esta unidade; e o Serviço de Atendimento às Necessidades Psicossociais (SANPS), Depto. de Enfermagem-CCS-UFSC. Cujá supervisão está a cargo da Enfermeira de Saúde Ocupacional do GSHST/PRAC – Gestão de Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho.

## 2 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A escolha de dois campos distintos, como a Clínica Belvedere e o SANPS, sendo uma instituição privada e outra pública, respectivamente, se deu no sentido de poder vivenciar as possíveis diferenças nos estilos de tratamento.

### 2.1 – SANPS:

O Serviço de Atendimento às Necessidades Psicossociais – SANPS, foi criado em setembro de 1987, à partir da experiência de atendimento de crises, feitas por professores de enfermagem psiquiátrica e da constatação da inexistência, na Universidade Federal de Santa Catarina, de um programa de atendimento especializado para servidores alcoolistas, já que na época foi constatado um alto índice de alcoolismo dentre os servidores e universitários da Universidade Federal de Santa Catarina. No início deste mesmo ano foi criado pela UFSC o PAS, (Projeto de Ajuda ao Servidor), que tinha como objetivo principal ajudar os servidores alcoolistas desta Universidade. E em setembro, este serviço foi extensivo à comunidade, denominando-se SANPS.

Hoje o SANPS é coordenado pelo Professor Jonas S. Spricigo, Enfermeiro especializado na área da Psiquiatria do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Neste serviço os profissionais tem característica de voluntariado, portanto, o SANPS não dispõe de pessoal administrativo. Por ser um serviço de atendimento à pessoas em crise, não agenda pacientes e não registra dados estatísticos destes atendimentos, apenas preenche uma ficha de identificação quando da chegada de pessoas no grupo.

Administrativamente, o SANPS é um serviço de Extensão do Departamento de Enfermagem, que está vinculada ao Centro de Ciências da Saúde UFSC e ao Curso de Enfermagem.

O SANPS tem como objetivo prestar assistência de enfermagem às necessidades psicossociais da Comunidade Universitária, extensivo à comunidade em geral.

Este serviço fornece aos usuários os passes do Restaurante Universitário R.U. passes de transporte coletivo para garantir a volta das pessoas ao grupo e oportunizar com o almoço e jantar no R.U. a permanência das pessoas em tratamento durante o dia na Universidade.

Os usuários do serviço podem usufruir de serviços da Universidade como: Cursos Profissionalizantes, almoçar e jantar no R.U., Utilizar o centro de Desportos da UFSC, a Biblioteca e outras dependências.

Para receber atendimento pelo SANPS as pessoas devem expressar vontade e iniciativa pessoal para o tratamento. O encaminhamento para os diversos programas geralmente é feito por indicação de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos e outros profissionais na área da saúde e de prevenção às drogas ou por pessoas interessadas. Fazem parte deste serviço, o Grupo de Estudos Alternativos dos Problemas das Drogas (GAEPD), o Grupo de Ajuda Mútua (GAM), o Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool (GEPAL). Atualmente estão sendo realizadas reuniões administrativas, que funcionam no mesmo espaço da sala de reuniões do GAM, com o objetivo de melhorar/facilitar/discutir o tratamento dos dependentes. Ocorrem no período da tarde, com início às 14:00horas e o final previsto para 14:30, sendo coordenadas por um ex-usuário de drogas em recuperação.

O GAM funciona de segunda a sexta feira, das 8:00h às 18:00h, nas dependências do Centro de Ciências da Saúde – UFSC, 2º andar, em uma sala de 8 metros quadrados e uma varanda de 16 metros quadrados, ao lado do banheiro feminino. Diariamente das 8:30h às 12:00h é feita uma reflexão sobre o período em que os recuperandos estiveram afastados do grupo bem como o estado bio, psico, social e espiritual em que os mesmos se encontram. Estas reuniões são coordenadas por vários profissionais, onde dois deles são enfermeiros, uma assistente social, e um ex- usuário de drogas em recuperação. Após as reuniões os clientes almoçam gratuitamente no restaurante universitário, e têm permanência livre no Campus, que



é parte integrante no tratamento, desde que sempre a dois a fim de evitar a solidão, a abordagem de traficantes e a evasão.

O GAM nasceu em janeiro de 1992, com a participação de três dependentes em recuperação e um professor de enfermagem psiquiátrica. O grupo surgiu como alternativa de acompanhamento diário aos dependentes que não conseguem vaga ou não se adaptam em regimes fechados. O GAM busca propor alternativas terapêuticas não discriminadoras, reduzir a deficiência de vagas nos serviços especializados, oferecer assistência a dependentes de drogas portadores de HIV/AIDS, oportunizar aos dependentes de drogas experiências vivenciais em um contexto sadio, promovendo a reintegração social, baixar custos, servir de campo de ensino e pesquisa. Apesar de ser um grupo anárquico, o GAM propõe quatro regras básicas:

- Chegar no horário todos os dias para as reuniões;
- Almoçar diariamente no Restaurante Universitário, com o objetivo de exercitar a paciência e a disciplina, e oportunizar a convivência com pessoas sadias;
- Participar nas atividades diárias do grupo;
- Circular livremente no Campus, sempre em duplas a fim de evitar a solidão, a abordagem de traficantes e a evasão, já que a inserção de dependentes do álcool e outras drogas, em ambiente sadio favorece a recuperação.

Todas as quartas-feiras à partir das 17:00h realizam-se as reuniões do GAEPD, na sala 911 no Centro de Ciências da Saúde – UFSC. A coordenação da reunião é feita pelo fundador do serviço, professor Wilson Kraemer de Paula, e tem por finalidade manter um fórum aberto de discussões sobre drogas na UFSC e prestar assistência a dependentes de drogas e/ou álcool através do Grupo de Ajuda.

O GAEPD nasceu após a realização de um seminário sobre o uso indevido de drogas, onde ao final deste, houve interesse dos participantes em continuar discutindo o assunto, e a partir de uma primeira reunião, marcou-se novos encontros, a serem realizados no mesmo horário e local em quartas feiras alternadas. Em 1990 este grupo foi aberto a todos os segmentos da sociedade. A partir daí as reuniões passaram a se realizar semanalmente. Elas não tem tempo

previsto para sua finalização , sendo “aquecidas” por depoimentos e reflexões dos participantes ( recuperandos, familiares, estudantes, e a comunidade em geral).

A primeira fase do tratamento, primeiro e segundo mês, os pacientes permanecem na UFSC em tempo integral, participando de atividades programadas. A maior parte do tempo é voltada à Terapia Desocupacional, que é o não fazer nada, como uma forma reflexiva de terapia ocupacional, e o dependente de drogas deve utilizar este tempo para pensar, falar com os companheiros de grupo sobre a sua situação e seus problemas e ouvir os demais, utilizando este tempo de forma reflexiva, pensando sobre o tempo em que era drogadito e como era sua vida, e como está sua vida atualmente, e o que deve fazer para melhorá-la.

A segunda fase, Terceiro e quarto mês, os recuperandos participam de atividades programadas preferencialmente inseridas no contexto da Universidade. Para essa etapa são sugeridos: matrícula em cursos de extensão, matrícula como aluno ouvinte, programação de vídeo, cursos profissionalizantes, esportes, grupos operativos e grupos terapêuticos. Também é proposto, aos que estão empregados, que procedam a reintegração parcial no trabalho. E, aos desempregados é conveniente a procura de emprego e/ou programas de profissionalização.

A terceira fase ou reinserção social, ocorre a partir do quinto mês quando é esperado que, natural e gradativamente vá substituindo o ambiente terapêutico por convívio na sociedade.

Ao completar os seis meses, o dependente em recuperação recebe uma placa em homenagem ao término do tratamento efetivo no grupo, sendo considerado graduado. Geralmente esta placa é entregue nos grupos de Quarta-feira (GAEPD), onde é aberto aos familiares e a comunidade em geral. A reunião finaliza-se com uma confraternização entre os participantes.

O GEPAL foi fundado em setembro de 1987, à partir da necessidade de atender alcoolistas funcionários da UFSC. Trata-se de reuniões com duração de 1 hora, coordenadas por uma assistente social ou um enfermeiro, no Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFSC, sala 921, todas as quintas-feiras às 16:00h, Elas são “aquecidas” por depoimentos e reflexões decorrentes das experiências vivenciadas que representam o conhecimento e o cotidiano de seus membros. Este

programa atende alcoolistas e/ou dependentes de outras drogas, recuperados, familiares, profissionais e estudantes.

Ele propõe o tratamento dos alcoolistas, coloca em discussão este tema nas salas de aula e nos gabinetes, como um problema social que atinge a mais de 10% da população.

No caso de algum participante precisar de acompanhamento profissional especializado, o serviço social da UFSC encaminha-o para: hospitais, clínicas especializadas, comunidades terapêuticas, ambulatórios, grupos de alcoólicos anônimos, e ao GAM da UFSC.

## **2. 2 CLINICA BELVEDERE**

A Clínica Belvedere foi criada em abril de 1984, sendo em Santa Catarina a primeira unidade em hospital geral – localizada no Centro da Cidade de Florianópolis junto ao Hospital de Caridade - para o tratamento dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso do álcool e outras drogas. Resultado de mais de 20 anos de experiência e investigação em tratamentos de abordagem múltipla, a Clínica Belvedere foi desenhada num modelo de Comunidade Terapêutica com técnicas de prevenção à recaída.

A Clínica tem como objetivo promover a melhoria contínua na qualidade de vida dos clientes, através da prevenção e assistência integral, sustentada por princípios éticos e de solidariedade. Esses princípios representam a capacitação de recursos humanos, solidariedade social, ética, qualidade na prevenção do serviço e qualidade de vida.

Dispõe de uma capacidade instalada de 18 leitos, sendo 02 leitos e 01 banheiro por quarto, 01 sala de estar, 01 sala de televisão junto com o refeitório composto por 05 mesas redondas com 04 cadeiras cada mesa, 01 copa, 01 sala para as reuniões de grupo, 01 área aberta (hall de entrada), 01 banheiro para funcionários, 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem e o posto de enfermagem entre os dois consultórios. Estas dependências são separadas da

recepção da clínica, por uma porta trancada a chave, tendo acesso com autorização dos profissionais.

O programa de tratamento prevê um sistema de acompanhamento permanente ao paciente por um período de 03 anos, dentro de um programa assistencial composto de duas fases.

Na primeira fase o tratamento geralmente é hospitalar, consiste de um período de internação que dura 30 dias, com o objetivo inicial de promover a desintoxicação. Para isso são utilizados medicamentos como vitaminas e outros específicos, em função da dependência, e para aliviar o sofrimento da privação e também para evitar/tratar problemas clínicos e psiquiátricos.

No caso de haverem complicações orgânicas da dependência, o paciente passa por avaliações clínicas periódicas e exames laboratoriais e de diagnóstico, utilizando a infra estrutura médica de todo o Hospital de Caridade.

Durante a internação o dependente aprende a conhecer sua doença, como ela se estruturou ao longo de sua vida, os problemas que lhe trouxe, suas defesas psicológicas doentias, organizando-se para uma vida de sobriedade livre da dependência.

No refeitório existe um mural que informa sobre as atividades diárias ( programa de atividades), que são:

- **ATIVIDADE FÍSICA:**

Que pode ser do tipo caminhada, aeróbica, alongamento, ginástica, e outros. Com início as 7:00 horas e término as 7:50 horas é coordenada por um profissional da área, é a primeira atividade do dia, e que acontece de Segunda a Sexta-feira, busca melhorar a condição física do cliente, resgatando sua auto-estima.

- **CAFÉ DA MANHÃ:**

Das 8.00 as 8.30horas.

- **GRUPO DE VIVÊNCIA:**

É um grupo terapêutico, realizado de segunda a sexta-feira das 9:00 as 10:00 horas. Tem por objetivo auxiliar o dependente a tomar consciência da sua dependência. Trabalha os sentimentos associados à dependência e sua relação com o tratamento durante a etapa de internação. É coordenado por um dependente

químico em recuperação, e a participação do recuperando neste grupo é fundamental, pois para dar início ao tratamento da dependência química é necessário que aceite o fato de ser dependente.

- **GRUPO DE REFLEXÃO ESPIRITUAL:**

Este grupo funciona aos sábados, das 10:00 as 11:00 horas e é coordenado por membros de comunidades religiosas, visa estimulá-lo à introspecção.

- **GRUPO DE SENTIMENTOS:**

Este grupo conta com a participação apenas dos clientes internos, e sob a coordenação do representante do grupo, permite que os sentimentos e emoções individuais sejam compartilhados em nível de igualdade e companheirismo. Ele acontece aos Domingos das 10:00 as 11:00 horas.

- **GRUPO DE LABORTERAPIA:**

Tem como princípio que a clínica funciona como uma Comunidade Terapêutica, em que todos têm direitos e deveres, cria um espaço para a manifestação de sintomas da doença procurando soluções mais ajustadas e que impliquem em crescimento pessoal.

Este grupo é coordenado pela Enfermeira da Clínica e Supervisora deste Projeto, e funciona nas Segundas-feiras das 10:30 às 11:30 horas.

Durante o grupo ocorre a distribuição das seguintes atividades terapêuticas:

- ~ representante do grupo;
- ~ supervisor de atividades;
- ~ recepcionista;
- ~ auxiliar da equipe de enfermagem;
- ~ auxiliar de refeitório;
- ~ responsável pela sala de TV;
- ~ responsável pela sala de reuniões;
- ~ responsável pela organização da área externa;
- ~ responsável pelo livro de presença do grupo ambulatorial;
- ~ responsável pelas plantas;
- ~ responsável pelo quadro de mensagens.

- **GRUPOS DE LEITURA DA AUTO-BIOGRAFIA:**

Funcionam às terças, quartas e quintas-feiras no horário das 10:00 as 11:00 horas. Nele os dependentes fazem a leitura da sua autobiografia, que nada mais é do que a sua história de vida e de drogadição, e ele tem por objetivo fazer a pessoa refletir sobre seu passado, repensar melhor suas atitudes e compartilhá-las com os demais companheiros. Este grupo é coordenado por um ex- dependente químico em recuperação e consultor da clínica.

- **GRUPO DE ORIENTAÇÃO MÉDICA:**

É um espaço onde o dependente recebe informações técnicas sobre a doença e o tratamento, este grupo é coordenado pelos médicos da clínica, com horário previsto para as 11:10 até as 12:00 horas, nas terças e quartas-feiras.

- **GRUPO DE LEITURA DO MANUAL:**

É um instrumento utilizado para auxiliar os dependentes a prevenirem uma recaída, e informa sobre o seu conteúdo, como preenchê-lo e torná-lo útil na recuperação. Funciona nas quintas-feiras das 11:10 as 12:00 horas, e é coordenado pelo consultor da clínica.

- **SEMINÁRIOS:**

São apresentados a seguir alguns dos temas desenvolvidos:

- Mecanismos de defesa da dependência;
- Sintomas de progressão da recaída;
- Complicações psiquiátricas decorrentes do uso do álcool e outras drogas;
- Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas e o trabalho
- Classificação das drogas psicoativas
- Mudanças terapêuticas alvo no tratamento da dependência;
- Complicações clínicas do uso de substâncias psicoativas;
- O reflexo da doença no ambiente familiar;
- Relacionamentos afetivos/inteligência emocional;
- Prevenção do câncer.

Durante nosso estágio utilizamos este mesmo espaço para a realização das dinâmicas de grupos, nas sextas-feiras das 11:10 as 12:00.

- **GRUPO XII PASSOS**

Este grupo geralmente é coordenado por um voluntário da clínica que fala sobre os doze passos de Alcoólicos Anônimos, é realizado nas segundas-feiras das 14:00 às 15:00 horas.

- **GRUPO DE ACONSELHAMENTO MOTIVACIONAL:**

À partir da autobiografia o grupo trabalha os fatos mais importantes da doença e da vida do indivíduo, buscando sempre ampliar a consciência sobre a sua real evolução e conseqüências em sua vida. Este grupo funciona das 14:00 as 15:00 horas, nas terças, quartas e quintas-feiras, e quem coordena é o consultor da clínica.

- **GRUPOS DE FAMÍLIA:**

Este grupo presta assistência à família. Funciona nas quintas-feiras das 15:30 horas às 17:00 horas e é coordenado pela psicóloga, onde os participantes são os familiares dos dependentes em recuperação internos da clínica.

- **GRUPO AMBULATORIAL:**

É um grupo aberto à comunidade, e do qual participam pacientes internos e externos, abre espaço para os mais diversos temas na área da dependência química, tendo um importante papel no estímulo para o tratamento e prevenção à recaída, apoio a família, e outros.

Os grupos ambulatoriais funcionam das 17:00 às 18:00 horas nas terças, quartas, e quintas feiras.

Estes grupos são coordenados pelos médicos psiquiatras da clínica.

- **GRUPO DE REFLEXÃO:**

Tem por objetivo estimular a verbalização do sentimento do momento e a partir daí, com a utilização de substratos técnicos, auxiliar o indivíduo a ver com clareza as coisas de fora e dentro de si, possibilitando uma ação consciente e transformadora. Este grupo é coordenado pela assistente social da clínica, ou pela psicóloga, e o horário é flexível.

- **GRUPO DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS/ NARCÓTICOS ANÔNIMOS:**

Para a transmissão de mensagens e filosofia destas entidades e estímulo para o ingresso nos mesmos. O A, A, funciona das 20:00 as 21:15 horas nas segundas feiras, e são membros de A, A, que vão até a clínica e transmitem sua mensagem,

### **3- REFERENCIAL TEÓRICO**

Na elaboração do marco conceitual utilizamos a Releitura das Necessidades Humanas Básicas de Paula (1993), em consonância com a Teoria da Relação Pessoa-Pessoa proposta por Travelbee (1979).

#### **3.1-RELEITURA DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Paula (1993), a partir da obra de Horta(1979), utilizando princípios derivados da física e da matemática, elabora uma Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, finalizando por emitir alguns conceitos e proposições não contidas na obra original, modificando, por acréscimo e/ou supressão alguns e mantendo outros. No presente trabalho, nos referiremos sempre a obra de Paula, mesmo naquelas situações em que o autor manteve as citações da obra da qual faz a releitura.

Destacamos aqui somente o conjunto de enunciados nos quais a Releitura se suporta e que julgamos necessários para o presente trabalho serão enfocados.

Segundo Paula (1993), Necessidades Humanas Básicas "são conjunto de entes do Ser Humano, que são representados pela busca dos necessários". Estes apresentam-se sob diversas formas. As necessidades são identificáveis em qualquer estado em que o indivíduo se encontra. Cada necessidade corresponde a um único necessário, mas cada necessário pode atender a várias necessidades.

A Inter-relação das necessidades psicológicas, biológicas, sociais e espirituais é que compõem o Ser Humano.

A Ciência da Enfermagem compreende o estudo das necessidades ontologicamente e de suas manifestações, ou seja, as necessidades perceptivas e seus respectivos necessários, fenomenologicamente.



As necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais são os espaços de necessidade e representam os entes da enfermagem.

## **Enfermeiro**

“É o ser da natureza que contém os necessários qualificados, que são colocados à disposição do cliente”, (Paula, 1993).

## **Ser Humano**

Segundo Horta, (1979, p.28). “Ser Humano é o ser com capacidade de reflexão, imaginação, simbolização e poder de unir o presente, passado e futuro, características estas que permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade. Este ser é um todo intrínseco, holístico com necessidades que são do nível bio-psico-sócio-espiritual. Coloca ainda que, como parte do universo dinâmico, o ser humano interage com o mesmo, de modo constante, dando e recebendo energia, modificando e sendo modificado, o que leva a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e espaço”.

## **Entes da Enfermagem**

Paula (1993) citando Horta afirma que, “o objetivo do conhecimento não é o Ser porque este é por si só inobjetivável. O objeto da ciência é o ente concreto que se revela aí homem; por sua vez, todo o ente no habitáculo do ser”.

O objeto da Enfermagem, ou entes da Enfermagem são as necessidades humanas básicas. A totalidade destes entes (psicobiológicas, psicossociais e Psicoespirituais) caracterizam a individualidade, unicidade e indivisibilidade do Ser humano.

## **Necessidades Humanas Básicas**

“Necessidades humanas básicas são conjuntos de entes do ser humano cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário” (Paula, 1993,p.9).

## **Necessários**

“São as manifestações correspondentes das necessidades e são estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes das mudanças de estado do indivíduo provocado pelas necessidades”( Paula,1993, p.55).

### **3.2.-RELAÇÃO PESSOA-PESSOA**

Para ajudar-nos na elaboração deste e reforçar o nosso referencial teórico, escolhemos a relação Pessoa-Pessoa proposta por Joyce Travelbee.

Segundo Travelbee (1979), discorrendo sobre a Relação Pessoa-Pessoa, estabelece os princípios de tal relação, as premissas básicas, o processo de Comunicação e os objetivos da enfermeira. Afirma que a Relação Pessoa-Pessoa, Constitui uma meta a ser alcançada. É também uma experiência para os participantes, durante as quais ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais.

Uma das características de uma relação pessoa-pessoa é que ambos, paciente e enfermeiro, trocam experiências e modificam seu comportamento. Ambos aprendem como resultado, ou através, do processo interativo. Sem troca se supõe que não há estabelecimento de uma relação.

A autora destaca que há quatro princípios que um enfermeiro deve conhecer antes de iniciar uma relação pessoa-pessoa com um paciente:

#### **1º - Compromisso Emocional**

O enfermeiro precisa comprometer-se emocionalmente se pretende estabelecer uma relação com um ou com qualquer outro ser humano. Este compromisso emocional é a capacidade de transcender a si mesmo e interessar-se por outra pessoa, sem que este interesse a inabilite.

#### **2º- Aceitação**

Outra diretriz sugerida é aceitar o paciente como ele é, porém a aceitação pode não ser um processo automático .É provável que aceitemos automaticamente

indivíduos que tendem a satisfazer as nossas necessidades e que não aceitemos indivíduos que firam a nossa auto estima ou que, de alguma maneira, sejam incapazes de satisfazer as nossas necessidades. Se estas suposições são válidas, então deve-se concluir que a aceitação quando não constitui um processo automático, constitui uma meta a ser atingida.

Sugere-se que o enfermeiro admita os seus sentimentos de rancor, desgosto ou raiva e decida o que fazer a respeito deste sentimentos pois, um reconhecimento franco de que somos humanos e reagimos em um nível humano é melhor que negar nossos sentimentos e focalizar a nossa raiva na pessoa enferma, sendo rude com ela, ignorando-a ou, de uma forma mais sutil, “castigando-a” por seu comportamento.

### 3º- Atitude não Julgadora

Abster-se de fazer julgamento é mito, algo inatingível. Sugere-se que os enfermeiros devem se esforçar em ter a consciência dos julgamentos que tenham feito sobre a pessoa enferma e seu comportamento pois, somente ao ter consciência destes julgamentos – quaisquer que sejam – o enfermeiro pode tomar conta de seus efeitos na relação enfermeiro/paciente.

### 4º- A Objetividade e a Relação Enfermeiro/Paciente

Geralmente se define a objetividade como a capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo pré-julgamentos derivados de sentimentos pessoais.

A objetividade absoluta é inalcançável. Conseguir um grau razoável de objetividade constitui uma meta na interação enfermeiro/paciente.

A objetividade, entendida como isolamento e frieza, constitui uma barreira para estabelecer uma relação significativa com outro ser humano.

Travelbee nos traz ainda alguns princípios, os quais devemos seguir para a realização da Relação Pessoa - Pessoa:

### **Premissas Básicas da Relação Pessoa/Pessoa**

- 1º - O estabelecimento, a manutenção e o término da relação pessoa/pessoa constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática de enfermagem.
- 2º - Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único.
- 3º - Somente os enfermeiros psiquiátricos qualificados estão preparados para supervisionar os outros enfermeiros na prática de enfermagem psiquiátrica.
- 4º - A experiência de aprendizagem mais importante que o curso de Enfermagem Psiquiátrica proporciona é a de oferecer ao estudante a oportunidade de Estabelecer, manter e terminar a relação pessoa/pessoa.
- 5º - Os enfermeiros precisam saber usar a biblioteca e encontrar as obras relacionadas com as informações desejadas.
- 6º - O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e evoluir a atenção durante a relação pessoa-pessoa constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho em grupo.

Travelbee nos traz também os objetivos do enfermeiro, pelos quais este pode se guiar durante o tempo em que estiver interagindo com o seu paciente:

### **Os objetivos do Enfermeiro**

- 1º - Ajudar a pessoa enferma a enfrentar seus problemas presentes.
- 2º - Ajudar a pessoa enferma a conceitualizar seu problema.
- 3º - Ajudar a pessoa enferma a perceber sua participação em uma experiência. Ajudar o paciente a ver-se como um participante ativo em sua vida e no acontecer dela.
- 4º - Ajudar a pessoa enferma a enfrentar de forma realista os problemas.
- 5º - Ajudar a pessoa enferma a discernir alternativas.
- 6º - Ajudar a pessoa enferma a ensaiar novas linhas de comportamento.
- 7º - Ajudar a pessoa enferma a comunicar-se.
- 8º - Ajudar a pessoa enferma a socializar-se.

9 ° - Ajudar a pessoa enferma a encontrar um sentido para sua enfermidade. Sentido é a razão conferida a uma experiência determinada da vida pelo indivíduo que a vive.

### **Processo de Comunicação**

A habilidade para comunicar-se permite que o ser humano se relacione, se ligue aos outros, se entregue e compartilhe com os demais. Para ela, comunicação consiste em enviar e receber uma mensagem por meio de símbolos, palavras (escritas e faladas), signos, gestos e outros meios. Para que se leve a cabo a comunicação, a mensagem deve ser enviada, recebida e compreendida tanto pelo que envia como pelo que a recebe. A autora comenta que, entender e aceitar uma mensagem que não se quer receber – uma crítica – é algo mais difícil. Quem sabe a tarefa mais árdua – que requer grande humildade e coragem seja a que consiste em receber estas mensagens, examiná-las criticamente, aprender com elas e agradecer que os outros seres humanos se preocupem o suficiente para compartilhar verdades sobre nós mesmos.

### **Contrato**

O contrato é um acordo verbal realizado entre as duas partes: o cliente (dependente químico em tratamento), e o terapeuta (acadêmicas de enfermagem) onde se estabelece o início, a manutenção e o término da relação pessoa-pessoa. feito sob forma de diálogo sendo possível somente se ambas as partes estiverem de comum acordo.

### **3.3 Processo de Enfermagem:**

Segundo Paula (1993), Processo de Enfermagem é um instrumento terapêutico de intervenção e interação a disposição do enfermeiro. As fases do processo são:

### 3.3.1 Histórico de Enfermagem:

É o instrumento da consulta de enfermagem e deve ser definido como o roteiro sistematizado para levantamento de dados do ser humano (significativos para o enfermeiro e cliente), que tornam possível a identificação de problemas. O histórico de enfermagem serve como instrumento de ensino e permite que ao reconstituir a relação sejam identificadas dificuldades do enfermeiro e do cliente no relacionamento interpessoal, mostra as necessidades que foram atendidas durante o relacionamento bem como os manejos inadequados, e, serve para documentar a relação pessoa-pessoa, bem como base para o planejamento de futuras intervenções. Na aplicação do processo o enfermeiro deve possuir no mínimo duas atitudes básicas: aceitação e atitude não julgadora.

### 3.3.2. Diagnóstico de Enfermagem:

“Diagnóstico de Enfermagem é determinação do estado de atendimento das necessidades humanas básicas de uma pessoa. É um diagnóstico de saúde onde, eventualmente, o cliente pode apresentar necessidades afetadas ou não. Isto não quer dizer que frente a um diagnóstico de necessidades atendidas, o cliente da enfermagem teoricamente não necessita de assistência, posto que, por definição, a enfermagem, entre outros, mantém estados de suficiência e previne estados de insuficiência”( Paula,1993).

O Diagnóstico de Enfermagem descritivamente é elaborado em três fases que ocorrem, em geral, seqüencialmente:

-Diagnóstico Situacional:” Indica a situação ou condição em que o indivíduo se encontra, ou seja, se existem ou não problemas de enfermagem; sendo estes, situações ou condições decorrentes do desequilíbrio das necessidades finitas ou infinitas, presentes, passadas ou futuras, intensificadas pelo indivíduo que as apresenta (ou que o representa), ou o enfermeiro, cuja solução aporte do necessário depende de uma relação de ajuda”.

Diagnóstico de Natureza: “analisa a situação ou condição, formula hipóteses, enumera quais necessidades podem estar contidas no espaço de necessidades

observado, quer sejam essas atendidas ou não. O não atendimento de uma ou mais necessidades, pode significar problemas de enfermagem”.

Diagnóstico de Auto-suficiência ou Auto-insuficiência: “é a determinação da capacidade ou incapacidade do indivíduo para por si mesmo atender as suas necessidades”.

### 3.3.3 Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem

“O Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem é a determinação pelo enfermeiro, a partir do Diagnóstico de Enfermagem, da qualidade e quantidade dos necessários que devem ser oferecidos ou administrados ao cliente”( Paula ,1993, p. 96).

### 3.3.4 Evolução de Enfermagem

“Possibilita comparar a qualquer momento os estados de base de necessidades passadas com o estado atual. A Evolução permite ainda acompanhar as variações de Auto-Suficiência do cliente no atendimento de suas necessidades básicas”,( Paula, 1993, p.97).

### 3.3.5. Prognóstico de Enfermagem

“O Prognóstico de Enfermagem, a partir da introdução dos princípios de Auto-Suficiência e Auto-Insuficiência , deve ser feito pela medida progressiva de suficiência e insuficiência do cliente em atender as suas necessidades” (Paula,1993 p.98).

#### 4- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O uso de drogas e álcool, é um problema que preocupa a todos os profissionais, especialmente os da saúde, pelos danos que provoca nos aspectos físicos, psíquico -sociais da vida das pessoas.

A ingestão álcool parece ser uma prática que tem acompanhado o homem desde o surgimento da humanidade, constituindo-se o álcool, desta forma, o mais antigo companheiro do homem. FORTES(1991) citando Santo-Domingo, refere o uso ocasional de absinto pelo *Homus Erectus* há provavelmente 250.000 anos, indícios por volta dos 30.000 anos e certeza de consumo a partir de 10.000 a 8.000 anos a . C..

O homem teria descoberto o sabor das bebidas alcoólicas, ao ingerir os sucos de frutas expostas ao ar livre que sofreram o processo da fermentação. O vinho e a cerveja desenvolvem-se praticamente junto com a agricultura, tendo surgido provavelmente em diferentes regiões geográficas na mesma época. A cerveja, proveniente da cultura do arroz na Índia ou da cevada cultivada no velho Egito foi, provavelmente, a primeira bebida alcoólica elaborada pelo homem em grande escala. Cerca de 1.000 a . C., os gregos iniciaram o uso do vinho advindo da cultura da uva,(SOUZA, 1992).

Por volta do século IX tem início o processo de destilação, que aumenta o teor alcóolico das bebidas. Enquanto a cerveja apresenta um teor de 4 a 5% de teor alcóolico, o vinho branco de 8 a 10%, os tintos 12%, os aguardentes fortes como resultado de destilação atingem 55%.

Ao estudar a história da civilização, observa-se que as drogas estão presentes em todas as sociedades e inseridas nos mais diversos contextos: social, econômico, medieval, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético, climatológico e



militar. Para o autor, o consumo de drogas é um fenômeno especificamente humano. Um fenômeno cultural.

O alcoolismo como doença nasceu em meados do século XIX, e foi registrado com o nome de *Alcoholismus Chronicus* por Huss em 1849. A descrição das conseqüências físicas do efeito do álcool ingerido de forma crônica, foi tão completa, que até hoje, passados quase 150 anos, apenas a micropatia e certas lesões cerebrais foram acrescidas a elas (BERTOLOTE, 1991).

O etilismo, além dos agravos orgânicos e psicológicos, acarreta implicações na vida social, não somente do alcoolista mas também no mundo que o rodeia. Assim, as conseqüências financeiras são nada desprezíveis, que além da delapidação do próprio patrimônio material, contribui para o aumento significativo da demanda por assistência médica, quer nos ambulatórios, quer nos hospitais gerais e serviços especializados. ZAGO (1996), nos informa que de cada dez pacientes internados por dependência de drogas, oito são por etilismo.

No Brasil, há quem afirme que o alcoolismo desperdiça ou consome mais recursos que a totalidade das importações brasileiras ou todo o orçamento da Previdência Social. Outra característica encontrada entre os alcoolistas diz respeito ao índice de suicídio, que é 58 vezes mais freqüente comparado com a população em geral. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram o problema do abuso ao álcool, como terceira causa mundial de morte. Estudos referidos pela OIT/OMS, revelam que 70% das pessoas que têm problemas relacionados com o consumo do álcool, estão enquadrados profissionalmente, (CORDO,1996).A expansão de consumo de álcool e outras drogas é marcante. Na década de 70, o consumo de álcool caracterizava-se como um hábito essencialmente masculino, sendo que para cada mulher alcoolista haviam 20 homens e, hoje a proporção é de 1 para 7. Isto mostra que o álcool, e na mesma esteira as demais drogas, com o passar dos anos - em que pese a maior divulgação das suas implicações- vem derrubando barreiras e atingindo segmentos até então menos vulnerável.

O álcool é o depressor cerebral mais freqüentemente usado e uma causa de considerável morbidade e mortalidade. Os principais efeitos do etanol ocorrem no sistema nervoso central, onde suas ações depressoras assemelham-se às dos

anestésicos voláteis. Apesar de o etanol, em concentrações farmacológicas efetivas, produzir um aumento mensurável no distúrbio estrutural (ou seja o aumento da fluidez) das membranas lipídicas, semelhante ao efeito dos anestésicos voláteis, é provável que suas ações dependam basicamente de seus efeitos sobre os canais iônicos e os receptores de membrana. Na célula o efeito do etanol é puramente depressor, apesar de ele aumentar as atividade dos impulsos (presumivelmente por desinibição) em algumas partes do SNC, principalmente nos neurônios dopaminérgicos mesolímbicos envolvidos nas vias de gratificação.

Após ter sofrido influências de ordem cultural, religiosa, tecnológica, social e econômica, continua o alcoolismo a ser discutido em todos os segmentos sociais, bem como, por razões diversas, milhares de pessoas buscam através do uso indevido de drogas, um dos maiores problemas da sociedade atual, solução para problemas, entre outros, familiares, fuga, solidão, desequilíbrio, necessidade de auto-afirmação e novas sensações.

As drogas - aqui nos reportando principalmente aquelas consideradas ilícitas - a questão da drogadição, está inserida nos códigos de doenças relacionadas ao Transtorno por Uso de Substâncias entre outras. Conforme esta classificação existem sintomas que possibilitam um diagnóstico da dependência, (DSM IV, 1997). Importante ressaltar que, critérios para dependência são um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
  - uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
  - acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
- Abstinência manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
  - síndrome de abstinência caracterizada para a substância de preferência (conforme descrita adiante);

- a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido:
  - existe um desejo persistente ou esforço mal sucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso de substâncias.
- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância.
- Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substâncias.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-F10- a F19) o uso de drogas psicoativas, englobam-se no agrupamento das Doenças Comportamentais, compreendendo numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico.

Segundo o (DSM-IV), todas as drogas psicoativas afetam o cérebro ou o sistema nervoso central. Esses fatores são mediados por diferentes neurotransmissores atuando sobre uma infinidade de comunicação intercelular, que determinam um balanço entre as neurotransmissões excitatórias e inibitórias. Uma mesma droga pode ter efeitos de estímulo comportamental em uma dosagem e sedação em outra, e os efeitos agudos de uma droga sobre o SNC podem ser opostos às alterações vistas após exposição crônica. As ações farmacológicas específicas dependem da via de administração, dose e presença ou ausência de outras drogas. A distribuição, metabolismo e sensibilidade às substâncias também são afetadas por mecanismos genéticos e da quantidade e característica das enzimas do metabolismo e o total de ligação às proteínas.

## **CANABINÓIDES**

Segundo o DSM IV, os canabinóides são substâncias derivadas da planta *Cannabis sativa*. Quando as folhas superiores, inflorescência e brotos da planta são cortados, secados e enrolados em forma de cigarro, o produto geral é chamado de maconha. O haxixe é o exsudato resinoso da cannabis; o óleo de haxixe é um destilado concentrado de haxixe. Os canabinóides em geral são fumados, mas podem ser consumidos por via oral e, é as vezes, misturado ao chá ou alimentos. O canabinóide indentificado como principal responsável pelos efeitos psicoativos da cannabis é o delta-9-tetraidrocanabinol ( também conhecido como THC ou delta-9-THC ). Esta substância rapidamente está disponível para uso em sua forma pura. Os efeitos farmacológicos ( Rang et. all. 1997 ) é devido a atuação do THC, principalmente no sistema nervoso central, produzindo uma mistura de efeitos psicomiméticos e depressores, além de vários outros efeitos mediados centralmente e autônomos periféricos (ver revisão Dewey 1986).

Os principais efeitos subjetivos no homem consiste em uma sensação relaxante e bem estar , não muito diferente da produzida pelo álcool, uma sensação de aguçamento da percepção sensorial, com intensificação aparente dos sons e das visões, que adquirem um caráter fantástico.

Os principais efeitos periféricos se apresentam como taquicardia, vasodilatação, especialmente acentuada nos vasos da esclerótica da conjuntiva, redução da pressão intra-ocular e broncodilatação.

## **COCAÍNA E ANFETAMINA**

A cocaína , uma substância natural produzida pela planta coca, é consumida em diversas preparações ( DSM IV ) . Folhas de coca, cloridrato de cocaína e alcalóide de cocaína são alguns exemplos. Essas folhas são usadas por suas propriedades estimulantes pelos nativos da América do Sul, particularmente aqueles

que vivem em grandes altitudes nos Andes. Parece que a cocaína melhora a capacidade para trabalhar em grande altitude sem fadiga excessiva. A cocaína é um potente inibidor da recaptação da catecolamina pelos terminais nervosos noradrenérgicos e isto aumenta bastante as atividades nervosas simpáticas. O efeito da cocaína lembra muito o da anfetamina, (que é um derivado sintético que lembra em muito os efeitos da cocaína), causando euforia, verbosidade, atividade motora aumentada e um exagero do prazer. Com dosagens excessivas, podem ocorrer tremores e convulsões, seguidos de depressão respiratória e vaso motora, mas a cocaína tem menos probabilidade do que as anfetaminas para produzir comportamentos estereotipados, ilusões, alucinações e paranóia. As ações simpaticomiméticas periféricas levam a taquicardia, vasoconstrição e um aumento da pressão sangüínea. A temperatura do corpo pode aumentar, devido à atividade motora aumentada junto com perda de calor produzida. Como a anfetamina, a cocaína não produz nenhuma síndrome de dependência física clara, mas tende causar depressão e disforia seguindo o efeito estimulante inicial.

## **CRACK**

Uma forma de cocaína bastante difundida é o crack, um alcalóide de cocaína extraído dos sais de cloridrato em pó pela mistura com bicarbonato de sódio e posterior secagem, formando pequenas "pedras". O crack difere de outras formas de cocaína principalmente porque é vaporizado e inalado com facilidade, de modo que seus efeitos têm um início extremamente rápido. A síndrome cínica e os efeitos adversos associados com o uso de crack são idênticos aos produzidos por doses comparáveis de outra preparação de cocaína ( DSM IV ).

## 4.1 CONCEITOS

Abaixo apresentamos alguns conceitos que nos auxiliam a compreender melhor o tema que estamos abordando:

### 4.1.1 Droga

“Droga é toda substância que induzida em um organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”,(O.M.S., 1999).Elas são lícitas quando são legalmente produzidas e comercializadas. Como o álcool e cigarro.

E são Ilícitas quando sua comercialização é proibida por provocar altíssimo risco de causar dependência física e/ou psíquica, citando como ex. maconha, cocaína,crack,LSD-25.

### 4.1.2.Classificação das drogas:

#### Estimulantes:

Agem como estimulantes do Sistema Nervoso Central. O usuário fica alerta, atento, tornam-se mais corajosos. Aumentando a atividade cerebral, aumentam os batimentos cardíacos, respiração, pressão sangüínea e temperatura corporal, ocorrendo também a perda do apetite e do sono. Ex.: Cocaína, crack, anfetaminas e nicotina.

#### Depressoras:

São as substâncias que deprimem a atividade cerebral, causando um certo relaxamento, em que a pessoa sente-se mais a vontade, mais calma. Dão prazer porque afastam as sensações desagradáveis, reduzem a insônia, a ansiedade. Ex.: álcool, inalantes ou solventes, calmantes e sedativos, tranqüilizantes ou ansiolíticos.

#### Perturbadoras:

São as que produzem distorções, desvios ou anormalidades na atividade cerebral, também chamadas de psicodélicas. Com elas o cérebro funciona

desordenadamente, “perturbando” a transmissão de mensagens nervosas até a consciência. Ex.: Maconha, LSD...

#### 4.1.3. Dependência de Substâncias:

A característica essencial da Dependência de Substâncias é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Os sintomas de Dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos nem todos os sintomas se manifestam.

#### 4.1.4. Tolerância:

Tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuado diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias. A tolerância pode ser difícil de determinar com base na história, quando se trata de uma substância ilícita, talvez misturada com vários diluentes ou com outras substâncias. A tolerância também deve ser diferenciada da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns indivíduos que ingerem álcool pela primeira vez apresentam muito poucas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, ao passo que outros, com peso e história de consumo semelhantes exibem fala arrastada e fraca coordenação.

#### 4.1.5. Abstinência:

A característica essencial da Abstinência de Substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado de uma substância. Os sinais e sintomas de abstinência variam de acordo com a substância usada.

##### Álcool:

- hiperatividade autonômica ( ex. sudorese ou taquicardia)
- tremor intenso
- insônia
- náuseas ou vômitos
- alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias
- agitação psicomotoras
- ansiedade
- convulsões de grande mal

##### Anfetamina/Cocaína:

- fadiga
- sonhos vívidos e desagradáveis
- insônia ou hipersonia
- apetite aumentado
- retardo ou agitação psicomotora

Os canabinóides apesar de terem sintomas de intoxicação não apresentam sintomas de abstinência.



Nem tolerância nem abstinência são critérios necessários ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substância. Alguns indivíduos apresentam um padrão compulsivo sem quaisquer sinais de tolerância ou abstinência.

Esta aproximação de necessidade com dependência é tão marcante que inadvertidamente estudiosos da farmacologia e fisiologia humana denominam, erroneamente, alguns receptores cerebrais como receptores canabinóides e receptores opióides, como se maconha, cocaína e heroína fossem necessários.

Pela atividade desenvolvida no grupo, conceituamos a dependência como uma doença, que, a medida que o indivíduo vai perdendo a capacidade de escolher entre se drogar ou “ficar careta”, ele escolhe se drogar sempre, independente de estar bem ou mal, apesar de todos os problemas que decorrem do uso indevido das drogas.

Ainda não existem mecanismos ou instrumentos de medida que permitam o diagnóstico precoce da dependência, tanto orgânica quanto psíquica. Desta forma, tempo, uso e quantidade, embora não sejam determinantes, servem como parâmetros para diagnóstico, principalmente quando associados a contumácia. Entretanto, terapeutas e familiares não devem ter dúvida de que a pessoa que faz uso indevido de substâncias químicas sem querer fazê-lo, certamente é um dependente.

#### 4.1.6. Dependente:

Dependente de drogas, drogado, drogadito, dependente químico, adicto ou fármaco-dependente é uma pessoa que tem como característica essencial que difere das outras pessoas o uso compulsivo e/ou sintomas de abstinência juntamente com a tolerância. Em outras palavras; o indivíduo que perdeu o controle sobre sua vontade.

#### **4.2. Etiologia da dependência:**

As doenças mentais e entre estas, as dependências químicas, quando vistas sob o ponto de vista dos fatores desencadeantes, podem ser identificadas como originárias na própria pessoa que as apresentam ou no meio externo. São inúmeras as hipóteses. No caso de identificação da origem das doenças mentais como consequência de distúrbios orgânicos ou psicológicos ou a combinação de ambos. Entretanto, outras correntes de pensamento admitem também que a doença pode ser desencadeada por processos sociais patogênicos ou seja, admite-se a possibilidade de que as doenças mentais e, entre estas, as dependências químicas, possam ser produzidas pela sociedade ou que, pelo menos, alguns fatores sociais sejam decisivos na instalação dos quadros patológicos.

Independentemente do motivo inicial, parte-se da concepção de que o uso repetitivo de psicoativos gera dependência. Portanto, são as substâncias que produzem dependência química e dificultam ou impossibilitam o tratamento e proporcionam a recaída. Assim, se uma pessoa teve um motivo para iniciar-se nas drogas, em usando-as, passa a ter um novo problema, a dependência. Desta forma, prefere-se compreender estas doenças como: crônicas, lentas, progressivas e, sob o ponto de vista científico, incuráveis.

#### **4.3. Classificação clínica da doença:**

Um neófito nas drogas, geralmente inicia ou na forma sub clínica, sinais e sintomas da doença de pouca relevância ou de maneira sintomática, com sinais e sintomas significativos que já caracterizam ou não uma síndrome de dependência.

Há que diferenciar-se doentes sub-clínicos, doentes clínicos e doentes terminais. Geralmente associa-se dependência com a fase terminal da doença.

Doente sub-clínico é aquele cujos sinais e sintomas não são aparentes ou se perceptíveis, ainda são pouco significativos.

Doente clínico é aquele cujos sinais e sintomas são aparentes e geralmente representam desconforto.

Doente terminal é aquele cujos sinais e sintomas são graves e levam a cronificação ou a morte.

A classificação das doenças pode ser feita a partir da forma de manifestação. Assim, existem formas clínicas e sub-clínicas; agudas, sub-agudas e crônicas.

Doença crônica, quando não apresenta sinais e sintomas é crônica compensada. A doença crônica que apresenta sinais e sintomas é crônica descompensada e pode ser reconhecida como: agudizada ou reagudizada.

#### **4.4. Fases da doença:**

Considerando o alcoolismo e outras droga-adições como doenças e aplicando os conceitos tradicionais oriundos da clínica, entende-se que as dependências, vistas como doenças, apresentam fases específicas.

Tanto o dependente quanto seus familiares, quando existem, passam, pelo menos, por quatro fases semelhantes aquelas propostas por Kluber-Ross, ao estudar as fases da morte, distintas e obrigatoriamente não são seqüenciais, quais sejam: negação, ira ou revolta, barganha e aceitação.

##### **Negação:**

Nesta fase, tanto o doente quanto seus familiares, quando não reconhecem a gravidade desta doença, pensam que o uso de drogas faz parte da experiência de adolescentes; que existem drogas “leves” e que não produzem dependência; que AIDS, overdose, problemas com a polícia, roubar e mentir são acontecimentos improváveis em suas vidas.

Os usuários, quando flagrados portando drogas ou sob efeito dizem que aquela droga, encontrada por seus pais, é de um amigo, ou que usa somente em determinadas ocasiões, ou “se eu quiser eu paro”.

A mentira, erroneamente interpretada como “característica do drogado” é , na maioria das vezes, a negação. Ao mentir o doente nega, para si mesmo, a doença. Nega porque, quando usou, pretendia que aquela fosse a última e após o uso, sabe que deverá usar novamente, mesmo que não queira. Este comportamento é reforçado pela idéia de que seus pais não serão capazes de conviver com esta realidade.

Os pais, dificilmente estarão suficientemente preparados para o convívio com filhos dependentes. Desta forma, uma pessoa emocionalmente comprometida com um dependente, é capaz de identificar que vizinhos, amigos e até mesmo desconhecidos, estão envolvidos com drogas sem no entanto, perceber o mesmo fenômeno no seu próprio meio.

#### Ira ou Revolta:

A fase da ira ou revolta antecede ou coincide frequentemente com o primeiro contato do paciente e ou seus familiares com serviços de prevenção secundária, ambulatórios, clínicas e grupos de ajuda, ou com serviços de repressão ao uso indevido de drogas.

A ira ou revolta pode ser direcionada pelo drogado a si mesmo através de procedimentos autoagressivos que podem culminar com o suicídio. Quando projetada, a revolta pode repercutir em outras pessoas, geralmente familiares ou objetos, através de violência física e/ou vandalismo.

Familiares, quando sob efeito da ira, procedem da mesma forma que os drogados, espancando, xingando, se auto punido, ou atribuindo culpas, entre outros a educadores e outras pessoas representativas da sociedade ou do círculo de amizade.

Dentre os fatores que promovem a ira dos familiares, está a vergonha e decepção com o outro e consigo mesmo.

#### Barganha:

Se de um lado o dependente faz promessas que em razão da doença não é capaz de cumprir, como parar de usar drogas para manter o emprego, para não

perder o direito sobre os filhos ou reconquistar a mulher, os familiares, para que o doente reprima os sintomas, barganham das mesmas e de outras formas.

Nesta fase, tanto os dependentes quanto seus familiares estão vulneráveis e passam talvez, pelo momento mais crítico da doença. Desesperados e fragilizados, mudam crenças e sujeitam-se a aceitar qualquer proposta terapêutica, sem medir custos tanto econômicos quanto sociais.

#### **Aceitação**

A última fase, ocorre quando o paciente e ou os familiares, reconhecem a doença e admitem a impotência frente a substância.

Geralmente neste momento é feita uma reavaliação do processo

### **4.5. Controvérsias**

O Grupo Alternativo de Estudos dos Problemas das Drogas - GAEPD, ao longo dos anos, desenvolveu algumas crenças sobre o uso indevido de drogas que confirmam ou contrariam o conhecimento tradicional como se apresenta a seguir (Paula, 1999).

#### **Curiosidade:**

Nos últimos dez anos ouvimos mais de quinhentos dependentes e menos de dez destes, iniciaram nas drogas com mais de vinte anos.

Concomitante às diversas causas apontadas, a mais comum para iniciação no uso indevido de drogas é a curiosidade dos adolescentes que, mal informados, experimentam drogas.

Experimentam drogas porque acreditam naquilo que pessoas que usam drogas dizem. Quem usa, geralmente discriminado pela sociedade, mendiga uma companhia para compartilhar derrotas e precisa de parceiros para dividirem o alto custo da droga e os riscos decorrentes do ato ilícito.

Experimentam, porque os traficantes cada vez mais precisam de dinheiro para viver luxuosamente, subornar autoridades e controlar o povo através do medo.

Experimentam porque adultos desinformados, mesmo sendo políticos, educadores ou profissionais da saúde, pensam que este problema sempre está na casa do vizinho e não falam a verdade. Os jovens devem saber, em primeiro lugar, a verdade científica sobre drogas.

Quando os jovens experimentam drogas e não gostam, dificilmente repetem e por isso, correm menor risco em tornarem-se dependentes.

Quando os jovens experimentam drogas e desgraçadamente gostam, correm o risco de comprometerem suas vidas para sempre.

Existem mil motivos para uma outra pessoa usar drogas. Entretanto, a abstinência se justifica por um único motivo que deve ser suficientemente forte para não usar.

### **Uso Recreativo**

Muito se ouve falar sobre pessoas que usam drogas durante muito tempo e ditos usuários não problemáticos. Não é incomum bebedores classificados como excesso alcoólicos habituais, exibirem resultados de exames clínicos em que alguns resultados são limítrofes. Vangloreiam-se estes leigos em dizer que os resultados estão ótimos, que clinicamente nada de errado foi encontrado.

Não conhecemos usuários habituais de álcool ou outras drogas, que resistam a uma observação detalhada de um especialista sem que sejam identificados sinais e sintomas decorrentes do abuso.

## **Drogas Leves e Drogas Pesadas:**

Drogas, em farmacologia, são substâncias naturais ou sintéticas que usadas sob certas circunstâncias, funcionam como remédio ou veneno. Exemplos: água, antibiótico, ferro, cálcio, proteínas e açúcares.

Drogas psicoativas, em farmacologia, são substâncias naturais ou sintéticas que atuam sobre o sistema nervoso central e que usadas sob certas circunstâncias funcionam como remédio ou veneno. Exemplos: morfina, anfetamina, elixir paregórico, álcool e maconha.

Dentre as controvérsias mais comuns, até mesmo entre especialistas, admite a existência e diferencia as drogas em "leves" ou "pesadas". O GAEPD trabalha com o conceito de que existem drogas e a tolerância, ou seja a capacidade individual em assimilar, desejar, aumentar ou diminuir a quantidade de uma determinada droga, varia de pessoa para pessoa. Para medir o efeito de uma substância em um determinado indivíduo, deve-se considerar duas variáveis: de um lado características do usuário como idade, peso corporal, estado nutricional, estado emocional e cultura da pessoa do usuário; do outro, a espécie, qualidade e quantidade da droga usada. Um baseado de maconha "palhão" (cigarro feito de maconha de baixo teor, ou misturada com impurezas), daquela dos anos setenta, para uma criança de baixo peso corporal, subnutrida, emocionalmente comprometida é, certamente, uma droga pesada.

Por outro lado, um "fininho" (cigarro feito com pequena quantidade de maconha) de cannabis sativa produzida em estufa e submetida a melhoramento genético, com mais de 27.5 de tetra hidro canabinol, usada por um adulto com peso, estado nutricional e emocionalmente equilibrados, também é uma droga pesada.

Quando nos perguntam qual é a pior droga, respondemos que a pior é aquela que a pessoa está usando no momento. Porém, como terapeutas, não temos a menor dúvida em afirmar que a pior droga, sob o nosso ponto de vista é a maconha, haja vista que as outras drogas, segundo as variáveis tempo de uso, quantidade, qualidade e frequência, causam desconforto e o usuário não tem dúvida de que tem problemas. Entretanto, a maconha além de um custo relativamente

baixo, produz um estado alucinatório de bem estar. Outro efeito residual é a síndrome de amotivação, ou seja, há uma perda progressiva da vontade e o doente é incapaz de associar suas dificuldades como consequência da substância. Ainda segundo Paula, a maioria das pessoas que usam maconha não sabem que este psicoativo é um estupefaciente. Estupefacientes são substâncias que produzem plenitude ou sensação de estar “cheio”. O dependente de maconha quando apaga o cigarro, engana-se, pensando que esta atitude significa que ele é capaz de controlar a droga. Muito pelo contrário, é o organismo que rejeita o químico.

Felizmente, aquilo que já identificamos desde 1987, esta acontecendo com uma frequência cada vez maior, a crescente ocorrência de psicose canábica. Dizemos felizmente, porque frente a psicose produzida pela maconha poucas pessoas continuarão a falar deste produto como “quase inócuo” ou “droga leve”.

Não tememos em dizer que em cada rua de Florianópolis existe um jovem em estado deliróide provocado pela maconha .

### **Droga de Preferência ou Seletividade do Ego:**

Dentre os depoimentos de recuperandos é comum ouvirem-se expressões que indicam a manifestação de preferência por uma ou outra droga tais como: “eu prefiro cocaína”, ou, “não suporto álcool, eu só fumo maconha”. É obvio que o uso, o abuso, a contumácia e o “prazer”, que determinada experiência humana pode produzir temporariamente, sugere a repetição e isto faz com que os drogaditos falsamente reconheçam uma ou outra droga como “droga de preferência”.

Os motivos da escolha ou preferência de uma pessoa, por determinada droga, variam de pessoa para pessoa como certamente ocorre com outros objetos por razões, entre outras, biológicas, sociais e culturais.

A forma de atender a dependência pode ser comparada por exemplo, ao costume de frequentar um mesmo restaurante ou uma loja de departamentos onde a pessoa atende, além da aquisição do necessário, objeto da vontade imediata, inúmeras necessidades, entre outras: Ambiente, Conforto, Auto Imagem.



Quando alguém decide, conscientemente, pela escolha de um ou outros objetos, ou mesmo opta pela escolha do “não escolher”, este sujeito exerce o direito de decidir ou livre arbítrio.

Há que diferenciar livre arbítrio, na escolha de determinado objeto, incluindo drogas, que é um ato consciente e o direito de usar drogas de uso indevido quando um ato produzido por uma alteração orgânica e ou psicológica que é um ato inconsciente e portanto sem determinação de seletividade.

Não discutimos o gosto ou preferência de uma pessoa por qualquer objeto. É algo que respeitamos, embora nem sempre aceitemos.

Existem pessoas que preferem carnes brancas em vez de vermelhas, proteína vegetal em lugar da animal. Porém, as raízes antropológicas e culturais do ser humano passam pela antropofagia e, em situações de fome extrema, neste século, foram registrados casos de antropofagia, tanto em condições de insanidade mental, doentes que praticam o canibalismo, quanto em situações reconhecidas pela moral e limítrofes na ética, guerras, acidentes aviatórios e miséria.

O que não reconhecemos como verdadeira, é possibilidade do inconsciente ser seletivo para drogas já que não o é para proteínas ou qualquer outro necessário.

A dependência é química e assim, um usuário de cocaína ou maconha não deve ingerir bebidas alcólicas, um alcoolista não deve fumar maconha ou cheirar cocaína. Serviços reconhecidos recomendam que dependentes químicos não façam uso de vinagres, desodorantes alcóolicos, mesmo os cremes se compostos de álcool cremosado, fortificantes veiculados em álcool, antitussígenos que contenha codeína, anticolinérgicos, antigripais compostos entre outras por efedrina e reserpina, analgésicos e anestésicos de uso local, inclusive anestesia odontológica.

### **Caráter e Manipulação:**

A nossa experiência profissional, tanto pela prática quanto pela literatura, anterior ao trabalho do SANPS, levava-nos a crer que os alcoolistas e toxicômanos eram pessoas que além de manipuladores, apresentavam desvios de caráter,

comportamento sociopático, fragilidade pessoal e ou outros transtornos de personalidade. As pessoas desinformadas, identificam os doentes que apresentam estes desvios de conduta, gerados pelas drogas, como vagabundos, irresponsáveis, fracos ou marginais.

A convivência diária com recuperandos na universidade, ao longo dos anos, nos faz compreender que a dependência química é uma doença que atinge cerca de 10 por cento da população mundial e que uma doença pandêmica, não é seletiva e, portanto, não distingue entre outros, raça, cor, credo, cultura, condição sócio econômica ou sexo.

Assim, pessoas que porventura tenham problema de caráter anterior ao uso de substâncias psicoativas, em usando-as, pioram os desvios de caráter e, em parando de usa-las, continuam com as mesmas dificuldades de personalidade. Estes são a minoria das pessoa que buscam ajuda. Entretanto, a maioria dos dependentes que chegam na UFSC, são pessoas cujos pais, quando participantes do tratamento, dizem que este filho, antes de ser drogado, era uma pessoa especial, sensível, educado, inteligente e amoroso.

Em nossos testemunhos afirmamos que continuamos trabalhando com recuperação porque a convivência nos comprova que os drogados recuperados são dignos, honestos, fiéis, responsáveis, sinceros e trabalhadores.

Recuperação, salvo melhor juízo, não é a transformação de uma pessoa de mau em bom. Recuperar é resgatar o ser humano, geralmente maravilhoso, que havia antes das drogas.

### **Força de Vontade:**

A maioria dos dependentes químicos que conhecemos, afirmam basta querer ou se eu quiser eu paro. Doentes e familiares acreditam que basta uma força de vontade para que uma pessoa abandone o vício.

No Grupo Alternativo, defendemos a idéia de que os dependentes terão, para o resto de suas vidas, uma vontade louca de usar drogas. A intenção de não usar não é o suficiente. Preferimos dizer que o dependente para não usar drogas, deve criar uma contra vontade que se antagonize a vontade, com o propósito de dificultar o uso e que sirva de obstáculo para a recaída.

### **Crise de Abstinência:**

Freqüentemente ouve-se na mídia, principalmente quando o dependente é pessoa conhecida do grande público, como artistas e desportistas, que no início do tratamento os dependentes passam por severas crises de abstinência. Tal ideologia fundamenta-se muito mais na literatura de ficção e no cinema do que na ciência.

Abstinência, é a privação voluntária de algo ou seja, uma qualidade de alguém que se priva de algo.

Qualquer substância que produz dependência, quando em falta no organismo, causa desconforto e manifestações da privação e compulsão estão sujeitas a aparecer.

A compulsão é um desejo quase incontrolável de fazer uso das drogas. É identificada de diferentes e diversas formas. A compulsão faz parte da vida do dependente de drogas, mesmo que ele não esteja fazendo o uso. O recuperado deve aprender e saber lidar com este sintoma e controlá-lo.

Muitas vezes a síndrome de abstinência, que é um conjunto de sintomas decorrentes do impedimento voluntário ou compulsório da ingestão de psicoativos, é confundida com a compulsão, conseqüente do reinício ou continuidade de uso, quando o dependente é capaz de praticar violências, como agressões físicas, roubo e ameaças, para adquirir mais drogas.

Os sintomas de abstinência variam de pessoa para pessoa, segundo o grau de dependência e o tipo de droga. A supressão da nicotina, por exemplo altera, além do ritmo cardíaco, o peristaltismo (movimentos do intestino), a absorção do oxigênio e aumenta a irritabilidade da pessoa. .

Para melhor compreensão da desintoxicação, sob o ponto de vista da presença da substância no corpo e os efeitos psicossociais progressivos, por causa de sua redução, suponhamos que uma determinada pessoa, alcoolista ou não, em um certo dia ou noite, por qualquer motivo, decida beber.

A ingestão de álcool, em pequena ou grande quantidade, pode causar em determinadas pessoas um estado de alucinação alcoólica. Em outras, produz um leve estado de embriaguez, com sintomas de alegria ou tristeza, já que o álcool é um depressante do sistema nervoso central e por isto, libera sentimentos e emoções, além de alterar o curso, produção e a progressão do pensamento. O consumo descontrolado de álcool, como efeito orgânico imediato, induz a um grave estado de depressão ou euforia culminando inclusive, com a possibilidade de um estado de coma. Por outro lado, os comportamentos, geralmente inadequados do embriagado, causam efeitos morais imediatos.

Quando uma pessoa ingere bebidas alcoólicas exageradamente passa, freqüentemente, por todas estas fases.

Os efeitos orgânicos pós imediatos da intoxicação alcoólica acontece no dia seguinte, com o possível aparecimento de cefaléia, náuseas, vômito e tontura. Entretanto, ao ser informado por amigos e familiares das situações vexatórias e ridículas que provavelmente tenha criado, o ainda intoxicado, passa também pelos efeitos morais pós imediatos. No terceiro dia, passados os sintomas físicos, imediatos e pós imediatos aparentes, tudo volta ao normal. No quarto ou quinto dia quando diminui, significativamente, a quantidade da substância no organismo, a pessoa começa a manifestar sintomas de abstinência, como por exemplo, sentado a mesa, pela manhã, ao perceber que lhe foi servido esta mais ou menos quente do que o seu gosto, irrita-se a tal ponto que é capaz de agredir com palavras ou fisicamente o familiar que esteja mais próximo. Isto também é efeito pós imediato do álcool. O que afirmamos é tão verdadeiro que o delirium tremens, que é uma síndrome produzida pela abstinência ou simples diminuição da ingestão, pode ocorrer até o décimo dia de abstinência total ou parcial.

Na prática, não temos identificado, nos primeiros dias, sintomas de abstinência importantes em cocainômanos, além da compulsão. Em alguns casos o sinal da abstinência foi identificada apenas como uma dor de cabeça insuportável.

A nossa experiência com o crack, ainda não permite ir além da observação de um quadro compulsivo, quase incontrolável, associado aos comprometimentos e seqüelas físicas.

Quanto a maconha nota-se, a partir da segunda semana, um índice muito grande de abandono de tratamento após a manifestação verbalizada de vontade de usar, reconhecida como uma síndrome denominada no grupo de “aborrecência”, onde nada agrada ou satisfaz o adicto.

Em usuários de alucinógenos, como o é a cannabis sativa, tem-se percebido a ocorrência da chamada “viagem sem volta” e flash backs comuns entre consumidores de psilocibina e muscarina (substâncias presentes em certos cogumelos) e LSD.

Outras psicoativos como benzodiazepínicos, anfetaminas, solventes e aerosóis, embora apresentem sinais e sintomas de abstinência, não são de uso freqüente entre os beneficiários do nosso trabalho.

O que sabemos e documentamos através da prática, é que a maioria dos dependentes quando em abstinência, entre o trigésimo e trigésimo quinto dia, apresentam um quadro que denominamos recaída seca. Os sintomas deste momento de recuperação, mostram o doente com acentuada palidez, boca seca, sudorese, sensação de ter usado e desejo compulsivo de usar.

### **Recaídas:**

A recaída é um estado de crise identificada como a manifestação da doença através do uso de substâncias que produzem dependência química.

A possibilidade da recaída é tão comum que clínicas especializadas, onde mesmo os doentes permanecendo internados e sob regras de controle e vigilância, fazem exames periódicos de detecção de substâncias psicoativas.

Em que pese estas incertezas, e talvez decorrentes delas, existam várias modalidades de assistência. Durante a execução deste projeto e atendendo ao objetivo do mesmo, tivemos a oportunidade de conhecer várias instituições que assistem ao dependente, e que se encontram relatado no objetivo 2.3,(que utilizam terapêutica medicamentosa e outras modalidades).

A terapêutica medicamentosa, ressalvadas às situações que demandam cuidados em consequência das lesões orgânicas, restringe-se ao momentos decorrentes de intoxicação aguda e situação aguda de abstinência. Nestas situações, o paciente deve ser tratado em hospital, com os recursos médicos típicos de tratamento intensivo. O emprego de anti-convulsivantes ( carbamazepina ou fenitoína) tem uma indicação terapêutica em presença de convulsões e em indicações preventivas nos casos com história positiva de convulsões ou situações similares.

As estratégias de aversão farmacológicas do alcoolismo a base de dissulfiram, de produtos similares, ou da implantação subcutânea desses produtos não apresentam resultados mais eficazes do que o obtido através do emprego de placebos em ensaios clínicos controlados. É útil também destacar o risco apresentado pelo dissulfiram que pode produzir toxidade hepática, podendo manifestar-se depois de um longo tempo, após vários meses de latência. Em alguns casos demonstrou ser fatal.

O tratamento para a dependência, que mais tem obtido sucesso são os que se orientam pelo princípio da ajuda mútua associada a outros conhecimentos. Nesta modalidade encontramos os grupos de Alcoólicos Anônimos, os Grupos de Ajuda Mútua, Fazendas e similares.

## 5 –OBJETIVOS / PLANO DE AÇÃO / AVALIAÇÃO

### 1. Geral:

Prestar assistência de enfermagem aos Dependentes de Substâncias Químicas, clientes do SANPS e da Clínica Belvedere, assistindo-os nas suas necessidades bio-psico-sociais e espirituais.

### 2. Específicos:

■2.1. Conhecer a estrutura organizacional e a dinâmica do SANPS e da Clínica Belvedere.

#### Plano de ação:

-Agendar e realizar visita com a enfermeira supervisora para cada campo de estágio  
-Acompanhar as atividades realizadas nos períodos de atendimento da Clínica Belvedere e do GAM.

Cronograma: Na segunda e terceira semana de setembro.

Avaliação: Este objetivo será considerado alcançado se com estas visitas obtivermos informações que nos possibilite a compreensão da estrutura e funcionamento dos serviços.

2.2. Prestar assistência de Enfermagem aos usuários do SANPS e da Clínica Belvedere através do atendimento às Necessidades Humanas Básicas.

Plano de Ação:

- Acompanhar as atividades realizadas na Clínica Belvedere pelos clientes.
- Prestar Assistência de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas e/ou a outros serviços.
- Aplicar o Processo de Enfermagem em 4 (quatro) clientes do GAM, e 4 (quatro) clientes da Clínica Belvedere, escolhendo preferencialmente dependentes de substâncias diferentes.
- Escolher clientes recém internados preferencialmente 1ª. internação e/ou 1º tratamento.

Cronograma: A partir da terceira semana de setembro até o final do estágio.

Avaliação: O objetivo será considerado alcançado se durante o prazo estipulado conseguirmos aplicar o processo de enfermagem a 08 (oito) dos clientes propostos.

2.3. Conhecer outras propostas de atendimento ou Instituições de tratamento para dependentes químicos e alcoolismo e/ou participarmos durante o período de eventos sobre o tema.

Plano de Ação:

- Identificar outros serviços de atendimento aos dependentes químicos; suas terapêuticas e metodologias.
- Participar , sempre que possível, de eventos que abordem o tema Dependência Química.

Cronograma:No decorrer do estágio.



Avaliação: Este objetivo poderá ser considerado alcançado se for realizada pelo menos uma visita a uma Instituição e/ou participação em um evento.

■2.4. Facilitar as reuniões do GAM e dinâmica de grupo da Clínica Belvedere, sob supervisão da enfermeira responsável nos respectivos dias .

Plano de Ação:

- Participar das reuniões na condição de observadoras ;
- Coordenar as reuniões , alternando o papel de coordenação entre as acadêmicas e/ou responsável;
- Fazer avaliação permanente junto ao grupo e a supervisão após cada reunião realizada.

Cronograma: No decorrer do estágio.

Avaliação: Este objetivo será considerado alcançado se cada acadêmica coordenar 2 (duas) reuniões.

■2.5. Aprofundar os conhecimentos científicos sobre o tema escolhido.

Plano de Ação:

- Consultar livros, periódicos, publicações, teses e consulta a Internet sobre o tema.
- Participar de reuniões de estudo.
- Realizar registro sob forma de diário para elaboração do relatório.

Cronograma: No decorrer do estágio.

Avaliação: Este objetivo poderá ser considerado alcançado com a apresentação da revisão de literatura no Relatório final.

2.6. Participar das reuniões com familiares realizadas na Clínica Belvedere.

Plano de Ação:

-Participar das reuniões de grupos familiares.

Cronograma: No decorrer do estágio.

Avaliação: Este objetivo será considerado alcançado se cada acadêmica participar de três reuniões.

## 6 – CRONOGRAMA

### SETEMBRO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
					10 BEL.	11
12	13 GAM	14 GAM	15 BEL, GAEPD	16 CURSO	17 BEL	18
19	20 BEL.	21 GAM.	22 BEL, GAEPD	23 BEL	24 GAM	25
26	27 BEL.	28 GAM	29 BEL	30 BEL		

### OUTUBRO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
					01 BEL.	02
03	04 GAM	05 GAM	06 GAEPD	07 BEL	08 ORIEN TAÇÃO.	09
10	11	12	13 A A GAEPD	14 GEPAL	15 GAM	16
17	18 SASC	19 GAM	20 Al- anon GAEPD	21 SEMIN ÁRIO	22 GAM N.A	23
24	25 SASC	26 GAM ETF/SC	27 A A GAEPD	28 GAM	29 BEL. CAPS	30

### NOVEMBRO

DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB
	01 BEL	02	03 BEL GAEPD	04 GAM	05 BEL	06
07	08 CECRED	09 GAM ETF/SC	10 BEL GAEPD	11 BEL	12 CONFRA.	13
14	15	16 CONFRA.	17			

Legenda: GAM: Grupo de Ajuda Mútua.  
SASC: Serviço de Atendimento ao Servidor à Comunidade  
GAEPD: Grupo de Estudos dos Problemas das Drogas  
BEL: Clínica Belvedere  
GEPAL: Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool  
Al-anon: Grupo de Apoio dos Familiares dos Alcoólicos Anônimos  
N. A.,: Narcóticos Anônimos  
A, A.,: Alcoólicos Anônimos  
Seminário: Seminário sobre o grupo de prevenção à recaída.  
Curso: Curso de Comunicação Terapêutica  
CAPS: Centro de Atenção Psico Social  
ETF/SC: Escola Técnica Federal de Santa Catarina

## **7-RESULTADOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Prestar assistência de enfermagem aos Dependentes de Substâncias Químicas , clientes do SANPS e da Clínica Belvedere, assistindo-os nas suas necessidades bio-psico-sociais e espirituais.

### **OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

#### **OBJETIVO1**

**Conhecer a estrutura organizacional e a dinâmica do SANPS e da Clínica Belvedere.**

Para atingir este objetivo, conhecer a estrutura organizacional e a dinâmica da Clínica Belvedere e do SANPS, deu-se através da vivência diária nos locais supra citados:

A Clínica Belvedere está organizada da seguinte forma:

A organização está organizada da forma descrita na contextualização do campo. A dinâmica de tratamento é realizada em forma de internação no período de um mês onde os internos realizam uma seqüência de atividades participando de

diversos grupos. Após este tempo de internação o tratamento continua a nível ambulatorial onde o cliente participa de reuniões de prevenção a recaída e acompanhamento médico. O tempo de duração do tratamento consiste em três anos.

O SANPS está organizado da seguinte forma:

Administrativamente o SANPS, é uma extensão do Departamento de Enfermagem - NFR, do Centro de Ciências da Saúde -CCS, igualmente descrita na contextualização do campo. A dinâmica de tratamento consiste na participação de reuniões diárias no período matutino, onde são colocadas as dificuldades referente a dependência, seguido do almoço no Restaurante Universitário, e passando a tarde em terapia desocupacional nos três primeiros meses. Em segunda instância, aos poucos, o indivíduo se reintegra lentamente ao convívio social.

Consideramos este objetivo alcançado pois através das vivências nos campos de estágio conseguimos ter uma visão geral da estrutura e dinâmica nos locais em que realizamos nosso estágio.

## **OBJETIVO 2**

**Prestar assistência de Enfermagem aos clientes do SANPS e da Clínica Belvedere através do atendimento às Necessidades Humanas Básicas.**

Para realizarmos este objetivo acompanhamos ativamente das reuniões do GAM e das consultas de enfermagem realizadas no SASC com os dependentes de substâncias químicas. Na Clínica Belvedere acompanhamos as atividades realizadas pelos clientes e atividades realizadas pela enfermeira nos colocando a disposição a prestar Assistência de Enfermagem nas intercorrências clínicas e/ou a outros serviços.

O Processo de Enfermagem foi aplicado junto à clientela atendida pelo SANPS e Clínica Belvedere conforme a proposta de trabalho do grupo de estágio.

A população amostral constituiu-se de sete homens e duas mulheres na faixa compreendida entre 18 e 45 anos.

Foram escolhidos clientes de primeira internação e primeiro tratamento conforme estabelecido.

Realizamos o processo no decorrer do período de internação da clientela da Belvedere e do tratamento no SANPS, sendo feito o contrato verbal com os clientes, onde a grande maioria aceitou participar do estudo, sendo que um cliente não aceitou a participação, que respeitando seu livre arbítrio foi substituído por outro participante.

Transcrevemos a seguir os processos aplicados na referida clientela:

## HISTÓRICO I

D.J.S.B., Sexo masculino, Idade: 43 anos, Profissão: Técnico em Eletricidade – Funcionário da Eletrosul, Escolaridade: 2º Grau Completo, Estado Civil: Separado, Natural de Florianópolis e Procedente de Coqueiros, Nº de filhos: 02 do sexo feminino, Data de Internação na Clínica Belvedere: 13/09/99.

D. é o caçula de uma família de 07 irmãos, sendo 02 irmãos e 04 irmãs. Os 02 irmãos já são falecidos, bem, como o pai e a mãe.

Aos 07 anos seus pais se separaram, seu pai foi morar com outra mulher.

Dos 07 aos 10 anos, morou com sua mãe e irmãos. Para ajudar no sustento da casa, nesta época D. ajudava a mãe e os irmãos vendendo salgadinhos no colégio, lembra-se de sentir vergonha de precisar fazer isso, mas quando chegava em casa era muito elogiado pela mãe e irmãos, pois dentre os irmãos era o que mais vendia. Seu sentimento nesta época misturava-se em vergonha (fora de casa) e satisfação e capacidade ( em casa com a mãe e irmãos). Nesta época eles moravam em uma pequena casa de madeira “desconfortável”.

Aos 10 anos sua mãe faleceu.

O pai voltou a morar com as crianças, mas só durante o dia, por que passava as noites fora de casa. A situação financeira nesta época melhorou, e os irmãos faziam questão que D. não trabalhasse, apenas estudasse.

Com o passar do tempo o pai só aparecia em casa de vez em quando, e D. sentia falta da família, de alguém que controlasse suas notas, sua hora de chegar em casa...

Contra a vontade do pai, as irmãs foram morar juntas, todas trabalhavam e resolveram sair de casa juntas, porque trabalhavam no continente e ficava longe morar aqui na ilha já que precisavam utilizar dois ônibus por dia.

Depois disso o pai aparecia em casa a cada 15 dias, ou até mais.

Aos 15 anos iniciou com a Maconha, usando-a até os 20. Afastou-se do uso quando conheceu uma garota, que foi e é o grande amor de sua vida. Casou-se com ela aos 22 anos. “ Foi muito bom amar e ser amado”.

Aproveitaram bem os primeiros anos do casamento, com muitas viagens e evitando ter filhos logo, até que a esposa concluísse a faculdade

Aos 29 anos, começou a beber, atribuindo este fato a esposa anunciar que estava grávida, à partir daí formava-se uma família. D. acredita que reiniciou nas drogas porque teve medo de constituir família e não ter dinheiro para sustentá-la.

Aos 30 anos, conheceu a Cocaína, por quem se “apaixonou”, separando-se da esposa novamente grávida aos 31 anos.

À partir daí foi morar sozinho em uma kitinete, aumentando ainda mais o consumo de cocaína e álcool.

Aos 40 anos resolveu parar sem procurar ajuda de ninguém, e nestes três últimos anos o consumo reduziu consideravelmente, não parando por completo.

Seu pai faleceu há 10 anos, não constituindo família (filhos), mas passou todos estes anos vivendo com outra mulher sem dar muitas satisfações de sua vida.



## PROCESSO I

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	DIAGNÓSTICO DE SUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15/09/99.</li> <li>• Caçula de uma família de 07 irmãos.</li> <li>• Meus pais se separaram quando eu tinha 07 anos, e meu pai foi morar com outra mulher.</li> <li>• Sentia vergonha em precisar vender salgadinhos para ajudar nos sustento da casa, e satisfação porque em casa era muito elogiado.</li> <li>• Aos 10 anos sua mãe faleceu.</li> <li>• Sentia falta da família, de alguém que controlasse suas notas, sua hora de chegar em casa...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gregária:</li> <li>• Participação</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Imagem</li> <li>• Auto-Estima</li> <li>• Estima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-Insuficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualmente, com quem você mora?</li> <li>• Como era/ é sua relação com seu pai e irmãos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moro em Coqueiros, com colegas de trabalho, todos solteiros e caretas.</li> <li>• Hoje eu sinto saudade. Com meu pai era boa, embora ele fosse ausente, quando ele saiu de casa senti muito a falta dele, mesmo assim eu sempre percebi que ele me protegia em relação aos outros irmãos.</li> <li>• Meus irmãos casaram, constituíram família bem antes do meu casamento, nos dávamos bem embora pouco</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciei o uso porque meus amigos, que era com quem eu passava a maior parte do tempo fumavam maconha, e era o meu grupo, e as garotas gostavam dos caras que queimavam uma erva, então um dia eu aceitei.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gregária</li> <li>Percepção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auto-insuficiente</li> </ul>	<p>contato, hoje os dois são falecidos. As irmãs duas casaram e duas ainda moram juntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eram boas as relações com todos, embora eu percebesse "certa proteção" de todos talvez por eu ser o filho mais moço. Só gostaria de Ter recebido mais amor e carinho deles, porque com a separação dos pais, nós todos ficamos muito sem apoio, sem base em que se apoiar, naquela época foi como se perdessemos o chão.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando criança ou adolescente, nunca prestei contas da minha vida, sempre me senti muito sozinho, minha casa estava sempre vazia, nem chave a porta principal tinha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação</li> <li>Comunicação</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Meu pai tinha outra mulher. Meus pais se separaram, em seguida minha mãe faleceu, eu ainda era muito jovem, meus irmãos trabalhavam e as irmãs também.</li> <li>Foi muito bom amar e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imagem</li> <li>Estima</li> <li>Gregária</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>E a sua relação com sua esposa e filhas?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nunca esteve tão ruim. Ela caiu em depressão, e ela tem cuidado de nossas filhas, mas</li> </ul>

<p>ser amado, mas quando minha esposa anunciou sua gravidez me desesperei, pois surgia uma família, e eu achava que não teria condições de sustentar uma família.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aos 29 anos, começou a beber.</li> <li>• Logo depois veio a Cocaína, a morte do meu pai, a separação e mais uma filha.</li> <li>• Procurei o tratamento por que quero ajuda para parar totalmente com o uso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualidade</li> <li>• Percepção</li> <li>• Cuidado</li> <li>• Corporal</li> <li>• Auto-estima</li> <li>• Gregária</li> <li>• Sexualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na época em que sua esposa anunciou a primeira gravidez como estava sua vida financeira?</li> </ul> <p>1º/10/99</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você está hoje?</li> </ul>	<p>hoje conversamos apenas sobre questões práticas como a pensão das meninas, educação mas eu ainda a amo e sinto muito a falta das três.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhor do que nunca! Aquilo foi loucura, eu tinha mais do que o suficiente para mim e para a minha família, mas tinha medo que a história se repetisse...</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoje eu estou bem, entrei pra creche do espiritualismo. Sinto vontade de voltar ao trabalho, nojo das drogas, e não quero mais saber delas. Hoje eu vivo bem</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoje você têm relacionamentos afetivos?</li> </ul>	<p>comigo mesmo, resolvo o que está no meu alcance, e entrego pra Deus o que não posso resolver.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não, fico com umas mulheres por aí, por que não quero envolvimento emocional, e neste momento não são prioridades para a minha vida, como a minha recuperação por exemplo.</li> </ul> <p>Devido as respostas sobre o seu tratamento e o plano terapêutico para a recuperação, o cliente tem um bom prognóstico.</p>	<b>BOM</b>
--	--	--	---	---	------------

## HISTÓRICO II

J. M. S. sexo masculino, 35 anos, Profissão: Eletricista, Natural: Paulo Lopes, e Procedente: Florianópolis, Estado Civil: Amasiado, nº de filhos: um menino de 13, e uma menina de 7. Data de internação em 28/10/99.

J. vem de uma família muito pobre, sendo o mais velho de 13 irmãos. O pai, funcionário público, no momento aposentado, e a mãe do lar. Quatro irmãos morreram ainda crianças.

Por ser o mais velho, cabia a J. cuidar dos outros irmãos, então o pai lhe batia muito. Aos 10 anos completou a quarta série, para fazer o primeiro grau andava todos os dias seis quilômetros para chegar até a escola, e mais seis para voltar para casa; aos quinze anos completou o primeiro grau.

Em Paulo Lopes na época não havia segundo grau, e J. conseguiu uma vaga em uma escola pública em Capoeiras, Foi então morar com os tios na Costeira e ia para a escola de bicicleta para economizar com o ônibus.

Nesta época vendia jornais na antiga rodoviária e fazia um extra ajudando aos passageiros com suas bagagens. Aos 19 anos completou o segundo grau.

Conseguiu uma vaga de cobrador de ônibus e parou de estudar por falta de recursos.

Aos 21 anos casou-se, 02 anos depois veio o primeiro filho.

Aos 25 anos experimentou a maconha. Aos 27, separou-se da esposa e parou, sem tratamento, com o uso da maconha.

A partir daí passou a beber mais, antes "bebia socialmente". Em 1995 experimentou a cocaína, no mesmo ano sua companheira o ajudou a "sair dessa",

De 1996 prá cá não usou outras drogas além do álcool, e em grandes quantidades. Mas os quatro meses que precederam sua internação a bebida passou a ser o dia e a noite em sua vida, com faltas homéricas no trabalho e problemas de relacionamento com a companheira.

J. refere que o motivo da internação é para se livrar da dependência do álcool, e para se curar de todas as outras dependências que já teve.

## PROCESSO II

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	DIAG. DE SUFIC.	PREESCRICÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<p>Data: 07/10/99</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sou filho mais velho de 13 irmãos, sempre senti muita responsabilidade sobre mim. Cabia a eu cuidar dos outros irmãos caso contrário meu pai me batia muito.</li> <li>Saí de casa para poder fazer o 2º grau, ia da Costeira até Capoeiras de bicicleta, porque tinha vontade de vencer na vida e ajudar a minha família.</li> <li>As primeiras vezes que usei maconha, foi por que o meu casamento não ia bem, e além disso os amigos usavam. Eu usava para esquecer os problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auto-imagem</li> <li>Imagem</li> <li>Auto-aceitação</li> <li>Gregária</li> <li>Estima</li> <li>Aprendizagem</li> <li>Gregária</li> <li>Filosofia de Vida.</li> <li>Aceitação</li> <li>Estima</li> <li>Sexualidade</li> <li>Percepção</li> <li>Participação</li> </ul>	AUTO - INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como você vê hoje a responsabilidade que você tinha sobre os seus irmãos?</li> </ul>	<p>Em 08/10/99</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoje todos são adultos, e independentes, as meninas casaram, há um ano atrás os meus pais se separaram, e quando o meu filho nasceu eu tentei não passar para ele esta carga de responsabilidade que eu sentia quando criança, depois as coisas evoluíram muito, e meus filhos não</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• financeiros, no começo a sensação era boa.</li> <li>• Casei, tivemos o nosso filho mais velho, alguns anos depois o casamento entrou em crise, tivemos outra filha, não deu certo, separamos de vez.</li> <li>• Agora moro junto com outra companheira, ela é legal comigo, bebe socialmente, mas agora parou por minha causa, foi a forma que ela achou de me ajudar, tivemos problemas no nosso relacionamento nos últimos meses, quando eu bebia demais.</li> <li>• Procurei o tratamento porque minha vida estava insustentável, nos últimos meses a bebida me dominou, passando a ser o meu dia e a minha noite. Muitas faltas no serviço. Quero voltar a trabalhar e recomeçar a minha vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gregária</li> <li>• Sexualidade</li> <li>• Estima</li> <li>• Gregária</li> <li>• Sexualidade</li> <li>• Estima</li> <li>• Auto-estima</li> <li>• Auto-imagem</li> <li>• Lazer/recreação</li> <li>• Filosofia de vida</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• E o fato da separação de seus pais?</li> <li>• Como era o seu relacionamento com seus tios?</li> <li>• Hoje você pensa em voltar a estudar?</li> <li>• O que não ia bem no seu casamento?</li> </ul>	<p>tiveram de passar pelas dificuldades que eu passei.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Era a única solução para eles, brigavam muito e foi a melhor saída.</li> <li>• Até que era bom, mas eu não me sentia a vontade de morar lá.</li> <li>• Não, mas penso em fazer cursos de aperfeiçoamento na minha área que é a eletrônica.</li> <li>• Era muita discussão com a minha esposa sobre os nossos filhos, os problemas de dinheiro, enfim</li> </ul>
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como vai o seu relacionamento com sua ex-esposa?</li> <li>• E com seus filhos?</li> <li>• Que tipo de problemas você tinha com a sua companheira nos últimos tempos?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• na época não estava bom. Bem, dentro do possível, porque ela tem um namorado e eu agora tenho a minha companheira, então conversamos bem, mais no que se refere ao assunto dos filhos.</li> <li>• Vai bem, embora eu os veja pouco, acompanho dentro do possível a vida escolar deles, eles moram com a mãe deles.</li> <li>• Passei a beber de mais então ela se sentia incomodada por eu estar o tempo todo bêbado,</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que você acha que o motivo a beber descontroladamente nos últimos meses?</li> </ul>	<p>chateando ela e pedindo para que ela comprasse mais bebida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tudo começou quando eu havia comprado material para reformar a minha casa, e tudo foi roubado sem que eu terminasse de pagar, me desesperei na hora, mas hoje eu superei, aumentei a segurança da minha casa, e agora o que me preocupa é apenas levar meu tratamento a sério e não faltar mais no serviço.</li> <li>• Compreendi minha doença, e agora vou levar meu tratamento a</li> </ul>
--	--	--	--	---

				<p>sério, e sei que vou me recuperar</p> <p>Frequentar os grupos ambulatoriais e ir aos Alcoólicos Anônimos.</p> <p>Conforme respondido pelo cliente, ele demonstra estar em boa <b>evolução</b> no tratamento , por isso o prognóstico é bom.</p> <p><b>BOM</b></p>
--	--	--	--	--

### HISTÓRICO III

M. R. Q., sexo Feminino, 37anos, 4 filhos, sendo uma garota de 17, e outra de 8 anos, e os garotos de 16, e 15 anos. Natural e procedente de Porto Alegre-RS Estado civil: Separada há 7 anos. Profissão: Monitora do Programa de Redução de danos para usuários de drogas injetáveis e Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Escolaridade: 2º grau incompleto. Veio ao grupo em 28/10/99.

M. vem de uma família de 04 irmãos, sendo a terceira filha. Quando M. tinha 18 anos seu pai abandonou sua mãe e irmãos para constituir nova família, desta nova família surgiram mais dois irmãos, a mãe está sozinha até hoje.

O irmão mais velho do primeiro casamento, também é usuário de drogas. Os demais nenhum é.

M. refere ter iniciado o uso social do álcool aos 13 anos, aos 18 anos saiu de casa motivada pelo pai que constituiu nova família. À partir deste fato, fez o primeiro uso da maconha, hoje vê este fato como fuga da realidade que precisava enfrentar sobre a outra família do seu pai. Abandonou os estudos neste mesmo ano.

Algum tempo depois foi morar com um homem que hoje é o pai de seus filhos. Ele era alcoolista, morava num barraco que vivia sempre cheio de amigos e drogas.

Engravidou e passou a ser “dona de casa”, e traficante, antes sempre fazia uns bicos, mas o companheiro pediu que ela ficasse cuidando da casa. Aos 25 anos começou a trabalhar fora, mas logo engravidou novamente e parou.

Seu companheiro foi para o Amazonas trabalhar, lá devido a proximidade da fronteira aumentou o consumo de drogas, pois era muito mais fácil e mais barato conseguir. M. foi para lá com as crianças, mas era complicado porque era uma região muito pobre e as pessoas viviam doentes, então decidiram voltar.

O marido entrou para uma religião e se recuperou, hoje, não usa mais drogas.

Atualmente não moram mais juntos. Ele ajuda com a pensão para os filhos, e eles mantém uma relação boa, ele não constituiu nova família.

Resolveu procurar ajuda porque os filhos começaram a entender que tinham dentro de casa uma mãe dependente.

### PROCESSO III

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	DIAG. DE SUFICIÊNCIA	PREESCRICÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 29/10/99.</li> <li>• Iniciei o uso das drogas pela maconha aos 18 anos, foi uma fuga meu pai nos abandonou e foi difícil me acostumar a nova situação, ele com outra mulher, um tempo depois outros filhos.</li> <li>• Resolvi sair de casa porque foi muita tristeza para mim.</li> <li>• Casei, uns tempos depois separei, e meu ex-marido também era usuário de drogas.</li> <li>• Estou desempregada há</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GREGÁRIA</li> <li>• ESTIMA</li> <li>• IMAGEM</li> <li>• AUTO-IMAGEM</li> <li>• Estima</li> <li>• Gregária</li> <li>• Ambiente</li> <li>• Sexualidade</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Auto-Estima</li> <li>• Lazer/Recreação</li> <li>• Imagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AUTO INSUFICIÊNCIA NTE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04/11/99</li> <li>• Como está sua relação com seu pai?</li> <li>• E com seu ex-marido?</li> <li>• Você pretende casar de novo?</li> <li>• Como você se sente sendo ajudada?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 04/11/99</li> <li>• Vai bem, faz tempo já, hoje conversamos normalmente. Dos filhos do primeiro casamento eu sou a que ele mais se relaciona. Ele sabe o que eu estou fazendo aqui, e tem me dado muita força quando eu ligo para ele.</li> <li>• Temos um bom relacionamento, ele me dá bons conselhos e torce pela minha recuperação.</li> <li>• Não, estou procurando namorado, e quem sabe morar junto, mas isso depois que eu já estiver trabalhando.</li> <li>• Muito mal, tenho 04 filhos para educar, aqui estou me virando bem, faço uns bicos pro pessoal do grupo e tá dando legal, já estou procurando um emprego de meio período</li> </ul>	

<p>02 meses, recebendo ajuda da minha mãe e irmãs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurei o tratamento porque meus filhos sabem do meu problema e que estou em tratamento, eles já são adolescentes um deles já veio conversar comigo, me dizendo que já fumou maconha, mas disse que não vai mais fumar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Auto-Estima</li> <li>• Filosofia de vida</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Imagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que repercussão teve trabalhar no redução de danos durante a sua drogadição?</li> <li>• Como está se sentindo com relação ao tratamento?</li> <li>• Como você vê o fato do seu filho ter fumado maconha?</li> </ul>	<p>e pretendo logo estar empregada, depois eu volto e trabalho em tempo integral sem usar mais drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu não via assim, via que tinha que ajudar as outras pessoas, nunca olhei para dentro de mim mesma, eu achava que podia me controlar, o que era diferente dos outros que não conseguiam.</li> <li>• Muito bem, estou redescobriendo a vida “de cara”, e ela está sendo muito boa, estou encontrando pessoas na mesma situação que eu, meus amigos, estamos no mesmo barco, em busca da nossa recuperação.</li> <li>• Foi o maior alerta para eu parar, ainda é difícil falar sobre isso com ele, mas ele vê e sabe para onde ela nos leva, eu não quero que eles caiam nesta vida, e quero que eles tenham uma mãe recuperada.</li> </ul>	
---	--	--	---	--

				Devido a seriedade com que M. se apresentou no tratamento e durante as entrevistas, teve boa evolução.	<b>BOM!</b>
--	--	--	--	--	-------------

## HISTÓRICO IV

V. M. R., sexo Feminino, 18 anos, Estado Civil: Separada, Escolaridade: Primário Completo, Profissão: balconista, Natural de Imbituba e procedente de Palhoça, Filhos: Uma filha de 1 ano e 10 meses. Veio ao grupo em 28 de Outubro de 99, usuária de maconha, cocaína e crack.

Os pais hoje são separados, V. tem 07 irmãos, 05 homens, de 27, 24, 23, 20 e 8 anos, e 02 irmãs, uma de 19 e outra de 12 anos. Todos os irmãos são usuários de drogas, exceto o mais jovem.

Durante sua infância sempre se sentiu uma criança diferente das outras, tinha poucos amigos e muita timidez. Com relação aos irmãos e a família sempre se sentiu largada.

Aos 10 anos, seus pais mandaram-na morar com a prima em Florianópolis para ajudar a cuidar de duas crianças, da casa e estudar.

Sentiu-se deslocada da família, longe, sozinha, e extremamente explorada pela prima e pelo marido.

Ficou um ano em Florianópolis, não conseguiu passar no colégio, afinal não tinha tempo para estudar e pediu para voltar para casa.

Aos 12 anos conheceu a maconha com uma amiga mais velha, que junto com o marido convidaram-na para fumar com eles, se sentiu acolhida. Nunca havia fumado nem cigarro.

A sensação inicial era gostosa, depois foi ficando mais fraca e se sentia cada vez mais ruim.

Aos 13 anos a mesma amiga lhe aconselhou a usar cocaína porque o efeito ia superar o "bode da maconha". Iniciou então com a Cocaína, no início foi ótimo, ia pro colégio ficava "ligadona". Usou até os 16 anos, quando iniciou com o crack, usou por 05 meses, quando descobriu que estava grávida parou. Durante a gestação ficou usando maconha, cocaína e cigarros.

Durante a gravidez saiu de casa e foi morar com esta amiga. No final da gestação casou, Com o nascimento da filha V. voltou para casa da mãe,



separando-se do marido tempos depois. Desentendeu-se com a mãe e foi morar em Itajaí na casa de amigos, deixando a filha com a mãe em Imbituba.

Alguns meses depois o pai da criança ganhou a guarda provisória da mesma. Hoje, V. sabe todas as oportunidades que perdeu, amigos, parentes, estudos, a guarda da filha.

Hoje mora com o pai, e refere que o relacionamento piorou muito depois que ele soube da sua dependência, mas ele a tem incentivado ao tratamento e espera que V. se recupere.

A relação com a mãe vai mal, pois descobriu que a mãe mantém um relacionamento sexual com um homem casado, e sendo assim não acha que a mãe possa falar algo sobre a sua dependência.

Em um momento de crise, perguntou para a mãe se ela era filha adotiva, para ser tratada com tanta indiferença, sua mãe começou a chorar e não respondeu.

O pai tem uma namorada, com quem V. se dá muito bem, esta lhe dá muita força para continuar o tratamento e sempre diz que V. é muito jovem e há tempo de reparar todos os erros da vida dela.

V. tem um namorado, mas ainda não teve coragem de contar a ele sobre a sua dependência.

## PROCESSO IV

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAG. DE NATUREZA	DIAG. DE SUFIC.	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 04/11/99.</li> <li>• Sempre me senti diferente de todo mundo lá em casa, poucos amigos e muita timidez.</li> <li>• Meus pais me mandaram morar com minha prima para eu ajudar a cuidar da casa e das crianças e a tarde estudar, eu me sentia explorada por ela, e me sentia muito só.</li> <li>• Não conseguí levar o colégio e o trabalho, eu era muito criança, ficava</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Gregária</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Gregária</li> <li>• Ambiente</li> <li>• Aprendizagem</li> <li>• Participação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Aprendizagem</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Estima</li> <li>• Gregária</li> <li>• Sono/Repo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-Insuficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 09/11/99.</li> <li>• Como você se sentia diferente/tímida?</li> <li>• Como se sente hoje em dia?</li> <li>• Como você vê hoje o fato deles terem pedido a você para ajudar sua prima?</li> <li>• Qual é o seu sentimento com relação a sua prima?</li> <li>• Hoje você pensa em voltar a estudar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 05/11/99</li> <li>• Mal, só olhava o que acontecia tinha medo de falar coisas que não tinham nada a ver, muito mal.</li> <li>• Continuo me sentindo diferente de todo mundo, talvez seja a paranóia que restou dos tempos de cocaína.</li> <li>• Hoje já passou, mas minha mãe se arrepende de Ter feito isso, quando perguntei se era filha adotiva, ela não conseguiu responder, apenas chorou.</li> <li>• Eu odeio ela até hoje, por que ela deveria Ter se colocado no meu lugar.</li> <li>• Sim, quero retornar os estudos assim que eu terminar o tratamento e conseguir Ter minha filha de volta.</li> <li>• Não, graças a Deus, do contrário eu não me perdoaria.</li> <li>• Eu amo ela, ela é a minha vida, no começo eu realmente</li> </ul>	

## HISTÓRICO V

A, P. L., sexo feminino, Idade: 36 anos, Profissão: Psicóloga Especializada em Dependência Química. Estado Civil: Solteira, Natural de Ijuí, e Procedente de Porto Alegre- RS. Data de Internação na clínica Belvedere: 29/10/99. Dependente de Cocaína.

O pai é alcoolista, gerente de banco, a mãe tem transtornos bipolares. Estão separados há 10 anos, A, tem também uma irmã de 28 anos também dependente de cocaína. O pai constituiu nova família, casando-se há 09 anos com sua secretária, e dessa união, teve um filho hoje com 8 anos, por quem A, tem muito carinho.

Aos 04 anos, os pais brigaram, por motivos de ciúmes da mãe, que vivia jogando na cara do pai que as clientes e funcionárias do banco eram suas amantes. Certo dia, a mãe irada jogou o pai contra a parede e ele desmaiou, a mãe começou a gritar desesperada com o fato. A, vendo o que havia acontecido chamou o sub-gerente do banco e levaram seu pai para o hospital, depois ficou tudo bem.

Dos 04 aos 08 anos, sua mãe engravidou duas vezes, mas como não queria mais filhos fez 02 abortos, depois sua mãe engravidou novamente e então nasceu sua irmã. A mãe não quis amamentar nenhuma das filhas.

Daí por diante lembra-se de que o pai era muito carinhoso, mas ausente em casa. Sua forma de agradar A, e a irmã era comprando-lhes presentes bonitos e caros.

Lembra-se também de sentir falta de um lugar definitivo para morar, pois com o cargo de gerente de banco, o pai não podia passar mais de 02 anos em uma cidade. Assim, A, teve amizades que não continuaram, pois quando conseguia se entrosar no colégio, já estava na hora de outra mudança, e aí começava tudo de novo, em outra cidade, com outra professora, outros colegas, escolas com filosofias diferentes

As vezes levava as colegas para fazer as tarefas em casa, e a mãe achava que o pai tinha relacionamentos sexuais com as colegas, então a mãe pedia para A, mudar as amigas, ou não trazer mais em casa.

Até a adolescência sua mãe a incentivava a tocar piano, dançar ballet, ler Camões e Carlos Drumond de Andrade.

Aos 16 anos, sua mãe a levou ao psiquiatra, onde foi diagnosticada em A, e em sua irmã, Depressão Endógena, foi quando obteve explicação de que a mãe e o pai também eram depressivos. À partir daí começou com os Anti-Depressivos.

Aos 18 anos passou no vestibular, e foi morar em Porto Alegre. O pai alugou um apartamento de 04 quartos onde A, morava sozinha. Foi quando iniciou fumando maconha, mas a maconha a deixava mais depressiva ainda, então iniciou o uso de estimulantes do tipo Inibex e Hipofagim. Têm consciência de que nesta época buscava energia física para fazer os trabalhos e estudar para a faculdade, e para superar a preguiça e a depressão.

Nesta época era uma festa atrás da outra, os amigos tinham chaves do apartamento e sempre tinha alguém por lá com A, para que ela não se sentisse só, os amigos levavam cocaína pra lá e eventualmente A, usava junto.

Concluiu a faculdade em 07 anos, quando já estava com 25 anos, devido ao fato de largar as disciplinas pela metade dos semestres, pois não sentia ânimo para freqüentar determinadas cadeiras.

Depois da graduação, A, decidiu especializar-se em dependência química, sempre usando drogas esporadicamente, e nesta mesma época resolveu por si só parar de usar os Anti-depressivos receitados pelo seu psiquiatra, como também os estimulantes. O que a atraiu para esta especialização foi a motivação em ajudar as outras pessoas, e até em ajudar o pai, que nesta época já era alcoolista, mas A, nunca se viu como dependente.

Aos 30 anos o pai lhe deu um consultório em Porto Alegre, que ia bem, mas A, estava em um estado adiantado de sua dependência, que percebeu que já não estava mais ajudando seus clientes, então resolveu se tratar, pois os 03 últimos anos foram movidos ao uso de cocaína, chegando nos últimos dias de uso a consumir 20 gramas.

O que motivou a sua internação foi que um dia depois de usar Cocaína, olhou-se no espelho e pensou: Meu Deus, Eu sou uma mulher bonita, com dinheiro, Inteligência, culta, tenho um noivo que me ama ao meu lado, e eu estou me matando, sendo aprisionada por essa farinha maldita, hoje eu não sou mais eu! Já consegui superar tantas dificuldades, e agora esse pó branco me tira a liberdade de decidir a minha própria vida!

O noivo, profissional liberal, sempre soube do seu uso, mas A, sempre conseguiu manipulá-lo para usar. Nos últimos anos havia ficado evidente, então ele pediu para que ela parasse, mas que não fizesse o tratamento por ele, e sim por sua própria vontade.

## PROCESSO V

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA SUFUC.	DIAG. DE SUFUC.	PREESCRICÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 10/11/99</li> <li>• Aos 04 anos ví meu pai morto jogado no chão e a minha mãe louca gritando.</li> <li>• Nós vivíamos nos mudando de uma cidade para a outra, não tínhamos tempo para nos habituarmos a pessoas e locais e fazermos boas amizades.</li> <li>• Minha mãe passou a vida inteira com ciúmes doentio do meu pai, desconfiava até das minhas amigas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gregária</li> <li>• Imagem</li> <li>• Estima</li> <li>• Participação</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Estima</li> <li>• Imagem</li> <li>• Gregária</li> <li>• Sexualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-Insuficient e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 11/11/99</li> <li>• Qual foi o seu sentimento com relação aos seus pais neste momento?</li> <li>• Como você viu a separação dos seus pais?</li> <li>• E hoje como vê o fato de Ter que se mudar de tempos em tempos por causa do emprego do seu pai?</li> <li>• Como está sua relação com sua mãe/ e seu pai?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em 11/11/99.</li> <li>• Achei que tinha ficado sozinha no mundo, saí desesperada atrás de alguém que me ajudasse.</li> <li>• Sempre ví como solução ideal. Minha mãe tinha ciúme doente do meu pai, o que eu acredito que o possa ter levado ao alcoolismo e depois a constituir nova família. Eles nos causaram vários traumas, com tantas cenas de ciúme, Não gostei disso, foi muito chato, não existia uma vida como as das outras famílias, sempre perto dos parentes, ou amigos de infância ou colegas, eu estava em constante processo de adaptação.</li> <li>• Minha mãe ficou chocada quando soube da minha dependência, mas me incentivou o tratamento, acho</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minha mãe fez dois abortos depois que eu nasci, e não amamentou nem eu nem minha irmã.</li> <li>• Meu pai era ótimo, mas ele era muito ausente comigo e com a minha irmã.</li> <li>• Aos 16 anos descobri que tinha depressão endógena, bem como toda a minha família, então comecei com os anti-depressivos.</li> <li>• Aos 18 saí de casa pela primeira vez e fui morar sozinha, meus amigos tinham a chave do meu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Estima</li> <li>• Gregária</li> <li>• Aceitação</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Participação</li> <li>• Estima</li> <li>• Imagem</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Imagem</li> <li>• Regulação Neurológica</li> <li>• Gregária</li> <li>• Liberdade</li> <li>• Filosofia de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que você pensa sobre o fato de sua mãe ter feito 02 abortos e não ter amamentado você e sua irmã?</li> <li>• Como você via/vê o fato de sua família toda Ter depressão?</li> <li>• Como era morar sozinha?</li> </ul>	<p>que está tudo bem. Já meu pai, tentei ajudá-lo quando me dei conta do seu alcoolismo, mas ele disse que ainda não estava precisando de ajuda, e depois ele não quis mais falar sobre o assunto, sei que ele me ama muito, ele é mais presente hoje do que quando éramos crianças, e para não decepcioná-lo disse que viria a Florianópolis para fazer um curso de atualização em dependência química.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ela disse que era porque ela não gostava de crianças chorando ao seu redor, mas fomos crescendo e depois ela conseguiu se afeiçãoar a nós, e realmente a relação melhorou.</li> <li>• É a nossa história genética, eu já estou acostumada, e minha família também, bem como os anti-depressivos.</li> <li>• Eu não estava preparada, era bom, mas veja aonde vim parar, hoje vejo quanto naquela época eu não me dava respeito, além de usar drogas, meus amigos podiam entrar lá quando quisessem.</li> </ul>	
--	---	--	--	--

<p>apartamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrasei a faculdade por falta de ânimo e depressão.</li> <li>• Durante o curso de especialização jamais me ví como dependente.</li> <li>• Depois os meus pais se separaram.</li> <li>• Um dia, olhei para minha imagem refletida no espelho e ví que eu já não era mais a mesma pessoa senti medo de me perder e de perder meu noivo.</li> <li>• Hoje tudo o que eu quero é me recuperar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizad o</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Gregária</li> <li>• Estima</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Auto-Estima</li> <li>• Estima</li> <li>• Terapêutica</li> <li>• Auto-Imagem</li> <li>• Filosofia de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E hoje com quem você mora?</li> <li>• Como ele vê sua dependência?</li> <li>• O que a motivou a especializar-se em dependência química?</li> <li>• Você disse que se viu no espelho transformada, o que quis dizer com isso?</li> <li>• E o fato de sua irmã também ser dependente?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoje moro com meu noivo. Que me dá muita força no meu tratamento, ele liga para eu todos os dias.</li> <li>• Ele odiava as loucuras que eu fazia em casa sob efeito, depois eu pedia desculpas e jurava não fazer mais a relação estava se desgastando, mas eu ainda vou conseguir salvá-la.</li> <li>• Ajudar as outras pessoas, porque eu jamais me ví como dependente, comigo sempre esteve tudo bem, eu conseguia controlar meu uso, e não me achava dependente.</li> <li>• Foi o momento em que eu me ví dependente, me dei conta de que eu sou uma pessoa que tenho tudo o que uma pessoa precisa para ser feliz, só que a minha felicidade estava condicionada à cocaína, e eu não quero mais saber dela;</li> <li>• Acho que ainda não chegou a hora dela se reconhecer como dependente, porque ela me chamou de louca quando eu a informei sobre a minha</li> </ul>	
---	--	---	---	--



	vida		<ul style="list-style-type: none"><li>• Como se sente no tratamento?</li></ul>	<p>dependência.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estou indo em busca da minha recuperação, vou lutar e conseguir, minha mãe e meu noivo estão me ajudando, e eu sei que não devo ficar confiante, mas estou muito bem e acima de tudo acredito em minha recuperação.</li></ul> <p>Diante dos fatos apresentados, e da seriedade em que o tratamento está sendo conduzido, caracterizam uma boa evolução.</p> <p style="text-align: right;"><b>BOM</b></p>
--	------	--	--	--

## HISTÓRICO 1

C.A.S., 23anos, solteiro, natural de G. Paraná, morador da Barra da Lagoa , relata que desde os três anos de idade freqüentava o jardim de infância. Aos sete anos de idade entrou para o primário onde diz não ter se adaptado pois sentia falta da professora do jardim. Aos nove reprovou pela primeira vez no terceiro ano. Era bagunçeiro, não se interessava pela aula. Aos doze os pais buscaram ajuda com uma psicóloga onde ele ficou fazendo tratamento durante dois anos. Aos quatorze em uma discussão com o pai, o ameaçou com um revólver. Aos quinze começou a andar com amigos mais velhos e começou a beber. Roubava Choco-Milk nas lanchonetes, apanhava do pai, mas não se modificava. Nessa época cheirou Lança Perfume. A mãe brigava com ele mas sempre voltava atrás. Aos dezesseis anos foi morar com uma namorada que tinha uma mãe alcoólatra e bebia com ela todas as noites. Aos dezessete veio morar em Florianópolis com os pais, começou a usar maconha todos os dias e cocaína. Referiu ter freqüentado seis colégios, sendo expulso de cinco, não sabendo como conseguiu terminar o segundo grau. Dias antes da internação um amigo traficante, a quem ele devia dinheiro, entrou em sua casa e ameaçou seus pais, onde ele se descontrolou e esfaqueou o traficante. Foram todos parar na delegacia, onde ele decidiu se internar na clínica para fazer o tratamento de dependência química.

PROCESSO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	DIAGNÓSTICO DE SUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<p><u>05/11</u></p> <p>-Comecei a beber aos quinze anos.</p> <p>-Meu pai deixava eu beber, mas não muito.</p> <p>-Só fazia bagunça na escola. Eu não gostava da professora</p>	<p>Regulação Auto-Imagem</p> <p>Auto-Estima Aceitação Gregária Lazer</p> <p>Espaço Liberdade Gregária Estima Lazer</p>	<p>A.I.</p>	<p><u>10/11</u></p> <p>- Como você se sentia quando bebia?</p> <p>-O que você sentia em relação aos seus pais?</p> <p>-Por que fazia bagunça?</p> <p>-Como você se sentia na escola?</p>	<p><u>0/11</u></p> <p>- Não sei, bebia para fazer bagunça.</p> <p>-Ah, eu gostava deles como eu gosto até hoje.</p> <p>-Por que eu não gostava de estudar.</p> <p>-Não gostava de ir para a escola, pois não gostava de minhas professoras.</p>	

<p>-Minha mãe me botava de castigo mas depois voltava atrás.</p>	<p>Lazer Espaço Liberdade</p>		<p>-Como era o seu relacionamento na escola?</p>	<p>-Eu tinha vários amigos. Eles achavam graça na bagunça que eu fazia.</p>	
<p>-Meu pai deixava eu fazer o que eu queria. Ele me dava de tudo.</p>	<p>Lazer Gregária Comunicação Participação</p>		<p>-O que você acha dessa liberdade que teus pais te davam?</p>	<p>-Para mim era bom, pois podia fazer o que queria.</p>	
<p>10/11</p> <p>-Eu não gostava da professora</p>	<p>Estima Imagem</p>		<p>11/11</p> <p>-O que te desagradava na professora?</p>	<p>11/11</p> <p>-Não sei, sentia falta da outra professora.</p>	

<p>-Eu não gostava de estudar</p> <p>-Eu fazia bagunça</p>	<p>Auto-Imagem Comunicação Aprendizagem</p>		<p>-O que ela fazia que não te agradava?</p>	<p>-Nada, sentia falta da outra.</p>	
<p>- Eu fazia o que eu queria</p>	<p>Aceitação Participação</p>		<p>-O que sentia fazendo bagunça?</p> <p>-O que acontecia quando fazia bagunça?</p>	<p>-Ah, não sei, fazia por prazer.</p> <p>-Eu era chamado na secretaria, depois chamavam meus pais.</p>	
<p>11/11'</p>	<p>Espaço Liberdade</p>		<p>-Você acha que a bagunça o levou a usar drogas?</p>	<p>-Ah, deve ser né? O que você acha?</p>	
<p>-Meus pais eram chamados</p>			<p>-O que seus pais faziam quando eram chamados?</p>	<p>-Eles me davam conselhos mas eu não obedecia.</p>	

<p>-Meu pai me dava de tudo</p>	<p>Espaço Liberdade</p>		<p>-Como você se sentia não lhe faltando nada?</p>	<p>-Tenho sentimento de culpa por tudo o que eu fiz.</p>	
<p>-Minha mãe me dava bronca, mas voltava atrás</p>	<p>Espaço Liberdade</p>		<p>-Como você se sentia em relação a sua mãe, quando ela voltava atrás nas decisões tomadas?</p>	<p>-Ah, não sei, acho que a culpa é minha né? Não obedecia a ela. Eu gostava de usar drogas e não queria nem saber. Era bagunçeiro mesmo.</p>	
<p>-Meu pai deixava eu beber, mas só um pouco</p>	<p>Responsabilidade de Liberdade</p>		<p>-Como você se sentia em relação a isso?</p>	<p>-Não obedecia a ele. Bebia sempre em excesso.</p>	
<p>12/11 -Eles davam conselho mas eu não obedecia</p>	<p>Aprendizagem Aceitação</p>		<p>16/12 -E hoje como está seu relacionamento</p>	<p>16/11 -Eles estão me ajudando muito.</p>	

<p>-Tenho sentimento de culpa</p>	<p>Auto-Aceitação Auto-Estima</p>		<p>com seus pais?</p> <p>-Como você se sente em relação a essa culpa?</p> <p>-E com sua mãe, como vai se relacionar com ela?</p> <p>-Como voce se</p>	<p>Estou conseguindo conversar com eles</p> <p>-Vou ter que conviver com isso. Aos poucos vou me trabalhando</p> <p>-Estou conversando bastante com minha mãe sobre o meu tratamento.</p> <p>Estou com medo, pois ela confia demais em mim. Ela não devia.</p> <p>-Hoje consigo ver o mal que as drogas</p>	
<p>-Não obedecia a minha mãe</p>	<p>Imagem Auto-Imagem</p>				
<p>-Eu gostava de usar drogas</p>	<p>Liberdade Auto-Imagem Auto-Estima</p>				

<p>16/11</p> <p>-Estou com medo, minha mãe confia muito em mim</p>	<p>Imagem Estima</p>		<p>sente hoje em relação as drogas?</p>	<p>fizeram para mim. Vou me apegar ao</p>	
<p>16/11</p> <p>-Vou ter que conviver com essa culpa</p>	<p>Auto-Aceitação Auto-Estima Estima</p>		<p>16/11</p> <p>-Como você vai lidar com isso?</p> <p>-Qual a maneira que você pretende trabalhar com</p>	<p>16/11</p> <p>-Vou pedir para ela não confiar muito em mim. Isso não vai me ajudar no momento.</p> <p>-Não posso fazer mais nada com o que já passou. O que passou eu não posso mudar mais.</p>	



<p>-Estou com medo não sei se vou conseguir deixar de usar drogas</p>	<p>Terapêutica</p>		<p>essa culpa?</p> <p>-Voce está programando algum tipo de prevenção a recaída?</p>	<p>-Estou. Vou vir diariamente para a clinica durante três meses, vou evitar de</p> <p>andar sozinho, pretendo andar com um colega que deixou de usar drogas e que agora é careta. Se alguém me oferecer drogas não vou aceitar. Vou passar um mês na casa de minha madrinha antes de voltar para casa.</p>	<p>BOM</p>
---	--------------------	--	---	---	------------

#### Prognóstico:

O prognóstico é bom pois C. frequenta os grupos de prevenção a recaída. Em relação as necessidades afetadas, demonstra bom prognóstico para a Aceitação, Imagem e Auto-Imagem, observado com a aceitação do tratamento e o reconhecimento da necessidade de modificação comportamental. Em relação as necessidades de Lazer, Liberdade e Espaço, continua demonstrando mau prognóstico pois não sabe como lidar com sua liberdade.

## Histórico 2

A.A.M. 35 anos, casado, natural de Capoeiras, procedente de Rio Tavares, segundo grau completo, 1 filho, Agente Administrativo. Data de internação na Clínica Belvedere: 10/09/99. Relata que é o terceiro filho, entre seis irmãos, sendo 4 homens e duas mulheres. Diz ter tido uma infância boa, trabalhava desde menino vendendo picolé na praia. Aos quinze anos perdeu a mãe, que veio a falecer após seis anos de problemas renais. Ficou largado, começando a relaxar nos estudos. Começou a beber na escola entre as aulas. Um ano após a morte de sua mãe, seu pai casou-se novamente, sendo que os filhos não aceitaram a segunda esposa do pai, tornando a vida da mesma insuportável, até que o pai muda-se de casa, deixando ele ( A.A.M. ) morando sozinho com dois irmãos menores. Aos dezoito anos, começou a trabalhar na CASAN, onde os colegas o convidaram a beber, e ele foi. Em seguida o convidaram a cheirar cocaína e fumar maconha, onde ele começou a usar diariamente as drogas. Nessa época, toda noite trazia os colegas para sua casa e ficavam usando drogas durante toda noite, até que um dia os irmãos foram embora pois não agüentavam mais a bagunça, e o pai veio buscar ele para morar com a família novamente. Continuou usando drogas após o expediente de trabalho. Aos trinta anos, casou-se, mas continuou usando drogas sem a esposa saber até ela descobrir, onde começaram as brigas, mas ele não deixava o uso das drogas. Quando um amigo da ativa, se internou na clínica, e começou a fazer um programa de recuperação, e o convidou a fazer o mesmo tratamento, pois não iria continuar convivendo com ele. Aceitou a sugestão, e se internou na clinica para fazer o tratamento. Refere ser seu primeiro tratamento e estar realmente disposto a deixar o uso pois seu casamento está comprometido devido as freqüentes brigas e também a perdas financeiras que são de grande monta.

PROCESSO 2

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO NATUREZA	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
22/09 -Após a morte de minha mãe fiquei abandonado	Imagem Estima Gregária	A. I.	24/09 -Como você se relacionava com sua mãe?	24/09 -Tinha um bom relacionamento. Eu obedecia a ela. Ela me orientava, conversava comigo.	
-Meu pai casou-se de novo	Imagem Estima Participação		-Como você se sentiu com a morte de sua mãe?  -Como você se relacionava com o seu pai?  -Como você se sentiu com o novo casamento de seu pai?	-Fiquei largado após a morte dela.  -Meu pai era muito bruto.  Não aceitei o seu novo casamento, e não obedecia a minha madrasta	

<p>Comecei a usar drogas pois tenho a tina a cabeça fraca</p> <p>24/09</p>	<p>Auto-Imagem Regulação Aprendizagem</p>	<p>-Até que série você estudou?</p> <p>-Como você se relacionava com seus amigos?</p> <p>-O que é para você cabeça fraca?</p> <p>26/10</p>	<p>-Estudei até a oitava. Depois fiz o segundo grauno CEPU</p> <p>-Eu tinha bastante amigos</p> <p>-Eu tinha dificuldade para estudar</p> <p>26/10</p> <p>-Não tinha com quem conversar, pois meu pai era um bruto. Não dava para conversar com ele.</p>
<p>-Tinha um bom relacionamento com minha mãe</p>	<p>Auto-Imagem Estima</p>	<p>-Depois da morte de sua mãe com quem você conversava?</p>	<p>-Eu comecei a fazer festa em casa toda noite com meus amigos. Ali usavamos drogas toda noite.</p>
<p>-Fiquei largado após a morte de minha mãe</p>	<p>Auto-Imagem Gregaria</p>	<p>-Como você se sentia?</p>	<p>-Eu e meus irmãos não queríamos que meu pai casasse novamente.</p>
<p>-Não aceitei o casamento meu pai</p>	<p>Auto-Imagem Participação</p>	<p>-Como tentou resolver isso? -Que conduta esperava de seu</p>	

<p>-Tinha dificuldade de estudar Ajudar Imagem Aprendizagem</p>			<p>pai?</p> <p>-De onde vinha a dificuldade de estudar?</p>	<p>-Achava-mos que ele deveria ver se os filhos aceitavam a nova esposa</p> <p>-Não conseguia compreender bem as matérias</p>
<p>26/10</p> <p>-Não dava para conversar Comunicação Participação</p>		<p>07/11</p> <p>-Como teu pai reagiu ao fato de você usar drogas?</p>	<p>07/11</p> <p>-Quando ele foi me levar a morar com ele.</p>	
<p>-Usava droga toda noite Regulação Liberdade Espaço</p>		<p>-No que a droga afetava a sua vida?</p>	<p>-Apesar de trabalhar, eu bebia toda noite e usava maconha e cocaína frequentemente. Só parei de usar drogas durante um ano, quando eu me casei. Mas depois voltei a usar novamente.</p>	

<p>-Não queria que meu pai casasse de novo</p> <p>14/11</p>	<p>aceitação Imagem Estima</p>	<p>-O que você acha que podia fazer em relação ao casamento de seu pai?</p> <p>16/11</p>	<p>-Boicotamos nossa madrastra por muitos anos. Hoje já reconheço o bem que ela faz ao meu pai, e aceito ela.</p> <p>16/11</p> <p>-Hoje me dou bem com ele. Ele me incentivou a buscar ajuda. Já me deu dois carros. Um inclusive vendi para comprar drogas.</p> <p>-Minha mulher nunca aceitou o fato de eu usar drogas. Nosso relacionamento estava indo muito mal. Foi um dos motivos que me fez buscar ajuda.</p>
<p>-Quando ele descobriu que eu estava levando para morar com ele</p> <p>16/11</p>	<p>liberdade</p>	<p>-Como você se relaciona hoje com seu pai?</p> <p>16/11</p> <p>-Como sua mulher reagia quando você usava drogas?</p>	<p>-Hoje me dou bem com ele. Ele me incentivou a buscar ajuda. Já me deu dois carros. Um inclusive vendi para comprar drogas.</p> <p>-Minha mulher nunca aceitou o fato de eu usar drogas. Nosso relacionamento estava indo muito mal. Foi um dos motivos que me fez buscar ajuda.</p>
<p>-Só parei de usar drogas quando me casei. Depois voltei a usar</p>	<p>espaço liberdade Gregaria</p>	<p>-Como sua mulher reagia quando você usava drogas?</p>	<p>-Hoje me dou bem com ele. Ele me incentivou a buscar ajuda. Já me deu dois carros. Um inclusive vendi para comprar drogas.</p> <p>-Minha mulher nunca aceitou o fato de eu usar drogas. Nosso relacionamento estava indo muito mal. Foi um dos motivos que me fez buscar ajuda.</p>

16/11	-Nosso relacionamento estava indo muito mal.	Estima Participação Comunicação			
-Foi um dos motivos me fez buscar ajuda	<del>Estima</del> Aceitação		17/11  -E hoje como está o seu relacionamento com sua esposa?  -Como você está se sentindo fazendo este tratamento?	17/11  -Ela está me apoiando muito neste tratamento. vem me visitar sempre, mas ainda esta desconfiando se eu vou realmente conseguir parar de usar drogas  -Estou entendendo um pouco mais sobre esse problema. Isto é uma doença, não é?	BOM

**Prognóstico:**

Prognóstico bom, pois A . está inserido no tratamento. Em relação as necessidades de Estima Aceitação, Espaço, Liberdade, Aprendizagem, Comunicação, Auto-Estima e Auto-Imagem, A . demonstra estar Auto Suficiente pois esta conseguindo se relacionar novamente com o pai e esposa, conseguindo priorizar suas escolhas.



### HISTÓRICO 3

S. 44 anos, sexto filho entre sete irmãos ,natural de Florianópolis, morador da Agrônômica, separado, pai de seis filhos sendo três do primeiro casamento, e três do segundo. Profissão ajudante de serviços gerais da UFSC. Participante do GAM desde maio/99. Relata que aos sete anos começou a freqüentar a escola. Aos doze começou ajudar o pai na descarga de caminhão. Aos treze o pai faleceu devido ao excesso de bebida. Em seguida morre a irmã de um ano devido a meningite. Aos quatorze sua mãe é encontrada assassinada em lugar ermo. Nessa época passa a morar com uma tia, começa a trabalhar em um estacionamento e deixa os estudos. Aos dezessete anos é obrigado a ficar noivo pois a tia o obriga (ameaçando mandá-lo embora) devido a gravidez da namorada. Casa em seguida contra a vontade. Aos dezoito começa a trabalhar no BESC, e aos vinte e quatro anos entra por concurso na UFSC. A partir dessa época começa a beber todo dia após o trabalho. Aos vinte e um anos deixa sua esposa com três filhos para viver com outra moça de dezessete anos de idade. Por essa época diminuiu um pouco a bebida, diz ter sofrido muito pois deixou tudo com a ex-esposa. Após algum tempo voltou a beber diariamente. Começou a faltar no trabalho freqüentemente . Aos quarenta e dois anos começou a usar cocaína concomitantemente com o álcool. As brigas com a segunda mulher começaram a ser freqüentes devido a bebida. Há um ano a situação se agravou e o casal já não compartilhava o mesmo leito, até que no mês de maio último S. deixou a casa da segunda esposa e foi morar com uma filha casada que mora em Barreiros. Começou a sentir uma forte depressão onde perdeu a vontade de viver e bebia tanto que não lembrava mais o que fazia enquanto estava sob o efeito do álcool. Não conseguia mais conviver com a filha que pedia para ele buscar ajuda, não ia mais ver os filhos menores da segunda esposa e chegou a tentar o suicídio onde se machucou muito. Através da assistente social da UFSC, foi encaminhado para fazer o tratamento no SANPS.

PROCESSO 3

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	DIAGNÓSTICO DE SUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
26/09 -Em um ano perdi meu pai, uma irmã e minha mãe foi assassinada	Gregária Estima Auto-Estima Imagem Aceitação Comunicação	A .I.	28/09 -Como você se sentiu com a morte de seus pais? -O que afetou a sua vida a morte de seus pais?	28/09 -Pareceu que o mundo desabou na minha cabeça -Uma mudança muito grande. Me senti perdido	
-Parei de estudar após a morte de minha mãe	Aprendizado Criatividade		-Por que parou de estudar?	-Por causa de todas estas dificuldades.	
-Fui morar com uma tia após a morte de minha mãe	Estima Espaço Gregária		-Como se sentiu morando com sua tia?	-Foi muito difícil pois ela não tinha uma situação financeira muito boa	
-Casei cedo pois minha namorada disse estar grávida.	Imagem Liberdade Auto-Aceitação Estima		-O que te significou teu casamento?	-Eu casei contra a minha vontade. Acho que se minha mãe estivesse viva as	

<p>-Após começar trabalhar na UFSC comecei a beber diariamente</p> <p>28/09</p> <p>-Pareceu que o mundo desabou na minha cabeça</p> <p>-Me senti perdido</p> <p>-Casei contra a minha vontade</p>	<p>Gregária Participação Estima</p> <p>Auto-Imagem Comunicação Imagem Estima Gregária</p> <p>Auto-Imagem Estima Gregária</p> <p>Liberdade Aceitação Espaço</p>		<p>-Como se sentia quando bebia?</p> <p>05/10</p> <p>-Com quem voce conversava após a morte de sua mãe?</p> <p>-Qual foi a reação de sua família com a morte de sua mãe?</p> <p>-Como era o seu relacionamento com sua esposa?</p>	<p>coisas teriam sido diferente.</p> <p>-No começo me sentia bem. Bebia com meus colegas de serviço</p> <p>05/10</p> <p>-Com a minha tia mas ela não me compreendia.</p> <p>-Meus irmãos não podiam cuidar de mim, por isso fui embora.</p> <p>-Eu ia levando, até que eu comecei a sair com a moça que cuidava das crianças e fui morar com ela.</p>
---	--	--	--	---

<p>05/10</p> <p>-Ela não me compreendia</p> <p>-Fui morar com ela</p>	<p>Comunicação Estima Imagem Aceitação</p> <p>Gregária Espaço Liberdade</p>		<p>13/10</p> <p>-E hoje como você vê a morte de sua mãe?</p> <p>-E como está o seu relacionamento com sua atual esposa?</p>	<p>13/10</p> <p>-Eu acho que se ela estivesse viva minha vida seria bem diferente. Sinto muita falta dela.</p> <p>-Atualmente estou sozinho, não moro com ninguém. Estou me sentindo muito deprimido por tudo que aconteceu na minha vida. Tive duas esposas e perdi as duas, vivo longe de meus filhos, e sou obrigado a pagar pensões para as ex não tenho nem onde morar.</p>
---	---	--	---	--

<p>13/10</p> <p>-Sinto muita falta dela</p> <p>-Estou me sentindo muito deprimido</p>	<p>Estima Auto-Estima Imagem</p> <p>Auto-Imagem Estima</p>		<p>19/10</p> <p>-Como você pretende trabalhar este sentimento dentro de ti?</p> <p>-Como você pretende resolver este sentimento depressivo?</p>	<p>19/10</p> <p>-Eu sei o que passou eu não posso mudar mais. Estou conversando com uma psicóloga que está me ajudando a enfrentar as minhas dificuldades.</p> <p>-Esse sentimento ainda esta bem forte dentro de mim. As vezes eu tenho medo de ficar sózinho. Preciso ficar mais tempo com os amigos do grupo, estou fazendo orações pedindo força a Deus pois não é fácil.</p> <p>BOM</p>
---	--	--	---	--

**Prognóstico:**

Prognóstico bom pois S. está freqüentando (e se continuar freqüentando) regularmente o grupo e realizando todas as atividades propostas. Dentre as necessidades Auto-Imagem, Auto-Estima, Estima e Imagem, S. continua Auto Insuficiente necessitando de acompanhamento terapêutico, devido a dificuldade de aceitação da morte de sua mãe e sentimento de medo em relação de ficar sozinho. Em relação a Comunicação, Gregária e Aceitação S. demonstra estar Auto Suficiente pois consegue superar as dificuldades que o levavam a beber.

## HISTÓRICO 4

M. S. A ., 50 anos, natural do interior do estado , morador de Florianópolis, separado, dependente de álcool em recuperação. Participante do GAM desde Maio/99. Relatou que provinha da roça, segundo entre quatro irmãos. Aos dezoito veio para Florianópolis, arrumou um emprego de assessorista e ficou por aqui. Aos vinte e dois anos arrumou um emprego no BESC no qual trabalhou por vinte e dois anos seguidos. Por essa época casou-se pois a namorada estava grávida. Com a mesma teve dois filhos, um homem e uma mulher. Após oito anos de casado foi transferido para filial no interior onde diz ter começado a beber pois era muito tímido e não conseguia conversar com os amigos. Só tomava cerveja. A partir daí começou a beber cada vez mais freqüentemente e passou a tomar todo dia. Tomava de quatro a seis garrafas por dia. Após dezenove anos de casado separou-se da esposa pois ela “pegava muito no pé” e que tinha muito ciúme dele. Depois disso passou a sair toda noite e continuava a beber. Após três anos conheceu uma mulher ao qual diz ter se apaixonado profundamente e que ela já tinha um filho. Com ela ele viveu durante cinco anos (até maio passado). Em 97 abriu um bar após fazer um acordo com o BESC (de aposentadoria) e continuava bebendo todo dia. As brigas com a esposa começaram a aumentar cada vez mais até ela ir embora. Com o bar fechado e sozinho, com um estoque de sobras de bebidas ( Whisky, Cachaça, etc. ) trocou a cerveja pelas bebidas destiladas. Chegou a não ir no casamento do filho. Em julho o enteado veio passar uma noite com ele e lhe disse. “M. sua vida é uma droga”. Após esse fato ele decidiu procurar ajuda, e lhe disseram do trabalho do SANPS onde ele ingressou no grupo.

PROCESSO 4

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	DIAGNÓSTICO DE NATUREZA	DIAGNÓSTICO DE SUFICIÊNCIA	PRESCRIÇÃO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<p>28/09</p> <p>-Casou-se mas não queria.</p> <p>-Separou-se da esposa</p> <p>-Casou-se novamente após tres anos e novamente separou-se</p>	<p>Imagem</p> <p>Auto-Imagem</p> <p>Auto-Estima</p> <p>Estima</p> <p>Sexualidade</p> <p>Aceitação</p> <p>Comunicação</p> <p>Participação</p> <p>Gregária</p>	<p>A. I.</p>	<p>29/09</p> <p>-Por que casou?</p> <p>_Por que não queria casar?</p> <p>-Como se sentia em relação a sua esposa?</p> <p>-Como vivia com a esposa?</p> <p>-Como se sentiu em relação a separação com sua primeira esposa?</p>	<p>29/09</p> <p>-Minha namorada ficou grávida.</p> <p>-Eu não gostava dela para casar.</p> <p>-Nos davamos bem mas não a amava</p> <p>-Nós nos respeitavamos, mas ela tinha muito ciúme.</p> <p>-Me senti livre e comecei a sair todas as noites. Era a liberdade sem responsabilidade.</p>	
<p>-Era muito tímido e começou a beber</p>	<p>Espaço</p> <p>Auto-Imagem</p> <p>Comunicação</p> <p>Participação</p>				



<p>29/09</p> <p>-Queria falar as coisas mas não conseguia</p>	<p>Comunicação Liberdade Espaço</p>		<p>-Como se sentia sendo tímido?</p> <p>-O que deixou de fazer por ser tímido?</p> <p>05/10</p> <p>-Como se sente em relação a timidez hoje?</p>	<p>-Queria falar as coisas mas não conseguia</p> <p>-Quem mandava na minha vida eram as outras pessoas.</p> <p>05/10</p> <p>-Hoje já não sou tão tímido. Mas as vezes eu quero falar e não consigo. Isso me deixa irritado.</p> <p>-Sabe que não pensei sobre isso?</p> <p>-Foi mais minha do que dela.</p>	
<p>-Quem mandava na minha vida eram as outras pessoas</p> <p>-Me dou bem com minha esposa até hoje</p>	<p>Imagem Auto-Imagem</p>		<p>-Qual o reflexo da timidez hoje na sua vida?</p> <p>-A separação da sua primeira esposa foi iniciativa de quem?</p>		

<p>-Era a liberdade sem responsabilidade</p> <p>05/10</p> <p>-Quero falar e não consigo. Fico irritado.</p>	<p>Auto-Imagem Auto-Estima Estima Gregária</p>		<p>-Como se sentia com essa liberdade?</p> <p>13/10</p> <p>-Se lembra quando a timidez começou a ser problema para o Sr.?</p>	<p>-Só pensava em beber e sair á noite.</p> <p>13/10</p> <p>-Ah, já faz tempo, quando eu tinha uns cinco para seis anos o meu pai me mandava para a roça e eu não queria mas me retraia. Tinha medo de meu pai. Isso me retraia.</p> <p>-Estou me trabalhando sobre</p>	
			<p>-Já pensou como a timidez está afetando a sua vida hoje?</p>		

<p>-Eu não pensei sobre isso.</p> <p>-Só pensava em beber e sair à noite</p>	<p>Auto-Imagem Auto-Estima Comunicação Liberdade</p> <p>Comunicação Participação Gregária</p>	<p>-Quando se irritar, o que pretende fazer?</p> <p>-Já refletiu sobre sua timidez?</p> <p>-E hoje como vê a bebida?</p>	<p>isso. Estas reuniões do grupo estão me ajudando muito.</p> <p>-Tentar me controlar. Estou lendo um livro (do AA) que fala sobre como trabalhar esta irritação, e outros sentimentos.</p> <p>-Estou trabalhando isto nos grupos e através de leituras</p> <p>-Hoje consigo ver o mal que a bebida me fez.</p>	<p>BOM</p>
--	---	--	---	------------

**Prognóstico:**

Prognóstico bom pois M. conseguiu identificar seu problema causal. Em relação as necessidades de Comunicação, Gregária, Estima e Auto-Estima, M. demonstrou conseguir superar suas inseguranças e compreender suas dificuldade

### OBJETIVO 3

Conhecer outras propostas de atendimento ou instituições de tratamento para Dependentes Químicos e alcoolismo e/ou participar de eventos durante o período de eventos sobre o tema.

Este objetivo foi considerado por nós alcançado pois conseguimos cumprir com o plano de ação visitando os seguintes serviços de atendimento : A. A.(Alcoólicos Anônimos), N.A. (Narcóticos Anônimos), GEAD (Grupo de Estudos Sobre Álcool e outras Drogas), CECRED (Centro de Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos), e também o CAPS (Centro de Atenção Psico Social).

Tivemos a oportunidade de conhecer no dia 13 de Outubro às 20:00horas , e com duração de duas horas uma unidade de Alcoólicos Anônimos, que fica situada na Rua Padre Roma, nº 345, junto a Igreja Santo Antônio no centro da cidade de Florianópolis.

Participamos de duas reuniões de Alcoólicos Anônimos, a sala é composta de muitas cadeiras dispostas de forma organizada, uma atrás da outra, e em fileiras, e à frente tem uma bancada que é composta pelos membros que fazem parte da diretoria. A coordenação da mesma se dá pelo membro de A. A, que foi escolhido, há um sistema de rotatividade entre os membros para as coordenações.

A ordem de chegada dos membros da irmandade de A, A, é anotada pelo coordenador que durante a reunião segue aquela ordem para chamar as pessoas para dar o seu depoimento, se for da vontade dos mesmos.

O depoimento consiste da apresentação da pessoa que está falando, e depois fica a seu critério o restante do depoimento. Geralmente as pessoas falam de como passaram nos últimos dias que precederam a reunião em curso, contam de eventuais recaídas e recebem o apoio dos demais membros.

O depoimento finaliza com o desejo de “mais vinte quatro horas de sobriedade para todo mundo”.

A Irmandade de A, A, nasceu em 1935 nos Estados Unidos, e hoje tornou-se uma irmandade mundial. Mais de 600.000 homens e mulheres alcoolistas, unidos a fim de resolver seus problemas comuns e de ajudar os irmãos sofredores na recuperação do alcoolismo, hoje fazem parte desta irmandade.

O único requisito para ser membro de A, A, é o desejo de parar de beber, e tendo como propósito primordial manter-se sóbrio e ajudar aos outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade, evitando sempre o primeiro gole.

A, A, segue uma visão clara baseado em Doze Tradições, e em Doze Passos, que seguem em anexo, juntamente com alguns folhetos explicativos (Anexo 03).

Em 20 de Outubro, conhecemos uma das unidades de AL- Anon, que fica localizada junto ao A, A., da rua Padre Roma anteriormente citado. Esta unidade atende aos Co-Dependentes, que são todas as pessoas que fazem parte da família de um alcoólico anônimo, em especial as esposas, que eram as pessoas que mais fazem número nas reuniões de AL- Anon.

Estas reuniões têm início também às 20:00 horas, e tem término previsto para às 22:00 horas. São grupos de auto-ajuda que se iniciam com a apresentação das pessoas que fazem parte da sala, e conversam sobre seus problemas dando seu depoimento, sempre apresentando-se e dizendo qual é o motivo da vinda para a reunião. As pessoas falam de suas vivências e de como enfrentar as dificuldades.

Esta reunião nos proporcionou ver a participação e o envolvimento da família do dependente. Nela as pessoas desenvolvem laços de amizade, portanto, estão sempre em contato com as demais no sentido de auxiliá-las a enfrentar as dificuldades.

Tivemos também a oportunidade de conhecer uma unidade de N. A, Narcóticos Anônimos, no dia 22 de Outubro, às 19:00horas, e com término previsto para às 21:00horas. Esta se localiza junto a Catedral da cidade de Florianópolis, na Praça XV de Novembro. Os Narcóticos Anônimos nasceram com a mesma filosofia de A,A, também nos Estados Unidos, Seguem As Doze Tradições e os Doze passos de A, A, só que adaptados para N. A, E as reuniões também seguem a mesma dinâmica do AA.

Conhecemos também em 25 de Outubro de 1999, um serviço que está sendo prestado à população infanto-juvenil, e que nasceu com base no GAEPD- Grupo de Ajuda Estudo dos Problemas das Drogas, da UFSC, e à partir de uma pesquisa realizada em 1993 pela Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Desporto do Estado de Santa Catarina que trouxe dados alarmantes, como os que seguem:

17% dos estudantes em idade escolar já experimentaram algum tipo de droga, sendo que não foram incluídos o cigarro e o álcool.

Preocupados com esta situação servidores da Escola Técnica Federal de Santa Catarina – ETF/SC, formaram o GRUPO EDUCAR, que trabalha as questões da sexualidade e das drogas na adolescência, e a problemática das drogas, mais especificamente é tratada por um sub-grupo: O GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – GEAD-ETF/SC. É um grupo aberto e de ajuda mútua que funciona através de reuniões semanais (todas as terças-feiras, das 16:30 às 19:00) desde 05/09/95. O grupo é multidisciplinar: participam duas assistentes sociais, uma enfermeira, uma psicóloga, e uma estudante de psicologia, além dos adictos em recuperação e familiares. As pessoas atendidas fazem parte da comunidade em geral, não só da ETF/SC.

A coordenação é feita por um dos membros da equipe multidisciplinar, obedecendo um calendário de rotatividade entre as mesmas, e os

depoimentos iniciam-se pela apresentação da pessoa que está falando, e o que a trás para aquela reunião, depois do depoimento terminado a coordenadora dá um retorno, ou então abre a palavra para os outros membros da reunião.

Conhecemos o CENTRO DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DE DEPENDENTES QUÍMICOS – CECRED, um centro de convivência e recuperação da saúde de dependentes químicos.

O CECRED localiza-se no município de São Pedro de Alcântara - SC, no bairro Santa Teresa à rua Antônio José Raulino, s/n°, Junto ao hospital Santa Tereza.

Têm um modelo de assistência fundamentado em seis princípios básicos, em harmonia que são:

ESPIRITUALIDADE, RESPONSABILIDADE, LIBERDADE, DISCIPLINA, LABORTERAPIA E ESCOLHA.

Hoje o CECRED conta um atendimento de 10 leitos com Atenção Intensiva, 20 leitos de Alojamento terapêutico masculino, e um Centro de Estudos, e estão em faze de implantação o Alojamento Terapêutico Feminino (10 leitos), a Pensão Protegida (10 leitos) e hospital dia (30 leitos).

O serviço conta com 30 vagas, e o programa é desenvolvido em um período de 90 dias, sendo a adesão ao programa voluntária, onde o cliente já assina sua alta no momento da internação. Após 40 dias de permanência no programa, o cliente sai de licença em finais de semana alternados, para passar com familiares.

As participações nos grupos terapêuticos é facultativa.

Segue em anexo o programa de atividades e o regimento interno.

Conhecemos também o CENTRO DE ATENDIMENTO PSICO-SOCIA - CAPS, que tem sua origem na reestruturação da assistência psiquiátrica, se propondo a ser um serviço intermediário entre o hospital e a comunidade. Presta atendimento ambulatorial, tanto ao egresso do hospital psiquiátrico como também a população em geral.

Presta consultas individuais, realiza terapia de grupo àquelas pessoas e familiares que apresentam sofrimento psíquico e também à dependentes de drogas.

Participamos de um curso na área da Psiquiatria, intitulado “MELHORANDO A CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE”, foi realizado no dia 16 de Setembro na Agência de Especialização de Enfermagem do Trabalho – CLIMAR, localizada na cidade de Florianópolis, no bairro Córrego Grande, onde tivemos a oportunidade de melhorar nossos conhecimentos sobre como abordar o paciente, e obter dele informações que poderão ajudá-lo. Seguem certificados em anexo.

Participamos também de um evento envolvendo a temática da dependência química intitulado: “ VI SEMINÁRIO DE PREVENÇÃO À RECAÍDA”, realizado em 21/10/99, O seminário mostrou a importância, e avaliou a qualidade de vida das pessoas em recuperação, ele foi apresentado por clientes da Clínica Belvedere que estão em recuperação nas mais variadas etapas do tratamento, conforme anteriormente exposto. Seguem certificados em anexo. Sendo assim, consideramos este objetivo alcançado.



## **OBJETIVO 4**

**Coordenar as reuniões do GAM e dinâmica de grupo da Clínica Belvedere, sob a supervisão da enfermeira responsável nos respectivos dias.**

Durante o nosso período de estágio participamos de todas as reuniões do GAM nas terça-feira (entre 10/09 a 16/11) , onde passamos a facilitar as reuniões a partir de 05/10. Alternamos as facilitações, entre nós acadêmicas, seguindo os preceitos do grupo onde cada participante, seguindo uma sequência aleatória de apresentação, dá seu testemunho e troca experiência entre os colegas. Participamos como facilitadoras de quatro reuniões onde iniciávamos as 8:30 horas orientando o grupo no tempo e no espaço, falando das regras básicas do grupo que consiste em; cumprir o horário (pré-estabelecido com o cliente) , participar de todas as atividades programadas ( com o cliente); ao estar no grupo não estar sob efeito de qualquer tipo de substância ou portando qualquer tipo de substância, freqüentar o Restaurante Universitário para o almoço (se o cliente aceitar), não andar sozinho durante os dois primeiros meses de tratamento e evitar hábitos, locais e pessoas da ativa. Em seguida abríamos a reunião deixando a palavra livre para quem desejasse dar seu depoimento.Quando achávamos necessário entrevistamos esclarecendo dúvidas e orientando sobre o mecanismo da doença e seus efeitos farmacológicos. Não utilizamos dinâmicas durante as reuniões (respeitando sua característica), realizando-as em outro horário pré estabelecido com o grupo. Nossa participação como facilitadoras, foi uma experiência muito rica, onde conseguimos perceber como se sente um dependente químico, quais as dificuldades que ele enfrenta, como ocorrem mudanças físicas e mentais durante sua recuperação, como é difícil deixar o uso de drogas, nos fazendo ter a certeza de que cada ser humano é um ser único, com necessidades e capacidades de enfrentamentos diferentes entre si, e que acreditar no ser humano e investir nas pessoas vale a pena, pois elas conseguem nos surpreender sempre.

Na Clínica Belvedere, coordenamos as dinâmicas em quatro momentos entre os dias 01/10 a 05/11, em horário pré estabelecido com a enfermeira supervisora, todas na sexta-feira as 11:10 horas. Para isto planejamos (em anexo) os encontros para a sua posterior aplicação.

A primeira dinâmica, denominada de “O relato de Miguel”, tinha como objetivo trabalhar a aceitação, e o pré julgamento das pessoas e coisas. Tinha como objetivo principal trabalhar a aceitação de novos valores sem julgamentos prévios. Participaram deste encontro 7 clientes, que se colocaram da seguinte forma:

“... realmente, não se sabendo da situação toda pode-se errar facilmente no julgamento...”

“... não pensei que eu era tão preconceituoso...”

Avaliamos que eles conseguiram perceber como trazemos valores pré-concebidos, e a necessidade de não fazermos julgamento sem termos uma visão maior das coisas, estando predisposto a novas visões de velhos conceitos.

A segunda dinâmica visava fazer cada membro do grupo refletir sobre as prioridades de sua vida. Quais são, se está vivendo de conformidade com suas prioridades, refletir sobre a priorização de seu tratamento. Após explicar a dinâmica aos participantes do grupo, foram entregues lápis e papel onde cada membro escreveu em ordem de prioridade as dez coisas mais importantes de sua vida. Através desta técnica, que contou com a participação de oito clientes, obtivemos as seguintes expressões:

“A família é a prioridade de minha vida...”

“A prioridade de minha vida sou eu mesmo...”

“A recuperação é a minha prioridade...”

“O meu trabalho é a minha prioridade...”

Na avaliação desta dinâmica, chegamos a estes resultados:

- Três colocaram recuperação como prioridade
- Um se colocou como prioridade ( Falou sobre falta de amor próprio)
- Dois falaram em religiosidade
- Todos falaram sobre trabalho

- Cinco falaram sobre a família e um colocou como prioridade

Percebemos que apesar de três membros falarem sobre a recuperação nenhum colocou em primeiro lugar. Notamos que eles tem dificuldade de aceitar como prioridade a sua recuperação.

Reintegração social foi o tema desenvolvido na nossa terceira dinâmica. Trabalhamos o vídeo “O Pavão na Terra dos Pingüins”, que relata a estória do pavão que por ser diferente sente dificuldades em conviver entre os pingüins. Após o vídeo, em forma de conversação, cada integrante do grupo (eram sete) , colocou como se sentia frente a alta e a volta para casa e outras atividades.

Alguns depoimentos transcrevemos a seguir:

“Estou com medo, da vida lá fora...”

“Não sei como as pessoas nos receberão ....”

“Por mais que as pessoas digam, sempre existe o preconceito...”

Trabalhamos as dúvidas e as dificuldades que seriam encontradas após a saída da clínica , lembrando que as dificuldades existem e que eles deveriam estar preparados para enfrentá-las, para prevenir possíveis recaídas.

Com a quarta dinâmica,abordamos o espírito de grupo, com a estória “A lição dos Gansos”. Participaram desta dinâmica sete integrantes, onde cada participante leu uma parte da estória, e escreveu sobre como percebeu o trecho lido. Colhemos expressões como:

“O bando pode ser visto como o nosso grupo...”

“O auxilio que um ganso da ao outro seria o mesmo quando alguém do grupo auxilia alguém que recaiu...”

“Como os gansos nós também nos encorajamos uns aos outros...”

Acreditamos que com esta dinâmica os integrantes conseguiram identificar a importância do apoio mútuo necessário nas horas mais difíceis.

## **OBJETIVO 5**

### **Aprofundar os conhecimentos científicos sobre o tema escolhido**

Para realizar este objetivo, realizamos uma revisão de literatura consultando livros, teses, dissertações, publicações, periódicos e a Internet. As participações de estudo do GAEPD bem como do GEPAL, igualmente auxiliaram na aquisição de conhecimento abordando temas como o mecanismo farmacológico da dependência, como vivenciar as experiências e dificuldades relacionadas com a dependência. Os seminários médicos realizados na Clínica Belvedere sobre “Os Mecanismos Psicológicos da Dependência” e “As Vantagens e Desvantagens do Uso de Drogas”, também contribuíram para esta aquisição. Quanto a participação de eventos relacionados ao tema, participamos do “VI Seminário de Prevenção à Recaída”, promovido pela Clínica Belvedere, onde os clientes que estão fazendo tratamento a nível ambulatorial relatam como estão convivendo com a recuperação e quais dificuldades estão encontrando. Participamos de outro encontro, o curso “Melhorando a Comunicação Interpessoal”, que se não eram diretamente ligado a temática, deu-nos suporte na relação pessoa a pessoa. Apesar de surgirem outros eventos relacionados com a temática, não tivemos a oportunidade de participar, devido a distância (Porto Alegre) e termos outros compromissos que não nos permitiram o afastamento desta cidade. Consideramos este objetivo alcançado, demonstrado com a apresentação da revisão de literatura neste relatório.

## OBJETIVO 6

### **Participar das reuniões com familiares realizadas na Clínica Belvedere:**

Este objetivo foi considerado alcançado pois ao todo participamos de 07 reuniões com grupos de família, uma das acadêmicas participou de 04 e a outra de 03 reuniões.

Este grupo é coordenado pela psicóloga da clínica nas Quintas-feiras, iniciando às 15:30h. e com seu término previsto para às 17:00, Tem por objetivo envolver a família no processo de recuperação do cliente, bem como orientá-la e auxiliá-la nas suas dificuldades de convívio com o dependente, reorganizar o núcleo familiar, enfim, prestar assistência aos co-dependentes, trabalhando os aspectos doentios que se instalaram na dinâmica das suas relações, buscando estabelecer um clima de harmonia.

Esta reunião acontece da seguinte maneira:

A coordenadora abre a reunião apresentando-se e abre a palavra para a apresentação dos demais participantes, à partir daí a palavra fica livre para os familiares contarem fatos, ou trabalharem problemas que queiram expressar naquele momento.

Pudemos observar que à partir desta reunião as pessoas se conhecem e formam uma grupo de auto-ajuda, o que é necessário na condição em que as famílias se encontram.

Este grupo foi muito produtivo para nós pois foi a oportunidade de podermos trabalhar a questão da co-dependência, proporcionando-nos uma boa visão de como as famílias agem para lidar com este problema.

## **8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na conclusão deste trabalho, em que tivemos o privilégio de aprofundar os nossos conhecimentos em torno dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, acreditamos que conseguimos atingir o objetivo principal deste trabalho, qual seja, o de prestarmos assistência de enfermagem ao dependente químico, ao mesmo tempo que aumentamos consideravelmente o nosso conhecimento sobre o assunto. Portanto conforme as premissas básicas da relação pessoa/pessoa (TRAVELBEE, 1979), conseguimos interagir com os participantes, durante as quais ambos (nós e eles) desenvolvemos uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais. Podemos, certamente, afirmar que hoje não somos as mesmas pessoas que iniciaram o estágio, mas duas pessoas envolvidas com a recuperação do dependente químico independentemente de nosso futuro campo profissional. Conseguimos igualmente perceber que devido a unicidade do ser humano, os dois campos de estágios escolhidos são opções para diferentes formas de tratamento que atendem a individualidade de cada cliente. Algumas pessoas necessitam da internação para começarem sua recuperação, sendo que outro que não conseguem se adaptar à internação, o método alternativo muitas vezes é a última esperança. Observamos que muitas vezes o problema das drogas está intimamente relacionado com a segregação social e, que o recuperando quando tenta se reintegrar à sociedade, enfrenta dificuldades imensas, não tendo muitas vezes um teto onde se abrigar e não raro apresentam complicações clínicas, não tendo acesso ao tratamento.

Gostaríamos de ressaltar que fomos muito bem recebidas nos dois campos de estágios. Igualmente tivemos a aceitação e compreensão dos clientes que nos consideraram com todo respeito e de muita boa vontade nos auxiliaram na realização do processo de enfermagem.

Conforme o que foi revisado na literatura recomendada, podemos dizer que o problema da dependência de substâncias psicoativas é sério e um importante agravante do nosso quadro social. O álcool e as demais drogas aqui abordadas, além de outras, são uma realidade presente no nosso cotidiano muito embora alguns de nós não a percebamos como problema. Antes dessa experiência, a execução desse projeto, não percebíamos a questão da drogadição como um problema que também é nosso. Hoje, após realizar este estágio, temos a compreensão de que a drogadição é um problema de todos nós e, que somente é possível fazer frente a esta situação se a sociedade como um todo se envolver na busca de uma solução.

Finalizando, podemos dizer que, muito mais que um aprendizado profissional, foi uma experiência que levaremos para o resto de nossas vidas, e que vale a pena acreditar no ser humano, pois nos surpreenderemos sempre com sua capacidade de superação. Fica igualmente nossas recomendações para que novos grupos de estágios se realizem nesta área pois o aprendizado nos é de muita valia.

## 9 - BIBLIOGRAFIA

1. ALVES F., TODESCO R. P. R., SCÓZ, T. M. X.. **Alcoolismo: um enfoque preventivo e educativo.** Florianópolis: UFSC, 1998.
2. BERTOLOTE, J. M. **Aspectos Sociais do Alcoolismo: uma questão metodológica.**, São Paulo: Temas, 1984.
3. BURCHER, Richard. **Prevenção ao uso indevido de drogas.** Brasília: Universidade de Brasília, 1989.
4. CORDO, M. **Uso/Abuso do álcool - intervenções na empresa.** Hospitalidade, v.59,n.235, abril/junho, 1997.
5. **DIAGNÓSTICO ESTATÍSTICO DAS DESORDENS MENTAIS. DSM4** Porto Alegre: Artes Médicas1995.
6. DUPONT , R. J.. **Drogas: Uma luta sem tréguas.** Rio de Janeiro: Record, 1989.
7. ELIAS, A.; MOREIRA, M.. **Assistência de Enfermagem ao alcoolista adulto uma proposta de atendimento às suas necessidades humanas básicas.** Florianópolis, 1999, -Trabalho Acadêmico- Curso de Enfermagem, UFSC.
8. FORTES, J. R. Albuquerque; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo - Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo, Sarvier, 1991.
9. HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: E.P.U., 1979
10. KALINA, Eduardo. **Drogadição.** Rio de Janeiro: Franscisco Alves, 1976.
11. LOPES, Imaculada. **Problemas Sociais Brasileiros.** Rio de Janeiro: Record 1997.
12. MASUR, J. **O que é Toxicomania.** 2ed. São Paulo: Brasiliense,1987.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do**



- alcoolismo**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
14. NETO, M. R. L. OUZA et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
15. OMS. **Drogas**. 1999. P. 08. [Http://www.winbr.com/abc/drogas.htm](http://www.winbr.com/abc/drogas.htm)
16. PAULA, W. K. **Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas**. Florianópolis, 1993, p.101 Tese (Concurso de Professor Titular) UFSC.
17. PAULA, W. K. **DROGAS**, 1999. (Mimiografado)
18. ANG, H. P. et al. **Farmacologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
19. SARACENO, B. et al. **Manual de Saúde Mental**. guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec, 1994.
20. SILVA, J. M. **Tóxicos o que os pais devem saber**. 6 ed. São Paulo: Paulinas, 1989.
21. SMELTZER S. C., BARE B., **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
22. SOUZA, J. B. **A Concepção de alcoolismo enfermidade**. Informação Psiquiátrica, 11 (spul. 1): S4-S13, 1992
23. SUTILLI, V.. **Projeto Despertar: Um sistema interativo de informação sobre alcoolismo e outras dependências químicas**. Trabalho acadêmico - Curso de Serviço Social - UFSC.
24. SCLIAR, M. Entrevista. Rev. Veja. Abril, 1997.
25. TAYLOR, C. M. **Fundamento de Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
26. TRAVELBEE, Joyce. Intervencion en enfermeria psiquiátrica. Colômbia: OMS/OPAS, 1979.
27. VELHO, G. **Nobres e Anjos: Um estudo de tóxicos**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
28. ZAGO, J. A. **Considerações sobre os aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos da drogadição**. Informação Psiquiátrica, 15(4): 145-149, 1996.

## ANEXOS

## ANEXO 1

RESUMO DAS ABORDAGENS SOBRE USO INDEVIDO DE DROGAS

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO	INTERPRETAÇÃO DO COMPORTAMENTO	TRATAMENTO
1 - Médica	O tabagismo, alcoolismo e outras drogas adições são doenças do cérebro.	O uso indevido resulta da desordem biológica mais ou menos grave segundo a doença.	Dessensibilização Restrição ao uso Medicamentos
2 - Psicanalítica	O tabagismo, alcoolismo e outras drogas adições são estados de perturbação afetiva ligados à história pregressa da pessoa.	O uso indevido é sintomático dos problemas emocionais do paciente.	Psicoterapia que permite ao paciente descobrir a origem de suas dificuldades.
3 - Sistêmica	O tabagismo, alcoolismo e outras drogas adições são consequências de comunicações familiares ou microsociais patogênicas.	O uso indevido é uma reação às manipulações de que é objeto.	Terapia coletiva de maneira que a família ou grupo tenha um melhor conhecimento de seu funcionamento e possa modificá-lo.
4 - Sacrificial	O tabagismo, alcoolismo e outras drogas adições são provocados pela estigmatização e punição de comportamentos dos membros da sociedade que se desviam da norma.	O uso indevido é uma "estratégia oblíqua" à sua vitimização e à sua exclusão.	Não rotular o paciente. Tratá-lo como um indivíduo com direitos e deveres. Respeitar sua vontade.
5 - Política	O tabagismo, alcoolismo e outras drogas adições são doenças sociais, ligadas à opressão e exploração do paciente.	O uso indevido é uma reação de revolta ante uma situação considerada insuportável.	Lutar para uma sociedade mais justa.

Adaptação do Quadro de JACCAR, R. A Loucura, 1981 - Wilson Kraemer de Paula.

## ANEXO 2



Consultoria e  
Treinamento

**CERTIFICADO N. 04099**

Certificamos que

*Angela R. Batistini*

participou do Curso **MELHORANDO A COMUNICAÇÃO**

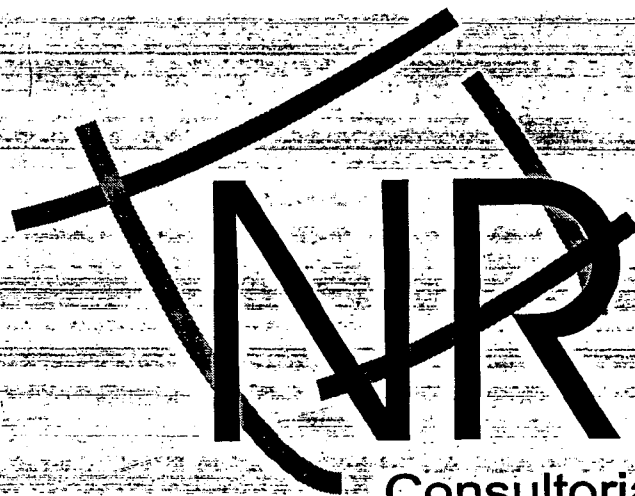
**INTERPESSOAL** realizado no dia 16 de setembro de 1999

com carga horária de 8 horas, na qualidade de participante.

Florianópolis, 16 de setembro de 1999.

*Márcia Cruz Gerges*

Prof. Márcia Cruz Gerges – M. Eng.  
Consultora Técnica  
COREN-SC 11.356



Consultoria e  
Treinamento

**CERTIFICADO N. 04099**

Certificamos que *Angela W. H. de Campos*  
participou do Curso **MELHORANDO A COMUNICAÇÃO  
INTERPESSOAL** realizado no dia 16 de setembro de 1999  
com carga horária de 8 horas, na qualidade de participante.

Florianópolis, 16 de setembro de 1999.

*Márcia Cruz Gerges*

Prof. Márcia Cruz Gerges – M. Eng.  
Consultora Técnica  
COREN-SC 11.356

## ANEXO 3



11 Já experimentou alguma vez 'apagamento' durante uma bebida? ( ) ( ) ( ) ( )  
Sim Não

Os chamados "apagamentos" (em que continuamos funcionando sem contudo poder lembrar mais tarde do que aconteceu) parecem ser um denominador comum nos casos de muitos de nós que hoje admitimos ser alcoólicos. Agora sabemos muito bem quais os problemas que tivemos nesse estado "apagado" e irresponsável.

12 Já pensou alguma vez que poderia aproveitar muito mais a vida, se não bebesse? ( ) ( ) ( ) ( )

A.A., em si, não pode resolver todos os seus problemas. No que se refere, porém, ao alcoolismo, podemos mostrar-lhe como viver sem os "apagamentos", as ressacas, o remorso ou o desconforto que acompanham as bebidas desenfreadas. Uma vez alcoólico, sempre alcoólico. Portanto, nós em A.A. evitamos o "primeiro gole". Quando se faz isto, a vida se torna mais simples, mais promissora e muitíssimo mais feliz.

### Qual foi a contagem?

Respondeu SIM quatro vezes ou mais? Em caso positivo, é provável que você tenha um problema sério de bebida, ou poderá tê-lo no futuro.

Por que dizemos isto? Somente porque a experiência de milhares de alcoólicos recuperados nos ensinou algumas verdades básicas a respeito dos sintomas do alcoolismo — e de nós mesmos.

Você é a única pessoa que poderá dizer, com certeza, se deve ou não procurar o A.A. Se a resposta for SIM, teremos satisfação em mostrar-lhe como conseguimos parar de beber. Se ainda não puder admitir que você tem um problema de bebida, não faz mal. Apenas sugerimos que você encaixe sempre a questão com mentalidade aberta. Se algum dia precisar de ajuda, teremos satisfação em recebê-lo em nossa Irmandade.

Literatura aprovada pela  
Conferência de Serviços Gerais de A.A.

## Eu sou responsável...

Quando qualquer um, seja onde for,  
estender a mão pedindo ajuda,  
quero que a mão de A.A.  
esteja sempre ali.  
E por isto: Eu sou responsável.

Is A.A. for you?  
Copyright©1973

Translated from the English with permission of Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (A.A.W.S.).  
No part of this translation may be duplicated in any form without the written permission of A.A.W.S., Inc.

Você deve procurar o A.A.?  
Direitos autorais©1973

Traduzido do Inglês com permissão de Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (A.A.W.S.).  
Nenhuma parte desta tradução pode ser duplicada sob qualquer forma, sem permissão escrita de A.A.W.S., Inc.

Publicado na língua portuguesa, com autorização, pela  
JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de  
Alcoólicos Anônimos do Brasil  
Caixa Postal 3180 - CEP 01060-970  
São Paulo/SP - Brasil

200.000 - 11/98

IMPRESSO NO BRASIL

Você deve  
procurar  
o A.A.?

Doze perguntas  
as quais somente você  
pode responder

## VOCE DEVE PROCURAR O A.A.?

Somente você poderá determinar se o programa de A.A. — a maneira de viver de A.A. — tem algum sentido para você e pode ajudá-lo.

É uma decisão que você terá de tomar por sua própria conta. Ninguém em A.A. poderá fazê-lo por você.

Nós, que hoje somos membros, ingressamos em A.A. porque reconhecemos que a bebida havia se convertido em um problema que não podíamos controlar sozinhos. A princípio,

muitos de nós não queríamos admitir que não conseguíamos mais beber normalmente. Porém, quando membros veteranos de A.A. nos contaram que, para eles, o alcoolismo era uma doença que, como a diabetes, podia ser detida, começamos a procurar em nós mesmos os sintomas dessa enfermidade. Encaramos os fatos referentes a esta doença em particular, da mesma forma com que enfrentaríamos qualquer outro problema sério de saúde. Demos respostas honestas às perguntas realistas sobre nossa maneira de beber e seus efeitos na nossa vida cotidiana.

Eis algumas das perguntas que tivemos de responder. Sabemos por experiência própria que qualquer pessoa que responder SIM a QUATRO ou mais destas doze perguntas, tem claras tendências para o alcoolismo (e poderá já ser um alcoólatra).

Por que não tentar, você mesmo, responder a estas perguntas? Lembre-se que não há desonra em admitir que você tem um problema de saúde. Se existe realmente um problema, o importante é solucioná-lo.

**1** Já tentou parar de beber por uma semana ( ) ( ) ( )  
(ou mais), sem conseguir atingir seu objetivo?

Muitos de nós "largamos a bebida" muitas vezes antes de procurar A.A. Fizemos sérias promessas aos nossos familiares e empregadores. Fizemos juramentos solenes. Nada funcionou até que ingressamos em A.A. Agora não lutamos mais. Não prometemos nada a ninguém, nem a nós mesmos. Simplesmente esforçamo-nos para não tomar o primeiro gole hoje. Mantemo-nos sóbrios um dia de cada vez.

**2** Ressente-se com os conselhos dos outros que tentam fazê-lo parar de beber? ( ) ( ) ( )

Muitas pessoas tentam ajudar bebedores-problema. Porém, a maioria dos alcoólatras ressentem-se com os "bons conselhos" que lhes dão. (A.A. não impõe esse tipo de conselho a ninguém. Mas, se solicitados, contaríamos nossa experiência e daríamos algumas sugestões práticas sobre como viver sem o álcool.)

**3** Já tentou controlar sua tendência de beber de mais, trocando uma bebida alcoólica por outra? ( ) ( ) ( )

Sempre procurávamos uma fórmula "salvadora" de beber. Passamos das bebidas destiladas para o vinho e a cerveja. Ou confiamos na água para "diluir" a bebida. Ou, então, tomamos nossos goles sem misturá-los. Tentamos ainda beber somente em determinadas horas. Porém, seja qual for a fórmula adotada, invariavelmente acabamos embriagados.

**4** Tomou algum trago pela manhã nos últimos doze meses? ( ) ( ) ( )

A maioria de nós está convencida (por experiência própria) de que a resposta a esta pergunta fornece uma chave quase infalível sobre se uma pessoa está ou não a caminho do alcoolismo, ou já se encontra no limite da "normalidade" no beber.

**5** Inveja as pessoas que podem beber sem criar problemas? ( ) ( ) ( )

É óbvio que milhares de pessoas podem beber (às vezes muito) em seus contatos sociais sem causar danos sérios a si mesmos, ou a outros. Você parou alguma vez para perguntar-se por que, no seu caso, o álcool é, tão frequentemente, um convite ao desastre?

**6** Seu problema de bebida vem se tornando cada vez mais sério nos últimos doze meses? ( ) ( ) ( )

Todos os fatos médicos conhecidos indicam que o alcoolismo é uma doença progressiva. Uma vez que a pessoa perde o controle da bebida, o problema torna-se pior, nunca desaparece. O alcohólico só tem, no fim, duas alternativas: (1) beber até morrer ou ser internado num manicômio, ou (2) afastar-se do álcool em todas as suas formas. A escolha é simples.

**7** A bebida já criou problemas no seu lar? ( ) ( ) ( )

Muitos de nós dizíamos que bebíamos por causa das situações desagradáveis no lar. Raramente nos ocorria que problemas deste tipo são agravados, em vez de resolvidos, pelo nosso descontrole no beber.

**8** Nas reuniões sociais onde as bebidas são limitadas, você tenta conseguir doses extras? ( ) ( ) ( )

Quando tínhamos de participar de reuniões deste tipo, ou nos "fortificávamos" antes de chegar, ou conseguíamos geralmente ir além da parte que nos cabia. E frequentemente continuávamos a beber depois.

**9** Apesar de prova em contrário, você continua afirmando que bebe quando quer e pára quando quer? ( ) ( ) ( )

Iludir a si mesmo parece ser próprio do bebedor problema. A maioria de nós que hoje nos encontramos em A.A., tentou parar de beber repetidas vezes sem ajuda de fora. Mas não conseguimos.

**10** Faltou ao serviço, durante os últimos doze meses, por causa da bebida? ( ) ( ) ( )

Quando bebíamos e perdíamos dias de trabalho na fábrica ou no escritório, frequentemente procurávamos justificar nossa "doença". Apelamos para vários males para desculpar nossas ausências. Na verdade, enganávamos somente a nós mesmos.

# Alcoólicos Anônimos em sua Comunidade

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS<sup>®</sup> é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros a se recuperarem do alcoolismo.

• O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há necessidade de pagar taxas ou mensalidades; somos auto-suficientes, graças às nossas próprias contribuições.

• A.A. não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum partido político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apóia nem combate quaisquer causas.

• Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançarem a sobriedade.

*Direitos autorais © de The A.A. Grapevine, Inc.;  
reimpresso com permissão*

Alcoholics Anonymous in your Community  
Copyright © 1966

Translated from the English with permission of  
Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (A.A.W.S.).  
No part of this translation may be duplicated in any form  
without the written permission of A.A.W.S., Inc.

Alcoólicos Anônimos em sua Comunidade

Direitos autorais © 1966

Traduzido do Inglês com permissão de Alcoholics  
Anonymous World Services, Inc. (A.A.W.S.).

Nenhuma parte desta tradução pode ser duplicada sob  
qualquer forma, sem permissão escrita de A.A.W.S., Inc.

Publicado na língua portuguesa, com autorização, pela

JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de

Alcoólicos Anônimos do Brasil

Caixa Postal 3180 - CEP 01060-970

São Paulo/SP - Brasil

Como a  
Irmandade de A.A.  
trabalha em sua Comunidade  
para ajudar alcoóles

A história de A.A. está repleta de nomes de não-alcoólicos, profissionais e leigos, que se interessaram pelo programa de recuperação de A.A. Milhões de nós devemos nossas vidas a essas pessoas e nossa dívida de gratidão não tem limites.

Alcoólicos Anônimos é uma irmandade mundial de homens e mulheres que se ajudam mutuamente a manter a sobriedade e que se oferecem para compartilhar livremente sua experiência na recuperação com outros que possam ter problemas com seu modo de beber.

A Irmandade funciona através de mais de 97.000 Grupos locais em mais de 150 países. Milhões de alcoólicos têm alcançado a sobriedade em A.A., mas seus membros reconhecem que seu programa não é sempre eficaz com todos os alcoólicos e que alguns necessitam de aconselhamento e tratamento profissional.

A.A. preocupa-se unicamente com a recuperação pessoal e a contínua recuperação individual dos alcoólicos que procuraram socorro na Irmandade. O movimento não se dedica à pesquisas sobre alcoolismo ou ao tratamento médico ou psiquiátrico, e não apóia quaisquer causas – embora os membros de A.A. possam participar como indivíduos.

O movimento adotou a política de "cooperação mas não afiliação" com outras organizações que se dedicam ao problema do alcoolismo.

Alcoólicos Anônimos é auto-suficiente através de seus membros e Grupos, recusando contribuições de fontes externas. Os membros de A.A. preservam seu anonimato pessoal a nível de imprensa, filmes e outros meios de comunicação.

### Como A.A. vê o Alcoolismo?

O alcoolismo é, em nossa opinião, uma doença progressiva – espiritual e emocional (ou mental) tanto quanto física. Os alcoólicos que conhecemos parecem ter perdido o poder para controlar suas doses de bebidas alcoólicas.

### Como funciona A.A.?

A.A. pode ser descrito como um método para recuperação do alcoolismo, no qual os membros ajudam-se mutuamente, compartilhando entre si uma enorme gama de experiências semelhantes em sofrimento e recuperação do alcoolismo.

### Que são os Grupos de A.A.?

A unidade básica em A.A. é o Grupo local (do bairro ou cidade) que é autônomo, salvo em assuntos que afetem outros Grupos de A.A. ou à Irmandade como um todo. Nenhum Grupo tem poder sobre seus membros.

Os Grupos geralmente são democráticos, assistidos por "comitês de serviços" de curtos períodos de mandato. Desta maneira, nenhum Grupo de A.A. tem uma liderança permanente.

### Que são Reuniões de A.A.?

Cada Grupo realiza reuniões regulares, nas quais os membros relatam entre si suas experiências – geralmente em relação aos "DOZE PASSOS" sugeridos para a recuperação, e às "DOZE TRADIÇÕES" sugeridas para as relações dentro da Irmandade e com a comunidade de fora.

Existem reuniões abertas para qualquer pessoa interessada, e reuniões fechadas somente para alcoólicos.

### Quem são os Membros de A.A.?

Pessoas que acham que têm problemas com sua maneira de beber são bem-vindas para assistir a qualquer reunião de A.A. Elas tornam-se membros simplesmente ao decidir que querem sê-lo.

Membros de A.A. são homens e mulheres provenientes de todos os níveis de vida, desde adolescentes até pessoas com idade avançada, de todas as raças, de todos os tipos de afiliações religiosas formais, e mesmo sem nenhuma.

### Onde você pode Encontrar A.A.?

Procure por "Alcoólicos Anônimos" na lista telefônica. Nas capitais e nas grandes cidades do Brasil, uma Central ou Intergrup de Serviços de A.A. poderá responder suas perguntas ou colocar você em contato com membros de A.A.

Se A.A. não constar na lista telefônica local, escreva para o ESG – Escritório de Serviços Gerais, Caixa Postal 3180, CEP 01060-970, São Paulo/SP.

### Que é o ESG – Escritório de Serviços Gerais?

Este escritório serve como centro nacional de informações. A literatura de A.A. do Brasil é publicada e distribuída pela JUNAAB. O ESG é a secretaria da JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de A.A. do Brasil, composta por nove Custódios, sendo seis alcoólicos – membros de A.A. e três não alcoólicos – amigos de A.A. e diretores, coordenadores de comitês, Delegados à RSM e gerente administrativo.

Nem a JUNAAB ou o ESG tem "autoridade" sobre os membros de A.A. ou Grupos. Ambos são responsáveis perante os Grupos e, anualmente, apresentam um relatório à Conferência de Serviços Ge-

rais, composta por Delegados selecionados pelos Grupos de A.A., dois em cada área (Estado) do Brasil.

### O que você pode esperar de A.A.?

(1) Os membros de A.A. ajudam qualquer alcoólico que demonstre interesse em ficar sóbrio.  
(2) Os membros de A.A. podem visitar o alcoólico que deseje ser ajudado – embora eles possam sentir que seja melhor para o alcoólico solicitar tal ajuda antes.

(3) Eles podem auxiliar a providenciar uma internação hospitalar. Os escritórios de serviços de A.A. geralmente possuem endereços de hospitais para tratamento de alcoolismo, embora A.A. não seja afiliado a qualquer estabelecimento hospitalar.

(4) Os membros de A.A. têm satisfação em compartilhar suas experiências com qualquer pessoa interessada, seja em conversações ou em reuniões formais.

### O que A.A. não faz?

(1) Recrutar membros ou fornecer a motivação inicial para que os alcoólicos se recuperem.  
(2) Manter registros ou históricos de casos dos membros.  
(3) Acompanhar ou tentar controlar seus membros.  
(4) Fazer diagnósticos ou prognósticos clínicos ou psicológicos.  
(5) Providenciar hospitalização, medicamentos ou tratamento psiquiátricos.  
(6) Fornecer alojamento, alimentação, roupas, emprego, dinheiro ou outros serviços semelhantes.  
(7) Fornecer aconselhamento familiar ou profissional.  
(8) Participar de pesquisas ou patrociná-las.  
(9) Filtrar-se a entidades sociais (embora muitos membros e servidores cooperem com elas).  
(10) Oferecer serviços religiosos.  
(11) Participar de qualquer controvérsia sobre álcool ou outros assuntos.  
(12) Aceitar dinheiro pelos seus serviços ou contribuições de fontes não-A.A.  
(13) Fornecer cartas de recomendação a juntas de livramento condicional, advogados, oficiais de justiça, escolas, empresas, entidades sociais ou quaisquer outras organizações ou instituições.

NOTA: Um membro de A.A., individualmente, pode fazer algumas dessas coisas, de forma privada e pessoal, mas não como membro de A.A. Muitos profissionais no campo do alcoolismo também são membros de A.A. Seu trabalho profissional, porém, NÃO tem nada a ver com sua condição de membro de A.A. Alcoólicos Anônimos, como tal, não pretende ter competência para realizar serviços profissionais como os relacionados acima.

o que não podíamos fazer sozinhos. Nós o convidamos a usar nossa força e nossa esperança até que você tenha encontrado alguma em você mesmo. Chegará o momento em que você também possa querer partilhar com alguém o que lhe foi dado livremente.

CONTINUE VOLTANDO — FUNCIONA!



**Narcotics Anonymous®**  
**Narcóticos Anônimos**

IP Nº 22-BR

# Bem-vindo a Narcóticos Anônimos

Este folheto foi escrito para responder algumas das suas perguntas a respeito do Programa de Narcóticos Anônimos. Nossa mensagem é muito simples: encontramos uma maneira de viver sem usar drogas e estamos felizes em partilhá-la com qualquer pessoa que tenha problema com drogas.

Copyright © 1993 by  
Narcotics Anonymous World Services, Inc.  
Todos os direitos reservados

World Service Office  
PO Box 9999  
Van Nuys, CA 91409 USA  
Tel. (818) 773-9999  
Fax (818) 700-0700

World Service Office—EUROPE  
48 Rue de l'Été  
B-1050 Brussels, Belgium  
Tel. +32/2/646-6012  
Fax +32/2/649-9239

World Service Office—CANADA  
150 Britannia Rd. E. Unit 21  
Mississauga, Ontario, L4Z 2A4, Canada  
Tel. (905) 507-0100  
Fax (905) 507-0101



Tradução de literatura aprovada pela  
Irmandade de NA.

Narcotics Anonymous, , the NA Way  
são marcas registradas de

Narcotics Anonymous World Services, Incorporated

ISBN 1-55776-197-3 Brazilian 7/98

WSO Catalog Item No. BR-3122

## Bem-vindo a Narcóticos Anônimos

<sup>14</sup>  
Bem-vindo à sua primeira reunião de NA. NA oferece aos adictos uma maneira de viver livre de drogas. Se você não tem certeza se é um adicto, não se preocupe; apenas continue voltando às nossas reuniões. Você terá todo tempo necessário para se decidir.

Se você for como muitos de nós, quando assistiram sua primeira reunião de NA, você pode estar bem nervoso e pensando que todos na reunião estão prestando atenção em você. Neste caso, você não é o único. Muitos de nós sentiram o mesmo. Já foi dito que “se o seu estômago está todo embrulhado, provavelmente você está no lugar certo”. Frequentemente dizemos que ninguém chega a NA por engano. Pessoas não adictas não ficam se questionando se são adictas. Elas nem pensam nisso. Se você está se perguntando se é ou não um adicto, você pode ser um. Apenas se dê um tempo para nos escutar partilhar o que aconteceu conosco. Talvez você ouça algo que lhe soe familiar. Não importa se você usou ou não as mesmas drogas que os outros mencionam. Não é importante quais as drogas que você usou, aqui você é bem-vindo se você quiser parar de usar. A maioria dos adictos experimentam sentimentos muito semelhantes. E é focalizando nossas semelhanças, e não nossas diferenças, que ajudamos uns aos outros.

Você pode estar se sentindo assustado e sem esperança. Você pode pensar que este programa, como as outras coisas que você já tentou, não vai funcionar. Você também pode pensar que vai funcionar para outra pessoa, mas não para você, porque você sente que é diferente de nós. A maioria de nós se sentiu assim, quando veio pela primeira vez à NA. De algum modo, sabíamos que não podíamos continuar usando drogas,

mas não sabíamos como parar ou como nos mantermos limpos. Todos nós estávamos com medo de abrir mão de algo que tinha se tornado tão importante para nós. É um alívio descobrir que o único requisito para ser membro de NA é o *desejo de* parar de usar.

A princípio, a maioria de nós estava desconfiada e com medo de tentar uma nova maneira de agir. Só tínhamos certeza de que não estava mesmo dando certo da nossa velha maneira. E mesmo depois de ficarmos limpos, as coisas não mudaram imediatamente. Frequentemente, até nossas atitudes comuns, como dirigir ou usar o telefone, pareceram assustadoras e estranhas, como se nós nos tivéssemos tornado alguém que não reconhecíamos. É aí que o companheirismo e o apoio de outros adictos limpos realmente ajudam. Começamos então a contar com os outros para renovar um sentido de confiança de que tão desesperadamente precisamos.

Você já pode estar pensando: “Sim, mas...” ou “Se...?”. Entretanto, mesmo se você tiver dúvidas, você pode seguir estas simples sugestões para começar: assista quantas reuniões de NA você puder e faça uma lista de números de telefone para usar regularmente, principalmente quando a vontade de usar drogas for forte. A tentativa não se restringe aos dias e horários de reuniões. Estamos limpos hoje porque procuramos ajuda. O que nos ajudou pode ajudar você. Por isso, não tenha medo de ligar para outro adicto em recuperação.

A única maneira de não voltar à adicção ativa é não tomar aquela primeira droga. O mais natural para um adicto é usar drogas. Para nos abstermos de usar substâncias químicas que modificassem o ânimo e alterassem a mente, a maioria de nós teve que passar por drásticas mudanças físicas, mentais,

emocionais e espirituais. Os Doze Passos de NA oferecem-nos uma maneira de mudar. Como alguém disse: “Provavelmente você pode ficar limpo apenas frequentando as reuniões. Mas se você quiser manter-se limpo e vivenciar a recuperação, você precisará praticar os Doze Passos.” Isto está além do que nós podemos fazer sozinhos. Na Irmandade de NA, nós apoiamos uns aos outros em nossos esforços para aprender e praticar uma nova maneira de viver, que nos mantém saudáveis e livres das drogas.

Na sua primeira reunião você encontrará pessoas com diferentes períodos de tempo limpo. Você poderá ficar admirado como elas puderam continuar limpas por tanto tempo. Se você continuar frequentando reuniões de NA e se mantiver limpo, você virá a entender como funciona. Existe um respeito e carinho entre os adictos limpos, porque todos nós tivemos que superar a miséria da adicção. Amamos e apoiamos uns aos outros em nossa recuperação. O programa de NA é composto por princípios espirituais que nos ajudam a continuarmos limpos. Nada lhe será exigido, mas você receberá muitas sugestões. Esta Irmandade nos oferece a oportunidade de lhe dar o que nós encontramos: uma maneira limpa de viver. Sabemos que temos que “dar para poder mantê-la”.

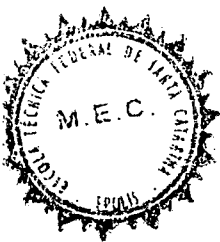
Então, bem-vindo! Estamos contentes que você conseguiu chegar aqui, e esperamos que decida ficar. É importante você saber que vai ouvir falar em Deus nas reuniões de NA. Nós nos referimos a um Poder maior do que nós, que torna possível o que parece impossível. Nós encontramos esse Poder aqui em NA, no programa, nas reuniões e nas pessoas. Este é o princípio espiritual que tem funcionado para vivermos livres das drogas, um dia de cada vez: e quando um dia for tempo demais, então que sejam cinco

### *As Doze Tradições de Alcoólicos Anônimos – A A*

- 1ª - Nosso bem estar comum deve estar em primeiro lugar, a reabilitação individual depende da unidade de A.A.*
- 2ª - Somente uma autoridade preside, em última análise, ao nosso propósito comum – um Deus amantíssimo que se manifesta em nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; não tem poderes para governar.*
- 3ª - Para ser membro de A.A., o único requisito é o desejo de abandonar a bebida.*
- 4ª - Cada grupo deve ser autônomo, salvo em assuntos que digam respeito a outros grupos de A.A. em seu conjunto.*
- 5ª - Cada grupo é animado de um único propósito primordial – o de transmitir sua mensagem ao alcoólatra que ainda sofre.*
- 6ª - Nenhum grupo de A.A. deverá jamais sancionar, financiar, ou emprestar o nome de A.A. a qualquer sociedade parecida ou empréstimo alheio a Irmandade, a fim de que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos afastem do nosso objetivo primordial.*
- 7ª - Todos os grupos de A.A. deverão ser absolutamente auto-suficientes, rejeitando quaisquer doação de fora.*
- 8ª - Alcoólicos Anônimos deverá manter-se sempre não-profissional, embora nossos centros de serviços possam contratar funcionários especializados.*
- 9ª - A.A. jamais deverá organizar-se como tal, podemos porém, criar juntas ou comitês de serviços diretamente responsáveis perante aqueles a quem prestam serviços.*
- 10ª - Alcoólicos Anônimos não opina sobre questões alheias à Irmandade; portanto, o nome de A.A. jamais deverá aparecer em controvérsias públicas.*
- 11ª - Nossas relações em público baseiam-se na atração em vez da promoção, cabe-nos sempre preservar o anonimato pessoal na imprensa, no rádio e em filmes.*
- 12ª - O anonimato é o alicerce espiritual das nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades.*

## ANEXO 4



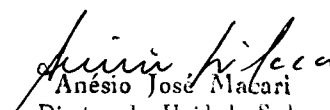


**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Gabinete da Unidade de Florianópolis**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a  
aluna **Angela W. H. Campos**, compareceu na reunião do **GRUPO**  
**DE ESTUDOS SOBRE ALCOOL E OUTRAS DROGAS -**  
**ETFSC** no dia 09/11/99 .

Florianópolis, 18 de Novembro de 1999.

  
Anésio José Macari  
Diretor da Unidade Sede  
Port. n.º. 441 de 22/09/99

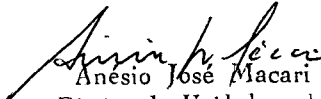


**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**ESCOLA TÉCNICA FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**Gabinete da Unidade de Florianópolis**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a aluna **Angela R. Batisttin**, compareceu na reunião do **GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ALCOOL E OUTRAS DROGAS - ETFSC** nos dias 26/10/99 e 09/11/99 .

Florianópolis, 18 de Novembro de 1999.

  
Anésio José Macari  
Diretor da Unidade de  
Port. n.º 441 de 22/09/99

## **USO INDEVIDO DE DROGAS: TRATAMENTO DAS ADICÇÕES ATRAVÉS DE GRUPOS DE AJUDA MÚTUA**

Uma das características de nossa sociedade moderna é a pouca ou quase nenhuma tolerância à dor e à frustração. As pessoas buscam desenfreadamente um bem-estar que nem sempre é possível naturalmente. Para tanto, recorrem-se muitas vezes à uma via química que garanta o prazer imediato ou a fuga de situações estressantes. Os medicamentos e drogas alucinógenas e psicoestimulantes naturais ou sintetizadas que possuem a propriedade de produzir alteração de consciência são chamados drogas psicotrópicas. (Graeff, 1989, p. xi)

Existem drogas deste tipo que são lícitas (são vendidas normalmente ou prescritas por médicos) e outras que são ilícitas (possuem severos efeitos nocivos à saúde e à sociedade, além de serem proibidas legalmente de serem comercializadas). Sabemos desde a antiguidade que uma mesma droga que cura é a mesma que pode matar, dependendo da dosagem que é utilizada. Então, um dos problemas relacionados à droga ocorre quando o uso é indevido. Hoje já nem se fala em droga lícita ou ilícita, mas em uso indevido de drogas.

Entretanto, o que parecia ser a saída para situações difíceis, estressantes ou frustrantes, pode levar a uma vida de pesadelos, perdas afetivas e financeiras, prejuízos físicos ou psicológicos, entre outras complicações que surgem com o abuso destas substâncias. E quando a pessoa se der conta de que está afundando mais e mais no poço a que as drogas conduzem, não será tão fácil reverter a situação, pois está comprometido física e psicologicamente às substâncias da droga, ou seja, está dependente.

Das pessoas que experimentam em algum momento da vida alguma droga psicotrópica, apenas uma parcela torna-se dependente. De acordo com Graeff, “o fato de que apenas uma parcela da população exposta às drogas se torne dependente destaca a importância dos fatores psicológicos individuais no desenvolvimento da dependência.”(1989, p.102). Infelizmente, na sociedade em que vivemos o problema do abuso de drogas é cada vez maior e os usuários cada vez mais jovens.

Uma pesquisa da Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Desporto do Estado de Santa Catarina realizada em 1993 sobre o uso de drogas nas instituições de Ensino de 1º e 2º graus revela que 17% dos estudantes já experimentaram algum tipo de droga, sendo que nesta questão não foi incluído o cigarro e o álcool. Quando questionados sobre o uso de álcool, constatou-se que 84% dos alunos do turno diurno e 93% dos alunos do turno noturno já consumiram álcool alguma vez na vida. Dos 21 municípios pesquisados, observou-se que o percentual de estudantes que já usaram maconha, cocaína e solventes é bem maior em Florianópolis do que nos outros municípios.

Foi preocupados com esta situação que servidores da Escola Técnica Federal de Santa Catarina - ETF/SC - formaram o Grupo Educar, que trabalha as questões da sexualidade e das drogas na Adolescência. A problemática das drogas, mais especificamente, é tratada por um subgrupo: o Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas - GEAD-ETF/SC. Trata-se de um grupo aberto e de ajuda mútua que funciona através de reuniões semanais (todas as terças-feiras, das 16:30 às 19:00 horas) desde 05/set/1995. O grupo é multidisciplinar: participam duas assistentes sociais, uma enfermeira, uma psicóloga e uma estudante de Psicologia, além de adictos<sup>1</sup> em recuperação e familiares. As pessoas atendidas são provenientes da comunidade em geral, não só da comunidade escolar.

Não há uma pesquisa que aponte a atual situação da ETF/SC em relação ao uso indevido de drogas por parte dos seus alunos. Entretanto, sabemos que este problema é parte da realidade da Escola, assim como da sociedade em que vivemos. Podemos

ilustrar este quadro com alguns dados assistemáticos que nos chegam ao Grupo Educar. Muitos alunos procuram o posto médico solicitando remédios para dor de cabeça e percebe-se que em alguns casos isto é decorrente do uso ou da falta da droga (abstinência); outros alunos são encaminhados pelos professores ao Grupo Educar pelo mau desempenho em sala de aula decorrente do possível uso de drogas; há estudantes que consomem bebidas alcóolicas nas proximidades da Escola, e ainda o Grupo Educar é procurado por pais que se preocupam com o “comportamento estranho” dos filhos, do seu desinteresse pelos estudos ou por fazerem parte de uma turma de amigos em que se usem drogas.

O grupo considera que a etiologia da drogadição, assim como do alcoolismo, é multifatorial, que variáveis internas (do indivíduo) e externas (do meio em que vive) contribuem para o desenvolvimento do problema. Sendo, portanto, um problema bio-psico-social, procura-se conceber o modelo de doença interagindo com o modelo de aprendizagem social.

Um aspecto interessante da filosofia deste grupo é não fazer apologia à droga e sim à saúde, é não dar ênfase aos prejuízos causados pela droga (que pode levar anos a se manifestarem) e sim aos benefícios da vida saudável, sem droga. Pretende-se não incitar a curiosidade pela droga (p. ex.: através de campanhas aversivas) nos adolescentes, mas incentivá-los a procurar os prazeres da vida sem artificios.

O uso indevido de drogas é antes de mais nada um sintoma do caos social em que vivemos. Quando uma pessoa começa a conseguir viver sem a droga que era dependente, esbarra com os seus problemas primeiros, que podem ser de ordem social, emocional, de relacionamentos, etc. Portanto, não resolve ser reducionista e querer achar que retirando a droga ou substituindo-a por outra, soluciona-se o problema. É preciso ver o ser humano como um todo e não fragmentado.

É comum uma pessoa estar tentando parar de usar cocaína e o médico lhe receitar Prozac: o adicto não tolera o mal-estar de ficar sem a droga perante as situações reais de vida e o médico não dá ao adicto a chance de entrar em contato com o que

ele nunca aprendeu a lidar muito bem - o lado emocional. Sem contar que a droga que substituiu a primeira, geralmente também gera dependência, e isto não resolve o problema a longo prazo.

Este é um dos fatores que reforçam a importância de estar participando de Grupos de Prevenção da Recaída ou Psicoterapia de Grupo. O grupo é o espaço onde o adicto em recuperação pode colocar suas angústias e receber feed-backs dos que já passaram pela mesma situação e também de profissionais especializados e num trabalho integrado. "A terapia de grupo promove o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais e do apoio mútuo entre os pacientes; isso pode ser especialmente útil na medida em que muitos deles decidem cortar o contato com seus antigos companheiros de bebida e droga."(Edwards & Dare, 1997, p.191).

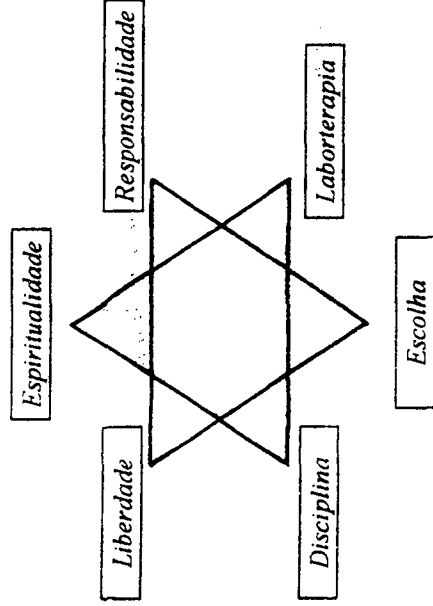
Sabemos que este é um trabalho que para obter sucesso, passa por um processo de conscientização e mudanças sociais, e isto só ocorre muito devagar. Temos em mente que é um processo a longo prazo, mas é preciso persistência. E num trabalho em que é comum muitas frustrações (só dá resultado se a pessoa quiser ajuda), cada caso em que inicia-se a recuperação é visto com muito entusiasmo e precioso retorno. Além de que, as instituições ou empresas em geral esperam ação e produção imediata, e quando se trabalha com pessoas, não se pode calcular resultados ou esperar que as pessoas mudem isoladamente em relação ao social, que na maioria das vezes nem permite a cidadania.

## ANEXO 5

# MODELO de Assistência

Nosso programa fundamenta-se em seis princípios básicos, em harmonia, que são:

**Espiritualidade - Disciplina - Laborterapia  
Liberdade - Responsabilidade - Escolha**



Acreditamos que o dependente químico deve ser tratado com igualdade de direitos e deveres; que ao viver em um ambiente em harmonia, o retorno será de respeito, tolerância, amizade e amor.

Hoje, convivem, harmonicamente, no Hospital Santa Teresa:

- ◆ 66 pacientes Hansenianos;
- ◆ 50 pacientes com Transtornos Mentais; e
- ◆ 25 pacientes com Dependência Química.

Nós acreditamos que é possível oferecer Serviço Público de qualidade. Nesta proposta estamos contribuindo para mostrar o contrário!

*Ser público também é qualidade!*

# Equipe Técnica

- **Dr. Ari Bertoldo Sell** - Psiquiatra
- **Enf. Edison José Miranda** - Coordenador
- **Marcelo Bonacin** - Terapeuta Ocupacional
- **Flávio Luiz Cordeiro, Jackson Eufrásio, José Albino Filho, João Adelino de Souza Rogério Hoerich**
- **Maria Zenilda Stein Toldo** - Enfermagem
- **Wulphrano Macêdo Neto** - Psicólogo
- **Angela Denise Beckhausen** - Psicóloga

# Serviços Auxiliares

- Clínica Médica
- Dermatologia
- Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestivo

Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
**Hospital Santa Teresa**

**Centro de Convivência e  
Recuperação da Saúde de  
Dependentes Químicos  
(CECRED)**

# Hospital Santa Teresa

**Endereço:** Rua Antônio José Raulino, s/n.º  
Bairro: Santa Teresa  
São Pedro de Alcântara - Santa Catarina  
CEP: 88.125 - 000  
**Telefone/Fax:** (048) 378 - 0088 e 378 - 0118

**São Pedro de Alcântara**



# Antiga Colônia Santa Teresa

O Hospital Santa Teresa foi inaugurado em 11 de março de 1940, com a finalidade de abrigar os portadores de Hanseníase de todo o Estado de Santa Catarina, chegando a manter cerca de 600 pacientes.

Construída no formato de uma minicidade, seguiu o modelo usado na época em todo o Brasil para separar da sociedade os então chamados leprosos. Havia moeda própria, cadeia, prefeito, cinema, teatro e rádio.

A liberdade só veio com a evolução do tratamento da Hanseníase, que em 1989, com a Poliquimioterapia, aboliu a internação e passou a ser tratada em ambulatório.

Decorridos 59 anos, o perfil da instituição mudou. Criado com o objetivo de servir ao povo catarinense, o Hospital Santa Teresa quer continuar cumprindo esta missão. Somos, hoje, uma instituição que quer se modernizar, buscando a qualidade de seus serviços, gerando a satisfação dos usuários e funcionários.

Nossa maior meta é redefinir os serviços que podemos prestar à comunidade, certamente sem deixar de atender à clientela já interna.

Buscando alternativas para ocupar o espaço ocioso, implantamos um novo serviço com características diferentes das existentes no Estado: um Centro de Convivência e Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos.

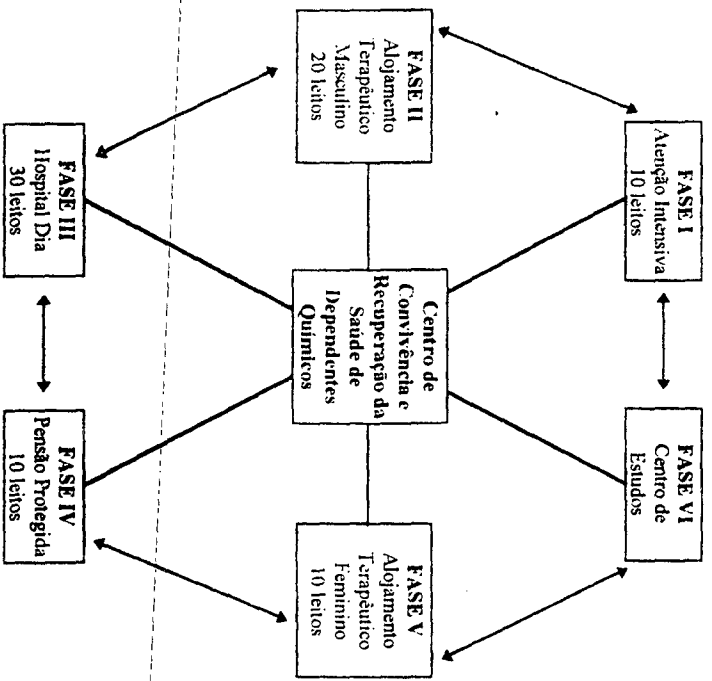
Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos.

# Cecred - Centro de Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos

A Dependência Química precisa ser abordada de forma direta. Hoje, o uso de drogas lícitas ou ilícitas está batendo às nossas portas e a sociedade cobra ações mais efetivas dos serviços públicos, especialmente os da Saúde.

O Centro de Convivência e Recuperação da Saúde de Dependentes Químicos foi inaugurado em Agosto de 1998, no Hospital Santa Teresa, contando com 25 (vinte e cinco) leitos, distribuídos em dois casarões.

## Fases do Projeto



Contamos com as fases I (Atenção Intensiva) e II (Alojamento Terapêutico) implantados e a fase VI (Centro de Estudos) em implantação.

O Serviço conta com 25 vagas e o Programa é desenvolvido em um período de 90 (noventa) dias, sendo a adesão ao programa voluntária, onde o cliente já assina sua alta no momento da internação.

Após 40 (quarenta) dias de permanência no programa, sai de licença em finais de semana alternados, para passar com familiares.

A participação nos grupos terapêuticos é facultativa.

## **Regimento Interno do CECRED**

1. Não fumar no interior de qualquer dependência do Cecred. Fumar somente nas áreas externas e varandas.
2. Todos devem arrumar seu quarto diariamente pela manhã.
3. Os horários de atividades devem ser respeitados. Daremos tolerância de 10 minutos no máximo e, após isto, não poderá participar do grupo.
4. Respeitar o sossego dos pacientes. Evitando gritos, batidas, aparelho de som e rádios. Manter silêncio absoluto após as 22:00 h.
5. Usar vestimentas adequadas nas dependências do hospital.

## **Observações Importantes**

- I. Casos de agressão física (brigas), os envolvidos receberão alta.
- II. Troca de roupas de cama e banho serão: quinta-feira e domingo, pela manhã.
- III. Horário das Refeições:
  - café da manhã: 07:30h
  - almoço: 12:00 h
  - lanche da tarde: 15:30 h
  - jantar: 19:00 h
  - lanche da noite: até 22:00 h

**Programa das Atividades do CECRED**

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
7:00 h	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar
7:30 h	Café	Café	Café	Café	Café	Café	Café
	Arrumar quarto	Arrumar quarto	Arrumar quarto	Arrumar quarto	Arrumar quarto	Arrumar quarto	Arrumar quarto
8:30 - 9:30 h	Grupo Matinal	Grupo Matinal	Grupo Matinal	Grupo Matinal	Grupo Matinal	Laborterapia	Livre/visitas/TV
9:30 - 10:30 h	Grupo Dr. Ari	Laborterapia	Grupo Sentimento	Laborterapia	Grupo Ajuda	Laborterapia	Livre/visitas/TV
10:30 - 11:30h	Laborterapia	Laborterapia	Grupo Sentimento	Laborterapia	Grupo Ajuda	Laborterapia	Livre/visitas/TV
12:00 h	Almoço		Almoço		Almoço		Almoço
12:00-13:30h	Livre	TV	Repouso	Livre	TV	Repouso	Livre
13:30 - 15:30h	T. O	T. O	Laborterapia	T. O	Laborterapia	Laborterapia	Livre/visitas/TV
			Visita				
15:30h	Café		Café		Café		Café
16:00-17:30h	Laborterapia	Laborterapia	Laborterapia	Laborterapia	Laborterapia	Laborterapia	Grupo AA
17:30-18:30h	Laborterapia	Recreação	Laborterapia	Recreação	Laborterapia	Laborterapia	Livre/visitas/TV
19:00 h	Jantar		Jantar		Jantar		Jantar
19:00-22:00h	Livre TV	Livre TV	Livre TV	Livre TV	Livre TV	Livre TV	Livre TV
22:00 h	Lanche		Lanche		Lanche		Lanche




**VISITA AO CECRED, COM ALUNAS ORIENTADOR E ENFERMEIROS.**

## ANEXO 6

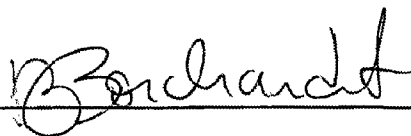
## **CERTIFICADO**

Certifico para os devidos fins que a acadêmica **ANGÊLA WENER HUBER DE CAMPOS**, participou e acompanhou às atividades realizadas, com duração de quatro horas, no **CENTRO DE ATENDIMENTO PSCOSSOCIAL- CAPS**, no dia vinte e nove de outubro de 1999.

  
\_\_\_\_\_

## CERTIFICADO

Certifico para os devidos fins que a acadêmica **ANGÊLA BATISTTIN**, participou e acompanhou às atividades realizadas, com duração de quatro horas, no **CENTRO DE ATENDIMENTO PSCOSSOCIAL- CAPS**, no dia vinte e nove de outubro de 1999.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Bordrandt', is written above a solid horizontal line.

## ANEXO 7



## A JORNADA DO ALCOOLISMO À MONTANHA DA LIBERDADE

### PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Ao tomar uma **decisão de parar de beber**, você deu o primeiro passo de uma jornada que leva a uma maior liberdade, maior auto-estima e uma vida mais saudável e gratificante

Para que uma viagem tenha sucesso é fundamental que haja um **motivo** para realizá-la, um **objetivo** e um **compromisso** de ingressar na viagem.

Ao firmar o compromisso de parar de beber ; você indicou a sua **força de vontade** de mudar e que será tão intensa quanto à motivação que o levou a tomar tal decisão. Mas, em si mesmo, o compromisso não pode transportá-lo instantaneamente ao destino final de sua jornada. **Você deve, realmente, assumir a jornada para mudar por conta própria.** Um programa de prevenção de recaída ( **PR** ) objetiva ajudá-lo a fazer a jornada; o programa de **PR** é como um guia que você contratou para ajudá-lo, oferecendo mapas e auxílio de navegação, assim como apontando os perigos e armadilhas ao longo do caminho, enfim, proporcionando-lhe meios de orientar-se e tomar decisões adequadas no emaranhado caminho de saída da dependência.

A finalidade do programa é oferecer-lhe um meio de atingir esse objetivo; você tem a **vontade** ( por ter firmado o compromisso de abandonar o consumo de bebidas alcoólicas-drogas) e a **PR oferece o modo de alcançar seu objetivo**

## JORNADA DE MUDANÇA DE HÁBITOS

### PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Inúmeras pessoas que iniciam esta jornada de abandono da dependência cometem o erro de pensarem que sua vontade é tudo que precisam para alcançar o objetivo.

Isto faz tanto sentido quanto o explorador ingênuo que se lança em território desconhecido sem o auxílio de uma bússola, mapa ou outro equipamento essencial. Na maioria dos casos, tais viajantes inexperientes perdem-se no caminho ou descobrem-se incapazes de dar mais que alguns passos antes de ter de voltar à base.

Geralmente na primeira vez em que encontram sinais de problemas no caminho, descobrem que sua vontade não é suficiente para levá-los com sucesso ao objetivo proposto e a viagem acaba num fracasso total.

**Parar de beber ou usar drogas é uma jornada por si só, - na verdade uma imensa viagem !**

É um pouco como divorciar-se e mudar de cidade, neste caso, entretanto, você decidiu divorciar-se de uma antiga dependência : o alcoolismo-drogadição.

Após viver com os tragos por muitos anos na estrada do alcoolismo, você finalmente tomou a decisão de partir, de se lançar por conta própria em busca da vida saudável simbolizada pela paisagem verde e arejada da Montanha da Liberdade.

## JORNADA DE MUDANÇA DE HÁBITOS

### PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Embora você tenha sentimentos mistos em relação a deixar seus amigos da Estrada do Alcoolismo ( afinal, vocês passaram por poucas e boas juntos ), sente uma necessidade crescente por independência e liberdade, por sacudir as amarras, em vez de balançar o copo.

Mas, afinal de contas, o que você está deixando para trás?

A bebida com a qual viveu durante tanto tempo na Estrada do Alcoolismo está se tornando uma carga cada vez mais pesada; muito embora lhe pareça prometer amizades e relaxamento, você está consciente cada dia mais de que a bebida está lhe roubando algo - rouba sua força, seu tempo, seu dinheiro, freqüentemente seus amigos e a família e, eventualmente, exige sua própria vida.

Embora às vezes pareça que você tem a bebida sob controle nesta Estrada do Alcoolismo ( afinal, não é você que tem o controle ? ), você percebe, mais e mais, que está sob o controle dela - sente-se um prisioneiro, ficou "amarrado", incapaz de mover-se livremente por conta própria sem a presença e a proteção constante de seus tragos companheiros. É hora de escapar.

Enquanto você planeja sua fuga, você descobre que o único veículo que pode obter para sua jornada é uma bicicleta : para tornar as coisas piores, faz muito tempo que você andou de bicicleta pela última vez. O território à frente parece desconhecido e perigoso. As dúvidas enchem sua mente : "Será que conseguirei? E se eu me perder e fracassar? Acho que não vou conseguir sozinho", e assim por diante.

## **JORNADA DE MUDANÇA DE HÁBITOS**

### **PREVENÇÃO DA RECAÍDA**

Essas dúvidas são os precursores naturais de uma jornada importante, mas podem ser reduzidas, se estiver preparado com antecedência para a jornada - se tiver as ferramentas certas ( por exemplo, mapas, ferramentas de manutenção da bicicleta, vestuário adequado e suprimentos ) ; se você dominar as habilidades adequadas ( aprender a andar de bicicleta ) e se você tiver a atitude correta sobre a viagem ( saber que é realmente uma jornada com altos e baixos e se aventurar na estrada - e que levará algum tempo para alcançar o seu destino ).

O programa de PR visa equipá-lo para a jornada ( oferecendo as ferramentas e habilidades necessárias ) para ajudarem a guiá-lo através dos estágios iniciais da viagem, não o deixa sozinho e por conta própria nos limites da Estrada do Alcoolismo.

É uma jornada que terá de ser feita, cedo ou tarde, se quisermos alcançar as verdes florestas e céus claros da Montanha da Liberdade.

## JORNADA DE MUDANÇA DE HÁBITOS

### PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Especificamente o programa **PR** consiste dos seguintes componentes com a finalidade de ajudá-lo em sua jornada :

1 – A **PR ensina-lhe estratégias** ( modos construtivos de pensar e se comportar ) para lidar com os problemas imediatos que aparecem nos estágios iniciais da viagem, especificamente lidar com a compulsão e a fissura.

2 - A **PR** lhe oferece mapas mostrando a **localização de várias situações de risco**, ao longo do caminho, que podem tirá-lo de seu curso oferecendo-lhe informações sobre desvios para que você evite essas situações ou, então, adquirindo as habilidades para lidar com elas eficazmente sem ceder ou desistir.

3 - A **PR** ajuda a guiá-lo através dos truques que nossas mentes às vezes nos pregam, **reconhecendo os sinais de alerta** que nos avisam sobre o perigo de uma recaída, incluindo os truques psicológicos de tomar **Decisões Aparentemente Irrelevantes ( DAIs)**. Mostra-lhe, também, como nossas mentes freqüentemente pregam truques, como negação, racionalização e projeção que aumentam o perigo de recaída e que podemos aprender a lidar com essas tentações internas.

## JORNADA DE MUDANÇA DE HÁBITOS

### PREVENÇÃO DA RECAÍDA

4 – A PR o ajudará a fazer importantes **mudanças em seu estilo de vida diário**, de modo que a gratificação que voce obtinha com o álcool é substituída por outras atividades mais gratificantes e não destrutivas

5 - A PR tem o objetivo fundamental de **evitar a recaída** através de uma vida plena de sobriedade, mas também o ajudará a **encarar a ocorrência de alguma recaída**, como um **tropeço** no meio do caminho, um **lapso**, mas que nem por isto você deva se considerar um fracassado ou um incapaz, "daqueles que não têm força de vontade" e, assim, afundar-se novamente na dependência. Você aprenderá a **buscar ajuda antes do barco naufragar, e não desistirá da sua caminhada.**

Tal como andar de bicicleta, algumas pessoas para aprender têm, infelizmente, que levar alguns tombos, mas nem por isso desistem.

Cada passo que você der na jornada aumentará sua confiança ou auto-eficácia e a sensação de poder lidar com a vida sem beber, enquanto vai rumo ao ar puro da montanha.



**CLÍNICA BELVEDERE**

Tratamento da dependência  
ao álcool e outras drogas.

**CERTIFICADO**

Certificamos que Amélia R. Batistim  
participou do VI SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS GRUPOS DE  
**PREVENÇÃO À RECAÍDA.**

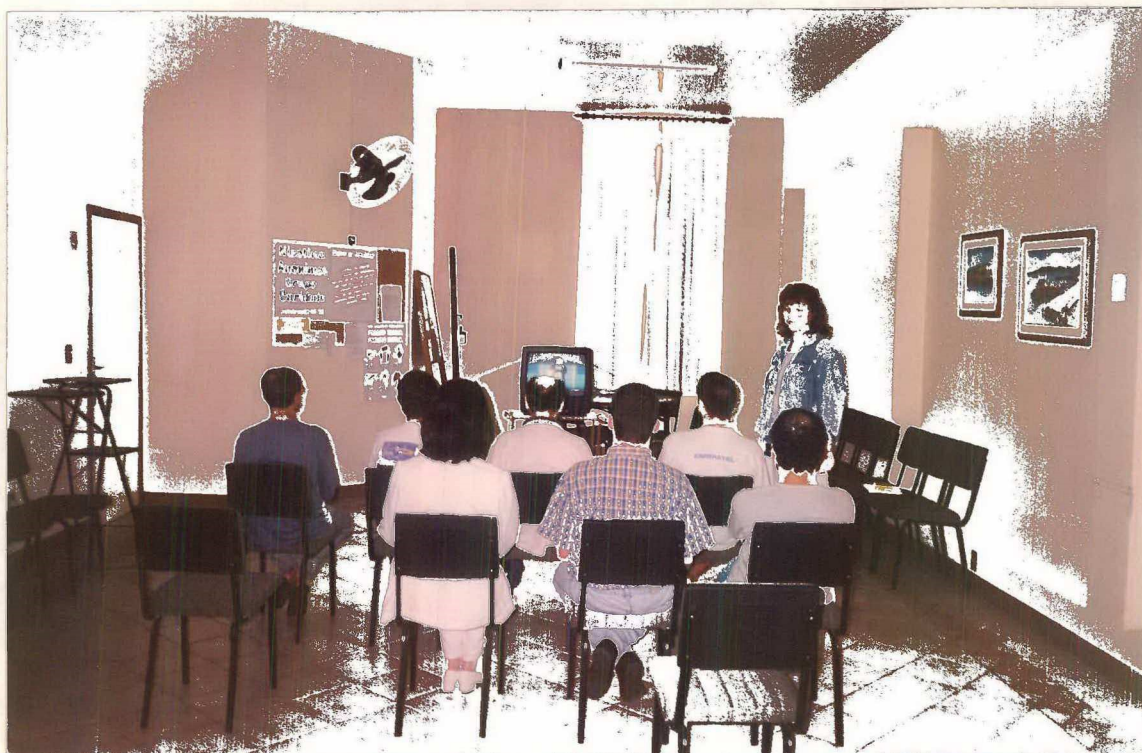
Florianópolis, 21 de outubro de 1999.

Dr. Marcos Zaleski  
Diretor Técnico

Paulo Roberto de Moura Ferro  
Consultor

Júlio César Vieira de Castro  
Comissão Organizadora





**DINÂMICA DE GRUPO NA CLÍNICA BELVEDERE**



**ALUNAS E PROFISSIONAIS DA CLÍNICA BELVEDERE NO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS GRUPOS DE PREVENÇÃO À RECAÍDA**





**ALUNAS COM O ORIENTADOR E A SUPERVISORA DA CLÍNICA BELVEDERE**



**CONFRATERNIZAÇÃO COM FUNCIONÁRIOS DA CLÍNICA BELVEDERE**

## ANEXO 8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 PRÓ REITORIA DE ASSUNTOS DA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS - SANPS

**PLANO TERAPÊUTICO DO SANPS**

NOME.....  
 ENDEREÇO .....  
 TELEFONE PARA CONTATO .....  
 DATA DE NASCIMENTO ..... SEXO .....  
 ESCOLARIDADE ..... PROFISSÃO .....  
 NOME DOS PAIS ( ADOTIVO  NATURAL  ).....  
 PAIS SEPARADOS ..... SIM  NÃO...   
 QUAL A SUA IDADE NA SEPARAÇÃO DE SEUS PAIS .....  
 TIPO DE MORADIA .....  
 ESTADO CIVIL ..... RESIDE COM .....  
 INGRESSO NO GAM ..... AFASTAMENTO.....  
 COMO TOMOU CONHECIMENTO DO GAM.....  
 QUE IDADE COMEÇOU A USAR ALCOOL/DROGAS..... QUAL A PRIMEIRA.....  
 QUAIS AS DROGAS QUE USA/USOU E COM QUE FREQUÊNCIA .....  
 .....  
 .....

**PLANO TERAPÊUTICO**

1º MOMENTO: Início ..... Conclusão .....

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
8,30HS/ 11,45 GAM	8,30HS/ 11,45 GAM		8,30HS/ 11,45 GAM	8,30HS/ 11,45 GAM
11,45/13,30 RU	11,45/13,30 RU		11,45/13,30 RU	11,45/13,30 RU
13,30/18,00 TD	13,30/18,00 TD	17,00/... GAEPD	13,30/16,00 TD 16,00/18,00 GEPAL	13,30/18,00 TD
18,00/----	18,00/----		18,00/----	18,00/----

## PLANO TERAPÊUTICO

2º MOMENTO: Início ..... Conclusão .....

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45
11,45/13,30	11,45/13,30	11,45/13,30	11,45/13,30	11,45/13,30
13,30/18,00	13,30/18,00	13,30/18,00	13,30/18,00	13,30/18,00
18,00/----	18,00/----	18,00/----	18,00/----	18,00/----

3º MOMENTO:

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45	8,30HS/ 11,45
11,45/13,30	11,45/13,30	11,45/13,30	11,45/13,30	11,45/13,30
13,30/18,00	13,30/18,00	13,30/18,00	13,30/18,00	13,30/18,00
18,00/----	18,00/----	18,00/----	18,00/----	18,00/----

Se você recair como devemos agir para lhe ajudar? .....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura





**ÂNGELA/ÂNGELA COM ENFERMEIRA LILIAN  
SUPERVISORA DO SANPS**



**ALUNAS COM ORIENTADOR, SUPERVISORA E  
COLABORADORES DO SANPS**





**CONFRATERNIZAÇÃO NO SANPS**



**ORIENTAÇÃO COM O PROFESSOR JONAS**

## ANEXO 9

## DINÂMICA DE GRUPO

### “O PAVÃO NA TERRA DOS PINGUINS”

Tempo: 50 minutos

Objetivo: Fazer o grupo refletir sobre a reintegração social, levando em consideração as diferenças individuais de cada ser humano.

Execução:

- 1- Explicar como será a dinâmica e o seu tempo de duração.
- 2-Passar a fita de vídeo “O Pavão na Terra dos Pinguins”.
- 3- Deixar o grupo se identificar com os personagens do desenho.
- 4- Deixar o grupo debater como poderá ser sua volta para o meio social.
- 5- Encerrar a dinâmica falando sobre a diversidade do ser humano, e suas conquistas pessoais.



## **DINÂMICA DE GRUPO**

### **“AS DEZ PRIORIDADES”**

Tempo de duração: 50 minutos

Objetivo: Esta dinâmica visa fazer cada membro do grupo refletir sobre as prioridades de sua vida. Quais são, se está vivendo de conformidade com suas prioridades etc...

Execução:

Os passos para a realização da dinâmica são os seguintes:

- 1- Entregar lápis e papel a cada membro do grupo.
- 2- Explicar a dinâmica do grupo.
- 3- Cada membro do grupo deve escrever em ordem de prioridade as 10 (dez) coisas mais importantes de sua vida. (Tempo: 10 minutos)
- 4- Cada membro lê suas prioridades. (Tempo: 10 minutos)
- 5- Separar o grupo em dois e cada sub grupo deve criar por ordem de prioridades as coisas mais importantes para o grupo. (Tempo: 10 minutos)
- 6- Comparar os dois grupos as ordens de prioridades. (Tempo: 10 minutos)
- 7- Fazer em forma de discussão com o grande grupo, como cada participante se sentiu durante a dinâmica, como foram escolhidas as prioridades do grupo, como se sentiu quem teve suas prioridades preteridas por outras e, quem teve suas prioridades escolhidas. (Tempo: 10 minutos)
- 8- Deixar que cada membro do grupo fale sobre suas prioridades. Se está vivendo de conformidade com suas prioridades, o que pretende fazer para alcançar suas prioridades ou viver de conformidade com elas. (Tempo: 10 minutos)

## O SÁBIO CHINÊS

Era uma vez, numa terra distante, um sábio chinês e seu discípulo.

Certo dia, em suas andanças, avistaram ao longe um casebre.

Ao aproximarem-se, notaram que, a despeito da extrema pobreza do lugar, a casinha era habitada.

Naquela árca desolada, sem plantações nem árvores, viviam um homem, uma mulher, seus três filhos pequenos e uma vaquinha magra e cansada. Com fome e sede, o sábio e o discípulo pediram abrigo por algumas horas.

Foram bem recebidos.

A certa altura, enquanto se alimentava, o sábio perguntou:

- Este é um lugar pobre, longe de tudo, como vocês sobrevivem?

- O senhor vê aquela vaca? Dela tiramos o nosso sustento - disse o chefe da família. - Ela nos dá o leite, que bebemos e também transformamos em queijo e coalhada. Quando sobra, vamos à cidade e trocamos o leite e o queijo por outros alimentos. É assim que vivemos.

O sábio agradeceu a hospitalidade e partiu.

Nem bem fez a primeira curva da estrada, disse ao discípulo:

- Volte lá, pegue a vaquinha, leve-a ao precipício ali em frente e atire-a lá pra baixo.

O discípulo não acreditou.

- Não posso fazer isto mestre! Como pode ser tão ingrato? A vaquinha é tudo o que eles têm. Se eu jogá-la no precipício, eles não vão como sobreviver. Sem a vaca, eles morrem!

O sábio, como costuma nos sábios chineses, apenas respirou fundo e repetiu a ordem:

- Vá lá e empurre a vaca no precipício.

Indignado porém resignado, o discípulo voltou ao casebre e, sorrateiramente, conduziu o animal até a beira do abismo e empurrou. a vaca, previsivelmente, espatulou-se lá embaixo.

Alguns anos se passaram e durante esse tempo o remorso nunca abandonou o discípulo. Num certo dia de primavera, moribundo pela culpa, abandonou o sábio e resolveu voltar àquele lugar. Queria ver o que tinha acontecido com a família, ajudá-la, pedir desculpas, reparar seu erro de alguma maneira.

Após fazer a curva da estrada, não acreditou no que seus olhos viram. No lugar do casebre desmazelado havia um sítio maravilhoso, com muitas árvores, piscina, carro importado na garagem, antena parabólica. Perto da churrasqueira, estavam três adolescentes robustos, comemorando com os pais a conquista do primeiro milhão de dólares.

O coração do discípulo gelou.

O que teria acontecido com a família?

Décerto, vencido pela fome, foram obrigados a vender o terreno e ir embora. Nesse momento, pensou o aprendiz, devem estar raendigando pela cidade.

Aproximou-se e perguntou a um homem que parecia ser o caseiro:

- Você sabe onde está a família que morava aqui em um casebre?

- Claro que sei. Você está olhando para ela - disse o caseiro, apontando as pessoas ao redor da churrasqueira. Incrédulo, o discípulo afastou o portão, deu alguns passos e, chegando perto da piscina, reconheceu o mesmo homem de antes, só que mais forte e ativo, a mulher mais feliz, as crianças, que haviam se tornado adolescentes saudáveis.

Espantado, dirigiu-se ao homem e disse:

- Mas o que aconteceu? Eu estive aqui com meu mestre uns anos atrás e este lugar era miserável, não havia nada. O que o senhor fez para melhorar de vida em tão pouco tempo?

O homem olhou para o discípulo, sorriu e respondeu:

- Nós tínhamos uma vaquinha, de onde tirávamos nosso sustento. Era tudo o que possuíamos, mas um dia ela caiu no precipício e morreu. Para sobreviver, tivemos que fazer outras coisas, desenvolver habilidades que nem sabíamos que tínhamos.

E foi assim, buscando novas soluções, que hoje estamos muito melhores que antes".

*As vezes é preciso perder para ganhar mais aillunte.  
ou, é da adversidade que vêm as melhores idéias!!!*

## 11º ENCONTRO A LIÇÃO DOS GANSOS

*Ninguém é, sem ter se feito assim.*  
Kierkegaard

- Objetivo:** Vivenciar o espírito de grupo.
- Disposição no espaço:** Cinco equipes.
- Recursos:** Textos em anexo.

Enumere, em voz alta, o grupo de 1 a 5, recomeçando a contagem até que todos tenham recebido numeração. Você irá formar cinco equipes, assim: A equipe "A" será composta por todos os que receberam o número 1; a equipe "B", pelos que receberam o número 2; e assim sucessivamente.

Equipes formadas, distribua cópias do texto "A lição dos gansos" para todos os componentes do grupo. As equipes deverão, em dez minutos, refletir acerca das lições que podem ser extraídas de cada item assinalado no texto e registrá-las nas linhas em branco. Peça que busquem estabelecer associações de cada item com as relações humanas. A equipe deverá, também, chegar a um consenso e entregar uma das folhas que significará a opinião coletiva.

Feito isso, escolha algumas e leia-as para o público. Depois, distribua o texto já com as analogias feitas (apresentado também mais adiante) e peça leitura em voz alta. Solicite que estabeleçam relações consigo mesmos. Até que ponto buscam a mesma direção, quando em grupo? Que tipos de relacionamento estabelecem com os que os lideram?

Verbalize a experiência com o grupo. Avise que a atividade proposta para o próximo Encontro será realizada com todos descalços. É importante alertar que se preparem para tirar os calçados ou que já venham de sandálias. Não foram raras as vezes em que obtive recusa de participantes em retirar o sapato, descobrindo, após o Encontro, que isso se deu por motivos como uma meia furada, unhas mal cuidadas ou higiene dos pés. Encerre o 11º Encontro.

- Material para o 11º Encontro**

### A LIÇÃO DOS GANSOS

No outono, quando se vê bandos de gansos voando rumo ao sul, formando um grande "V" no céu, indaga-se o que a ciência já descobriu sobre o porquê de voarem desta forma. Sabe-se que quando cada ave bate as asas, move o ar para cima, ajudando a sustentar a ave imediatamente atrás. Ao voar em forma de "V", o bando se beneficia de pelo menos 71% a mais de força de vôo do que uma ave voando sozinha.

.....  
.....  
.....  
.....

Sempre que um ganso sai do bando, sente subitamente o esforço e a resistência necessários para continuar voando sozinho. Rapidamente, ele entra outra vez em formação para aproveitar o deslocamento de ar provocado pela ave que voa imediatamente à sua frente.

.....  
.....  
.....  
.....

Quando o ganso líder se cansa, ele muda de posição dentro da formação e outro ganso assume a liderança.

.....  
.....  
.....  
.....

Os gansos de trás gritam, encorajando os da frente para que mantenham a velocidade.

.....  
.....  
.....  
.....

Finalmente, quando um ganso fica doente, ou ferido por um tiro e cai, dois gansos saem da formação e o acompanham para ajudá-lo e protegê-lo. Ficam com ele até que consiga voar novamente, ou até que morra. Só então levantam vôo sozinhos ou em outra formação a fim de alcançar seu bando.

.....  
.....  
.....  
.....

#### Material para o 11º Encontro

---

### A LIÇÃO DOS GANSOS

No outono, quando se vê bandos de gansos voando rumo ao sul, formando um grande "V" no céu, indaga-se o que a ciência já descobriu sobre o porquê de voarem desta forma. Sabe-se que quando cada ave bate as asas, move o ar para cima, ajudando a sustentar a ave imediatamente atrás. Ao voar em forma de "V", o bando se beneficia de pelo menos 71% a mais de força de vôo do que uma ave voando sozinha.

*Pessoas que têm a mesma direção e sentido de comunidade podem atingir seus objetivos de forma mais rápida e fácil, pois viajam beneficiando-se de impulso mútuo.*

Sempre que um ganso sai do bando, sente subitamente o esforço e a resistência necessários para continuar voando sozinho. Rapidamente, ele entra outra vez em formação para aproveitar o deslocamento de ar provocado pela ave que voa imediatamente à sua frente.

*Se tivéssemos o mesmo sentido dos gansos, manter-nos-íamos em formação com os que lideram o caminho para onde também desejamos seguir.*

Quando o ganso líder se cansa, ele muda de posição dentro da formação e outro ganso assume a liderança.

*Vale a pena nos revezarmos em tarefas difíceis, e isto serve tanto para as pessoas quanto para os gansos que voam rumo ao sul.*

Os gansos atrás gritam, encorajando os da frente para que mantenham a velocidade.

*Que mensagem passamos quando gritamos atrás?*

Finalmente, quando um ganso fica doente, ou ferido por um tiro e cai, dois gansos saem da formação e o acompanham para ajudá-lo e protegê-lo. Ficam com ele até que consiga voar novamente, ou até que morra. Só então levantam vôo sozinhos ou em outra formação a fim de alcançar seu bando.

*Se tivéssemos o sentido dos gansos, também ficaríamos um ao lado do outro.*

---

## 27º ENCONTRO O CASO DE MIGUEL

*O rio atinge seus objetivos, porque  
aprendeu a contornar obstáculos.*  
Quo Vadis

- Objetivo:** Demonstrar o modo de julgar e avaliar.
- Disposição no espaço:** Cinco equipes.
- Recursos:** Textos em anexo.

Não são raras as vezes em que nós mesmos nos assustamos com nossa permanente capacidade de julgamento. Na verdade, vivemos julgando pessoas e coisas. Vivemos mensurando e avaliando tudo o que encontramos pela frente, como um radar atento. Não raro, também, equivocamo-nos escandalosamente.

Que efeito esta nossa faceta produz sobre o grupo no qual convivemos? Sobre qual base lógica nos situamos para proceder a estes juízos e a estas aferições? É a lógica que nos torna capazes de organizar nossas idéias a ponto de enxergarmos com maior clareza determinadas situações. O sociólogo David William Carraher defende que para pensarmos criticamente é necessário sermos perspicazes, enxergarmos além das superfícies, questionarmos onde não há perguntas já formuladas e ver prismas que os outros não vêem.

Divida o grupo em cinco equipes e distribua entre elas os cinco textos apresentados logo adiante. Estabeleça um prazo de dez minutos. Nesse período cada equipe terá a tarefa de julgar ou avaliar o comportamento de um certo Miguel, observado em diferentes momentos de um dia e descrito nos textos. Acompanharão o comportamento de Miguel por meio dos relatos de sua mãe, da faxineira, do zelador do edifício, do motorista de táxi e do garçom da boate que ele frequenta.

Encerrado esse prazo, proponha que as equipes, uma a uma, façam o seu relato descrevendo como perceberam Miguel. Havendo predisposição para uma rápida discussão após os relatos, torna-se interessante fazê-la. Depois disso, requisite atenção de todos para que você leia o relato do próprio Miguel sobre o que ocorreu naquele dia.

Proponha discussão acerca das observações feitas anteriormente pelas equipes, tendo por base os argumentos no parágrafo inicial desse Encontro. Esgotando-se 25 minutos, encerre a atividade.

- Material para o 27º Encontro**

### O CASO DE MIGUEL

#### RELATO Nº 1

#### De sua mãe

Miguel levantou-se correndo, não quis tomar café e nem ligou para o bolo que eu havia feito especialmente para ele. Só apanhou o maço de cigarros e a caixa de fósforos. Não quis colocar o cachecol que eu lhe dei. Disse que estava com pressa e reagiu com impaciência a meus pedidos para se alimentar e abrigar-se direito. Ele continua sendo uma criança que precisa de atendimento, pois não reconhece o que é bom para si mesmo.

Após esse relato, como a equipe percebe Miguel?

## RELATO Nº 2

### Do garçom da boate

Ontem à noite ele chegou aqui acompanhado de uma morena, bem bonita, por sinal, mas não deu a mínima bola para ela. Quando entrou uma loura, de vestido colante, ele me chamou e queria saber quem era ela. Como eu não conhecia, ele não teve dúvidas: levantou-se e foi à mesa falar com ela. Eu disfarcei, mas só pude ouvir que ele marcava um encontro, às 9 da manhã, bem nas barbas do acompanhante dela. Sujeito peitudo! Após esse relato, como a equipe percebe Miguel?

## RELATO Nº 3

### Do motorista de táxi

Hoje de manhã, apanhei um sujeito e não fui com a cara dele. Estava de cara amarrada, seco, não queria saber de conversa. Tentei falar sobre futebol, política, sobre o trânsito e ele sempre me mandava calar a boca, dizendo que precisava se concentrar. Desconfio que ele é daqueles que o pessoal chama de subversivo, desses que a polícia anda procurando ou desses que assaltam motorista de táxi. Aposto que anda armado. Fiquei louco para me livrar dele.

Após esse relato, como a equipe percebe Miguel?

## RELATO Nº 4

### Do zelador do edifício

Esse Miguel, ele não é certo da bola, não! Às vezes cumprimenta, às vezes finge que não vê ninguém. As conversas dele a gente não entende. É parecido com um parente meu que enloqueceu. Hoje de manhã, ele chegou falando sozinho. Eu dei bom dia e ele me olhou com um olhar estranho e disse que tudo no mundo era relativo, que as palavras não eram iguais para todos, nem as pessoas. Deu um puxão na minha gola e apontou para uma senhora que passava. Disse, também, que quando pintava um quadro, aquilo é que era a realidade. Dava risadas e mais risadas... Esse cara é um lunático!

Após esse relato, como você percebe Miguel?

## RELATO Nº 5

### Da faxineira

Ele anda sempre com um ar misterioso. Os quadros que ele pinta, a gente não entende. Quando ele chegou, na manhã de ontem, me olhou meio enviesado. Tive um pressentimento ruim, como se fosse acontecer alguma coisa ruim. Pouco depois chegou a moça loura. Ela me perguntou onde ele estava e eu disse. Daí a pouco ouvi ela gritar e acudi correndo. Abri a porta de supetão e ele estava com uma cara furiosa, olhando para ela cheio de ódio. Ela estava jogada no divã e no chão tinha uma faca. Eu saí gritando: Assassino! Assassino!

Após esse relato, como a equipe percebe Miguel?

## O CASO DE MIGUEL

Relato do próprio Miguel sobre o ocorrido nesse dia

Eu me dedico à pintura de corpo e alma. O resto não tem importância. Há meses que eu quero pintar uma Madona do século XX, mas não encontro uma modelo adequada,

que encarne a beleza, a pureza e o sofrimento que eu quero retratar. Na véspera daquele dia, uma amiga me telefonou dizendo que tinha encontrado a modelo que eu procurava e propôs nos encontrarmos na boate. Eu estava ansioso para vê-la. Quando ela chegou fiquei fascinado; era exatamente o que eu queria. Não tive dúvidas. Já que o garçom não a conhecia, fui até a mesa dela, me apresentei e pedi para ela posar para mim. Ela aceitou e marcamos um encontro no meu ateliê às 9 horas da manhã. Eu não dormi direito naquela noite. Me levantei ansioso, louco para começar o quadro, nem pude tomar café, de tão afobado.

No táxi, comecei a fazer um esboço, pensando nos ângulos da figura, no jogo de luz e sombra, na textura, nos matizes... Nem notei que o motorista falava comigo.

Quando entrei no edifício, eu falava baixinho. O zelador tinha falado comigo e eu nem tinha prestado atenção. Aí, eu perguntei: o que foi? E ele disse: bom-dia! Nada mais do que bom-dia. Ele não sabia o que aquele dia significava para mim. Sonhos, fantasias e aspirações... Tudo iria se tornar real, enfim, com a execução daquele quadro. Eu tentei explicar para ele que a verdade era relativa, que cada pessoa vê a outra à sua maneira. Ele me chamou de lunático. Eu dei uma risada e disse: está aí a prova do que eu disse. O lunático que você vê, não existe. Quando eu pude entrar, dei de cara com aquela velha mexeriqueira.

Entre no ateliê e comecei a preparar a tela e as tintas.

Foi quando ela chegou. Estava com o mesmo vestido da véspera e explicou que passara a noite em claro, numa festa.

Aí eu pedi que sentasse no lugar indicado e que olhasse para o alto, que imaginasse inocência, sofrimento... que...

Aí ela me enlaçou o pescoço com os braços e disse que eu era simpático. Eu afastei seus braços e perguntei se ela tinha bebido. Ela disse que sim, que a festa estava ótima, que foi pena eu não ter estado lá e que sentiu minha falta. Enfim, que estava gostando de mim. Quando ela me enlaçou de novo eu a empurrei e ela caiu no divã e gritou.

Nesse instante a faxineira entrou e saiu berrando: Assassino! Assassino!

A loura levantou-se e foi embora. Antes, me chamou de idiota. Então, eu suspirei e disse: ah, minha Madona!


*Autor desconhecido*

---

## ANEXO 10



**BRASÍLIA SE CONSOLIDA COMO A CAPITAL NACIONAL DO CONSUMO DE COCAÍNA E MACONHA, QUE SÃO VENDIDAS E USADAS POR TODA A CIDADE E TRAFICADAS ATÉ EM LOCAIS PÚBLICOS, COMO O SENADO**



**CENÁRIO** Às 22h40, da quinta-feira, 28 de outubro, o traficante "Igor" concordou em ser fotografado na Praça dos Três Poderes: um dos seus locais preferidos para cheirar cocaína





# DROGA no coração do

# PODER

**RICARDO MIRANDA E RICARDO  
STUCKERT (FOTOS)**

**A** noite cai sobre a Esplanada dos Ministérios e a Praça dos Três Poderes, maior concentração de autoridades por metro quadrado do País. Atrás do Congresso Nacional, em pistas que separam a sede do Legislativo dos demais poderes, a alta rotatividade de carros estacionados parece indicar uma corrida de turistas retardatários ao principal cartão-postal da capital federal. Mas, entre casais de namorados trocando as despesas de um motel pelo desconforto barato do banco dos carros, a fila indiana de sombras revela também a proximidade da capital do poder de um flagelo que assusta todo o País: as drogas. À noite, no escuro de seus carros, na vizinhança do Palácio do Planalto, jovens fumam maconha e aspiram carreiras de cocaína. Ou as duas coisas juntas: resíduos da pasta de coca fumados com





IGOR: "Os engravatados compram"

## "Prestem atenção nos seus filhos"

Igor (nome fictício), 24 anos, não tem carro, dorme na rua, mas está sempre rodeado de jovens de classe média. De dia, faz bicos. À noite se mistura com os adolescentes endinheirados do Plano Piloto. Costuma frequentar as festas mais badaladas da cidade e boates e bares da moda. O que faz Igor ser tão popular? Ele distribui drogas.

**ISTOÉ** – É fácil conseguir drogas em Brasília?

**Igor** – Muito fácil. É só ter amigo para conseguir. E conhecer os pontos. Depois que você compra a primeira vez, o próprio traficante dá o número do celular dele. Tem traficante que vive de teleentrega.

**ISTOÉ** – Qual a droga mais pedida?

**Igor** – Aqui em Brasília rola muita maconha e cocaína. A merla também já invadiu o Plano Piloto. Ácido só play-boy usa em festas.

**ISTOÉ** – Você consegue comprar droga em qualquer quadra de Brasília?

**Igor** – Sim. Nas quadras e até do lado do Congresso. Pode ir nos lavadores de carro. Eles sabem de tudo. Eu já fui traficante lá. Só compra gente engravatada. Sabe porque eu sei? Por que eu sou usuário. Fumo maconha desde os oito anos de idade. Cheiro desde os 12. Já experimentei de tudo.

**ISTOÉ** – O que você diria para um pai ou uma mãe que não quer ver o filho entrar nas drogas?

**Igor** – Prestem atenção no filho, principalmente nas companhias. E nos gastos. É preciso ficar controlando, em cima. E de vez em quando pegar a urina do filho, sem ele perceber, e fazer um exame. Assim que ele mijar, passa lá um copo e leva para testar. Acusa tudo.

**ISTOÉ** – Você está sugerindo aos pais que façam antidoping nos filhos?

**Igor** – Isso mesmo.

muita sujeira química – uma alquimia que pode ser letal – batizada por aqui de merla. Na cidade sem morros e esquinhas, quem quer droga não precisa deixar sua casa ou escritório. Pode ser pedida pelo celular do traficante. Entre bares, boates, shoppings e repartições públicas mapeados pela polícia, um dos locais investigados é o Senado Federal. A Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes (DTE) da Polícia Civil segue há cinco meses as pistas de uma rede de distribuição de cocaína que funciona dentro do Senado, com vendas sendo feitas até no próprio estacionamento, nas barbas do poder.

A denúncia foi encaminhada pelo próprio Senado à polícia depois que uma ex-funcionária da Associação dos Servidores do Senado (Assefe), Sônia Maria Noronha Teixeira, acusou o ex-marido, o motorista Vanderley José Neiva Souto, de fazer parte de um grupo que abastece o Senado com drogas. O bando compra cocaína na cidade de Pirenópolis (GO) e leva para dentro do

Senado, segundo ela, usando a garagem do Anexo II. Da quadrilha fariam parte pelo menos oito motoristas. Entre eles Vanderley, na época escalado para dirigir o carro do senador Romero Jucá (PSDB-RR), e seu colega Adison Fernandes Spulca, na ocasião motorista de Gerson Camata (PMDB-ES). O negócio de risco, segundo a polícia, inflacionava a mercadoria. A grama da cocaína, cotada entre R\$ 10 e R\$ 15 em outros pontos, chega a custar R\$ 30 dentro do Congresso.

Apontada por Sônia Maria como integrante da suposta quadrilha, Dilma Pires, atual mulher do motorista Adison, já foi presa por tráfico de droga, em março de 1993. Procurada por ISTOÉ em sua casa na noite de segunda-feira 8, Sônia confirmou todas as denúncias e disse que está sofrendo ameaças para que fique calada. Como prova, mostrou a orelha direita, dilacerada durante um ataque há um mês. Sônia diz que parte da orelha foi arrancada com uma mordida, um aviso dado pelos traficantes.

Procurado por ISTOÉ, Adison negou todas as denúncias contra ele. "Tenho a consciência tranquila", disse ele, acompanhado de seu advogado, o delegado aposentado Everardo Sales Correia. Vanderley disse a ISTOÉ que toda a história foi inventada pela ex-mulher por vingança. "Ela só quer tirar o meu emprego."

**Avião de crachá** – Há poucas semanas, de olho em "aviões" (entregadores de drogas) atuando no Senado, a polícia prendeu o motorista Alexandre Hilário. Funcionário de uma firma que presta serviços ao Senado, ele usava seu crachá de livre acesso para levar drogas para dentro do Congresso. Foi preso com 230 gramas de cocaína escondidos no portamalas de seu carro. Por tudo isso abrir a "caixa preta" de Brasília pode surpreender quem acha que a capital quarentona é careta. Longe do cartão-postal que o Brasil se habituou a ver, com seus blocos, quadras e eixos de geometria perfeita, a capital vive hoje a realidade im-

**Paula Pratini, sobrinha do ministro da Agricultura, Pratini de Moraes**



## “Tem muita coisa debaixo do tapete”

Na noite de segunda-feira 8, ISTOÉ procurou Sônia Maria Noronha Teixeira, que confirmou todas as denúncias feitas seis meses antes ao Senado: o envolvimento de motoristas com o tráfico de drogas. Na terça-feira 9, ISTOÉ voltou a procurar Sônia Maria em busca de mais detalhes, mas foi informada por um parente de que, por recomendação da sua advogada, Sônia não voltaria a falar até que “as coisas esfriassem um pouco”.

**ISTOÉ** – Como a sra. pode saber tanta coisa?

**Sônia Maria Noronha Teixeira** – Meu ex-marido, o Vanderley (José Neiva Souto, motorista do Senado), me contou.

**ISTOÉ** – E por que a sra. resolveu denunciar?

**Sônia** – Faço isso pelo meu filho que tem 11 anos. Ele vê o pai (Vanderley), o amigo do pai, o Senado em peso com

as drogas. Eu não me conformo com isso. Eu acho que dentro do Senado Federal não deveria existir uma coisa dessas. O Senado, onde elaboram as leis, não pode ter esse tipo de gente.

**ISTOÉ** – Segundo o que a sra. ouviu, como funciona o esquema?

**Sônia** – A droga vem de Pirenópolis, do (traficante) Sebastião da Semente. O Sebastião passa para a Dilma (Pires). Ela distribui para o Adison (Fernandes Spiulca, outro motorista). O Adison pega e passa para o Vanderley (ex-marido de Sônia). Aí cada um tem a sua turminha. O Adison passa para o chefe da garagem. O Vanderley

passa para o plenário. Tem também o cara da bomba de gasolina, que abastece os carros do Senado. Isso é uma máfia.

**ISTOÉ** – Há mais motoristas envolvidos?

**Sônia** – Há mais seis. Eu sei o nome deles. Tem muita coisa debaixo do tapete, desde o simples motorista até o alto escalão do Senado, que dá cobertura para eles.



**MUTILAÇÃO** Sônia mostra um pedaço de sua orelha

perfeita das grandes cidades brasileiras: um boom sem precedentes de consumo e tráfico de drogas. A última novidade é o comércio de drogas por e-mail, o correio eletrônico. Segundo a polícia, até o local da entrega é acertado com usuário e traficante conectados na Internet. A grande onda, no entanto, é a compra de droga por celular. ISTOÉ teve acesso a três desses telefones e comprovou: é só escolher a droga, a quantidade e o local de entrega. “Aqui não é como no Rio, que é preciso subir no morro para buscar droga. Nas entrequadradas você encontra tudo, qualquer tipo de droga”, atesta Victor Guimarães Vieira, chefe do serviço de integração de dados do Prodasen, “limpo” há cinco anos depois de um tratamento penoso. Usuário de drogas durante 20 anos, não precisava sair do trabalho para comprar. Hoje ele faz palestras e ajuda a conscientizar os colegas do Senado que ainda são dependentes.

“A situação em Brasília é alarmante”, confirma o delegado federal Rô-



**esa por tráfico de LSD aguarda julgamento**



## Merla, o lixo da coca invade Brasília

Os convites foram distribuídos em peso. Folhas de seda, como as que enrolam o cigarro de maconha, eram a senha para a entrada. A festa, um Woodstock candango em uma fazenda na saída da cidade, foi logo batizada de Rockonha, mistura de rock com maconha, a alquimia que fazia a cabeça da juventude brasiliense. Mas pintou sujeira. A polícia chegou sem convite e precisou de um ônibus para levar todos os presos. A Rockonha ganhou fama e até virou letra de música, com o *Faroeste caboclo* escrito

por Renato Russo. Isso foi há quase 20 anos. O vocalista do Legião Urbana morreu, as festas na capital do rock nacional hoje são movidas pelo bate-estaca do som tecno e a maconha está longe de ser a maior preocupação. Conhecida como "bazuca", "mel", "nóia", ou simplesmente merla, o coquetel feito com o lixo do processo de produção da cocaína, misturado com solventes químicos, é a droga que mais cresce em Brasília.

Até recentemente usada apenas por jovens da perife-

ria, a merla, com efeito semelhante ao crack, chegou de vez à classe média do Plano Piloto. Fumada com tabaco ou maconha, custando até R\$ 45 a latinha com 50 gramas, a merla é consumida por metade dos usuários que procuraram o SOS Drogas, a maioria com menos de 18 anos. "A merla se espalhou por todas as classes. É como se em São Paulo jovens de todas as classes começassem a usar crack", compara a psicóloga Silvana Baumgarten, que está concluindo tese de doutorado sobre o boom da merla na cidade.



**ROCKONHA** Renato Russo divulgou a festa na música *Faroeste caboclo*

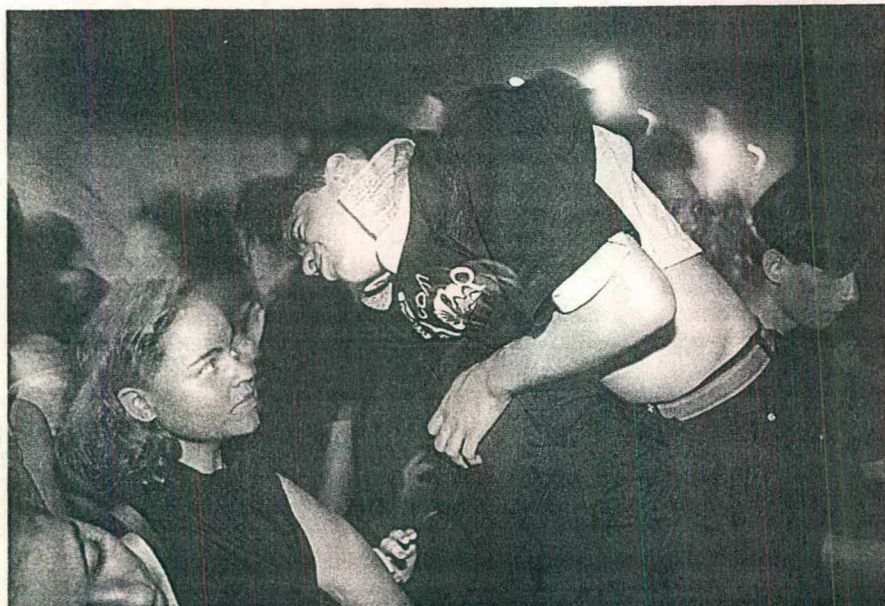
mulu Fisch Menezes, diretor da Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes da Polícia Federal. A cidade não é mais mera rota da cocaína mandada pelo Cartel de Cali através de Rondônia para o Sul Maravilha. Ou um corredor para a maconha importada do Paraguai. Brasília agora é um dos principais centros de consumo de droga no País, principalmente entre a clientela abastada do Plano Piloto. Juntas, as polícias Civil e Federal apreenderam este ano mais de seis toneladas de drogas, um recorde histórico. Na Polícia Civil, somente até setembro as apreensões de maconha foram quatro vezes maiores do que todo

o ano passado. As de cocaína, quase dobraram. "Brasília corre o risco de se tornar a capital da droga no País", alerta a psicanalista Janete Krissak Pinheiro, proprietária da Clínica do Renascer, que atende jovens dependentes.

Há duas semanas, em uma batida no Setor Sudoeste, bairro da classe média, seis pessoas foram presas com cocaína, balanças e até um revólver com silenciador. Entre os presos, o dono de uma agência de turismo. No local, mais cocaína. E, quase na mesma época, a promotora de eventos Paula Rodrigues Pra-

tini, 27 anos, foi presa em flagrante com 70 "beijinhos", pontos de LSD, vendidos por R\$ 20 a unidade.

Acusada de tráfico, ela aguarda julgamento. O tio de Paula é o ministro da Agricultura, Pratini de Moraes, que, numa atitude rara quando o preso é parente de autoridade, em nenhum momento tentou usar sua influência para facilitar a vida da sobrinha. Há cinco anos, um filho do ministro do STF, Sepulveda Pertence, foi preso e indiciado por tráfico. Tinha um tijolo de maconha e uma balança de precisão. Na Justiça, o caso virou porte.



**Jovem é carregado bêbado para fora de uma festa onde a bebida é**

### E se for meu filho?

**E**specialistas ouvidos por ISTOÉ sugerem aos pais o que fazer quando o envolvimento com as drogas pode estar acontecendo dentro de casa.

**DIALOGO** — Antes de qualquer coisa, escute seus filhos. Converse e tenha tempo para dar atenção. Autoridade não se ganha com agressividade e violência.

**INFORMAÇÃO** — Procure informar seu filho sobre os riscos do uso de drogas sem mistificar o assunto. Mostre recortes de jornais e revistas, assista com ele a programas na tevê ou depoimentos de pessoas que usam ou usaram drogas. A droga não pode ser



Pesquisas com estudantes brasileiros mostram que 20% já usaram algum tipo de droga. Outro problema grave são as bebidas. Oito em cada dez estudantes já usaram álcool – mais do dobro dos que tragaram um cigarro. Uma overdose de festas voltadas para jovens de classe média garante o alto consumo. A bebida costuma estar incluída no preço do ingresso e, mesmo proibida, é servida para menores. No feriado de Finados, o panfleto de uma festa levou quatro amigos, três deles menores de idade, a uma boate no Lago Sul, área nobre de Brasília. A R\$ 20 por cabeça, conseguiram passaporte para o paraíso adolescente: mulher bonita, um techno e bebida de

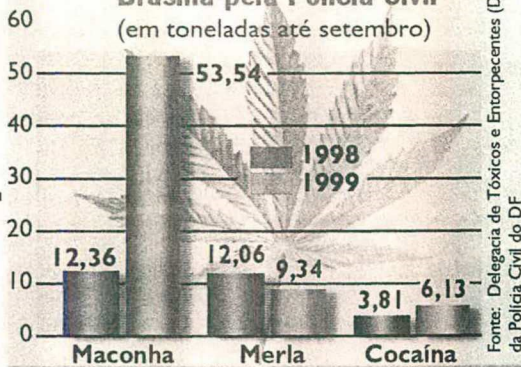
Há duas semanas, o secretário de Segurança e toda a cúpula das polícias Civil e Militar almoçavam em uma pizzaria quando alguém notou na mesa ao lado a presença de um policial com a namorada. Era José Calazans Ribeiro de Souza, preso quando voltava de Ron-

graça. Três deles deixaram a boate em mau estado. O quarto precisou sair carregado. Desfalecido, foi colocado pelos amigos no banco de trás do carro e levado às pressas para o hospital. No caminho, cruzaram com outros jovens desmaiados na calçada à espera de que, ao chegar, o pai os identificasse. A recuperação dos jovens dependentes, além de penosa, é complicada. Não contam com ambulatórios próprios nem têm dinheiro para pagar as caras clínicas particulares. O SOS Drogas (0XX-61-323-1060), um serviço gratuito de atendimento a dependentes, corre o risco de acabar por falta de funcionários.

dônia dirigindo um caminhão com 24 quilos de cocaína pura. “Mas ele está solto?”, quis saber um dos presentes. Estava. Como acontece com a maioria dos traficantes com bons advogados. Talvez por isso a quase totalidade dos presos por tráfico em Brasília se pareça com a empregada doméstica Irene de Souza Pereira, 33 anos. Detida há um ano e sete meses, ela vendia cocaína para jovens de classe média. “Tinha que alimentar meus filhos.” Vai ficar mais dois anos na cadeia. ■

Colaborou Mino Pedrosa (DF)

### Drogas apreendidas em Brasília pela Polícia Civil (em toneladas até setembro)



tratada como bicho-papão. Ela está em todos os lugares e eles vão topar com pessoas que usam socialmente e não morrem por isso. E é em cima dessa imagem 'positiva' que eles vão ser convidadas a experimentá-las.

**LIMITES** – Liberdade demais pode ser encarada como abandono. O filho deve ter hora para chegar em casa, para estudar e precisa saber controlar o dinheiro que recebe. Os pais devem dar limites a seus filhos a partir dos quatro ou dos cinco anos.

olho com quem seu filho anda.

**AJUDA** – Não se envergonhe de buscar ajuda profissional, que normalmente é necessária enquanto o jovem se “limpa” das drogas. Existem psicólogos e psiquiatras que se especializaram em atendimentos de dependentes.

**SINAIS** – Isolamento, desinteresse, agressividade, intolerância, afastamento da família, desobediência. São sinais de que seu filho pode estar usando drogas.

**CULPA** – Não busque culpados se seu filho tornou-se dependente. Também não ache que tudo é responsabilidade das “más companhias”, embora seja recomendável ficar de

## FIQUE DE OLHO NESTE SELO.



## ELE GARANTE A AUTENTICIDADE DESTES PERFUMES

O Selo de Procedência RR é mais que a segurança de uma boa compra. É um direito seu, e um compromisso da R

ANGEL <i>Thierry Mugler</i>	Contradiction	BOS! HUGO BOSS
ISSEY MIYAKE	ETERNITY	element aqua
Jean Paul GAULTIER	one	<i>Giorgio</i>
TIFFANY	CK	RED
GUCCI parfums	OBSESSION	CEA DREAM
ANNA SUI	ESCAPE	WING
	ESCADA	Gabriel Sabatini
<i>Flora</i>	AZZARÒ	Wild Wings
BYZANCE	ORLANE PARIS	<i>Fales</i>
BYZANTINE	ANIMALE	<i>Cascay</i>
<i>Tocadilly</i>	<i>Martana</i>	Laura Biagio
ALFRED DUNHILL LONDON		ROMA



Para maiores informações consulte a Central RR de Atendimento ao Consumidor 0800 55020

## Distribuída de graça: música techno e drogas

ANEXO 11

## Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

### **F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos**

- F00\*** Demência na doença de Alzheimer (G30.-†)
- F01** Demência vascular
- F02\*** Demência em outras doenças classificadas em outra parte
- F03** Demência não especificada
- F04** Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
- F05** Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas
- F06** Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física
- F07** Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral
- F09** Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

### **F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa**

- F10** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
- F11** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- F12** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
- F13** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
- F14** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
- F15** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
- F16** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- F17** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- F18** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- F19** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

### **F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes**

- F20** Esquizofrenia
- F21** Transtorno esquizotípico
- F22** Transtornos delirantes persistentes
- F23** Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- F24** Transtorno delirante induzido
- F25** Transtornos esquizoafetivos
- F28** Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
- F29** Psicose não-orgânica não especificada

### **F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]**

- F30** Episódio maníaco
- F31** Transtorno afetivo bipolar
- F32** Episódios depressivos
- F33** Transtorno depressivo recorrente
- F34** Transtornos de humor [afetivos] persistentes
- F38** Outros transtornos do humor [afetivos]
- F39** Transtorno do humor [afetivo] não especificado

### **F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes**

- F40** Transtornos fóbico-ansiosos
- F41** Outros transtornos ansiosos
- F42** Transtorno obsessivo-compulsivo
- F43** Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
- F44** Transtornos dissociativos [de conversão]
- F45** Transtornos somatoformes
- F48** Outros transtornos neuróticos



## **F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa**

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. O terceiro caractere do código identifica a substância implicada e o quarto caractere especifica o quadro clínico. Os códigos devem ser usados, como determinado, para cada substância especificada, mas deve-se notar que nem todos os códigos de quarto caractere podem ser aplicados a todas as substâncias.

A identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir de todas as fontes de informação possíveis. Estas compreendem: informações fornecidas pelo próprio sujeito, as análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos característicos, os sinais e os comportamentos clínicos, e outras evidências tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados. Numerosos usuários de drogas consomem mais de um tipo de substância psicoativa. O diagnóstico principal deverá ser classificado, se possível, em função da substância tóxica ou da categoria de substâncias tóxicas que é a maior responsável pelo quadro clínico ou que lhe determina as características essenciais. Diagnósticos suplementares devem ser codificados quando outras drogas ou categorias de drogas foram consumidas em quantidades suficientes para provocar uma intoxicação (quarto caractere comum .0), efeitos nocivos à saúde (quarto caractere comum .1), dependência (quarto caractere comum .2) ou outros transtornos (quarto caractere comum .3-.9).

O diagnóstico de transtornos ligados à utilização de múltiplas substâncias (F19.-) deve ser reservado somente aos casos onde a escolha das drogas é feita de modo caótico e indiscriminado, ou naqueles casos onde as contribuições de diferentes drogas estão misturadas.

**Exclui:** abuso de substâncias que não produzem dependência (F55)

**Este agrupamento contém as seguintes categorias de três caracteres:**

<u>F10</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
<u>F11</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
<u>F12</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
<u>F13</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
<u>F14</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
<u>F15</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
<u>F16</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
<u>F17</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
<u>F18</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
<u>F19</u>	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

As subdivisões seguintes de quarto caractere devem ser usadas com as categorias F10-F19:

.0	<b>Intoxicação aguda</b> Estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.
----	--

**Bebedeira SOE**

Estados de transe e de possessão na intoxicação por substância psicoativa

Intoxicação alcoólica aguda

Intoxicação patológica

"Más viagens" (drogas)

## **F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool**

- F10.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - intoxicação aguda**  
Estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa e compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.

Bebedeira SOE

Estados de transe e de possessão na intoxicação por substância psicoativa

Intoxicação alcoólica aguda

Intoxicação patológica

"Más viagens" (drogas)

- F10.1 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - uso nocivo para a saúde**  
Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite conseqüente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

Abuso de uma substância psicoativa

- F10.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência**  
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.

Alcoolismo crônico

Dipsomania

Toxicomania

- F10.3 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome [estado] de abstinência**  
Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

- F10.4 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de abstinência com delirium**  
Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere .3 se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em F05.2. Este estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em F05.8.

Delirium tremens (induzido pelo álcool)

- F10.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno psicótico**  
Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas freqüentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de idéias delirantes (freqüentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave.

Alucinação	}	alcoólica(o)(os)
Ciúmes		
Paranóia	{	
Psicose SOE		

**Exclui:** transtornos psicóticos induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, residuais ou de instalação tardia (F10-F19 com quarto caractere comum .7)

**F10.6** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome amnésica  
Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada

Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas

**Exclui:** psicose ou síndrome de Korsakov não-alcoólica (F04)

**F10.7** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno psicótico residual ou de instalação tardia

Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os "flashbacks" podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e freqüentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

Demência:

- alcoólica SOE
- e outras formas leves de alterações duradouras das funções cognitivas "Flashbacks"

Síndrome cerebral crônica de origem alcoólica

Transtorno (da) (das):

- afetivo residual
- percepções persistentes induzidos pelo uso de alucinógenos
- personalidade e do comportamento residual
- psicótico de instalação tardia, induzido pelo uso de substâncias psicoativas

**Exclui:** estado psicótico induzido pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .5)

síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .6)

**F10.8** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - outros transtornos mentais ou comportamentais

**F10.9** Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - transtorno mental ou comportamental não especificado

- .1 **Uso nocivo para a saúde**  
Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool).

Abuso de uma substância psicoativa

- .2 **Síndrome de dependência**  
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 consequências 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.

Alcoolismo crônico  
Dipsomania  
Toxicomania

- .3 **Síndrome [estado] de abstinência**  
Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

- .4 **Síndrome de abstinência com delirium**  
Estado no qual a síndrome de abstinência tal como definida no quarto caractere .3 se complica com a ocorrência de delirium, segundo os critérios em F05.-. Este estado pode igualmente comportar convulsões. Quando fatores orgânicos também estão considerados na sua etiologia, a afecção deve ser classificada em F05.8.

Delirium tremens (induzido pelo álcool)

- .5 **Transtorno psicótico**  
Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de idéias delirantes (frequentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensorio não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave.

Alucinose }  
Ciúmes } alcóolica(o)(os)  
Paranóia }  
Psicose SOE }

**Exclui:** transtornos psicóticos induzidos pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas, residuais ou de instalação tardia (F10-F19 com quarto caractere comum .7)

- .6 **Síndrome amnésica**  
Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios.

Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada

Transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por drogas

**Exclui:** psicose ou síndrome de Korsakov não-alcoólica (F04)

**.7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia**

Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os casos nos quais as primeiras manifestações ocorrem nitidamente mais tarde que o (s) episódio(s) de utilização da droga só deverão ser codificados neste caractere onde existam evidências que permitam atribuir sem equívoco as manifestações ao efeito residual da substância. Os "flashbacks" podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e freqüentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

**Demência:**

- alcoólica SOE
- e outras formas leves de alterações duradouras das funções cognitivas "Flashbacks"

**Síndrome cerebral crônica de origem alcoólica**

**Transtorno (da) (das):**

- afetivo residual
- percepções persistentes induzidos pelo uso de alucinógenos
- personalidade e do comportamento residual
- psicótico de instalação tardia, induzido pelo uso de substâncias psicoativas

**Exclui:** estado psicótico induzido pelo álcool ou por substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .5)  
síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por substância psicoativa ( F10-F19 com quarto caractere comum .6)

**.8 Outros transtornos mentais ou comportamentais**

**.9 Transtorno mental ou comportamental não especificado**

## ANEXO 12



**CEBRID**  
**CENTRO BRASILEIRO DE**  
**INFORMAÇÕES SOBRE**  
**DROGAS PSICOTRÓPICAS**

Departamento de Psicobiologia  
 Escola Paulista de Medicina

Pasta 56

Mais recentemente e cada vez está se verificando mais casos destes, o uso crônico de cocaína leva a uma degeneração dos músculos esqueléticos num processo irreversível chamado rbdomiólise.

**Aspectos gerais**

Ao contrário do que acontece com as anfetaminas (cujos efeitos são em parte semelhantes aos da cocaína), as pessoas que abusam da cocaína não relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos, ou seja, a cocaína praticamente não induz tolerância. E não deve mesmo ser considerado tolerância o uso compulsivo, repetido de muitas doses tomadas em um curto espaço de tempo: na realidade as pessoas que assim procedem estão fazendo isso porque querem sentir muitas vezes, repetidamente, o mesmo efeito muito prazeroso, mas efêmero.

Não há também descrição convincente de uma síndrome de abstinência quando a pessoa para de tomar cocaína abruptamente: ela não sente dores pelo corpo, cólicas, náuseas, etc. O que às vezes ocorre é que essa pessoa fica tomada de grande "fissura": deseja tomar de novo para sentir os efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento que ocorreria se realmente houvesse uma síndrome de abstinência.

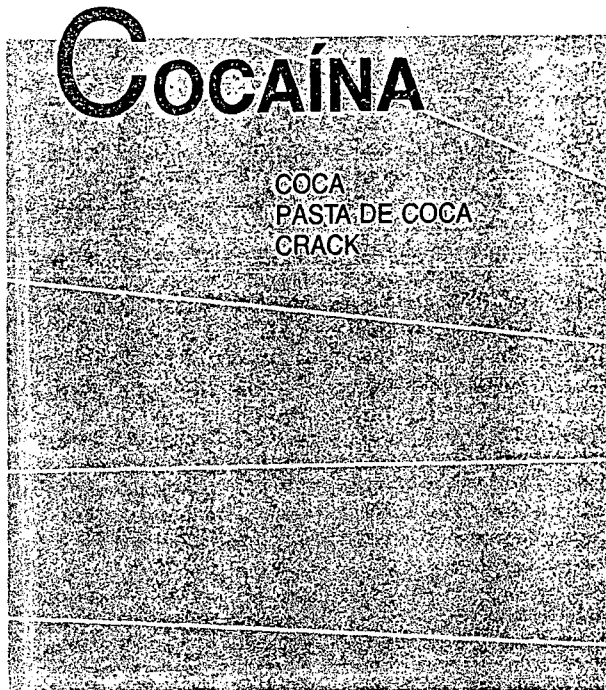
**O que é o CEBRID?**



O CEBRID é o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que funciona no Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina. É uma entidade sem fins lucrativos e que existe exclusivamente visando ser útil à população. Para cumprir esta função, o CEBRID ministra cursos, palestras e reuniões científicas sobre o assunto Drogas, publica livros, faz levantamentos sobre o consumo de drogas entre estudantes, meninos de rua, etc., mantém um Banco de todos os trabalhos científicos brasileiros sobre o abuso de drogas (quase 1700), e publica um Boletim trimestral.

O CEBRID é constituído por uma equipe técnica composta de especialistas nas áreas de medicina, sociologia, farmacologia-bioquímica e psicologia.

Endereço para correspondência:  
 Escola Paulista de Medicina  
 Depto. de Psicobiologia  
 Rua Botucatu, 862  
 1º andar  
 04023-062 - São Paulo - SP



Com o apoio de:  
 COSAM Coordenadoria de  
 Saúde Mental / Secretaria  
 de Assistência à Saúde  
 Ministério da Saúde.



**Projeto  
 Nordeste**  
 Informação, Educação e  
 Comunicação - IEC



Leitura recomendada para alunos  
 a partir da 6ª série do 1º Grau

são de maior monta. De fato, com o continuar do uso, vários órgãos do nosso corpo são afetados. Os pulmões são um exemplo disso. Não é difícil imaginar como irão ficar estes órgãos quando passam a receber cronicamente uma fumação que é muito irritante, dado ser proveniente de um vegetal que nem chega a ser tratado como é o tabaco comum. Esta irritação constante leva a problemas respiratórios (bronquites), aliás como ocorre também com o cigarro comum. Mas o pior é que a fumação de maconha contém alto teor de alcatrão (maior mesmo que na do cigarro comum) e nele existe uma substância chamada benzopireno, conhecido agente cancerígeno; ainda não está provado cientificamente que a pessoa que fuma maconha cronicamente está sujeita a contrair câncer dos pulmões com maior facilidade, mas os indícios em animais de laboratório de que assim pode ser são cada vez mais fortes.

Outro efeito físico adverso (indesejável) do uso crônico da maconha refere-se à **testosterona**. Esta é o hormônio masculino; como tal confere ao homem maior quantidade de músculos, a voz mais grossa, a barba, também é responsável pela fabricação de espermatozoides pelos testículos. Já existem muitas provas que a maconha diminui em até 50-60 % a quantidade de testosterona. Conseqüentemente o homem apresenta um número bem reduzido de espermatozoides no líquido espermático (medicamento esta diminuição chama-se oligospermia) o que leva a uma infertilidade. Ou seja, o homem terá mais dificuldade de gerar filhos. Este é um efeito que desaparece quando a pessoa deixa de fumar a planta. É também importante dizer que o homem **não** fica imponente ou perde o desejo sexual; ele fica somente com uma esterilidade, isto é, fica incapaz de engravidar sua companheira.

Há ainda a considerar os **efeitos psíquicos crônicos** produzidos pela maconha. Sabe-se que o uso continuado da maconha interfere com a capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir um estado de amotivação, isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e importância. Este efeito crônico da maconha é cha-

maconha pode levar algumas pessoas a um estado de dependência, isto é, elas passam a organizar sua vida de maneira a facilitar o uso de maconha, sendo que tudo o mais perde o seu real valor.

Finalmente, há provas científicas de que se a pessoa tem uma doença psíquica qualquer, mas que ainda não está evidente (a pessoa consegue "se controlar") ou a doença já apareceu, mas está controlada com medicamentos adequados, a maconha piora o quadro. Ou faz surgir a doença, isto é, a pessoa não consegue mais "se controlar" ou neutraliza o efeito do medicamento passando a apresentar de novo os sintomas da doença. Este fato tem sido descrito com frequência na doença mental chamada esquizofrenia.

Em um levantamento feito entre os estudantes do 1º e 2º graus das 10 maiores cidades do país, em 1997, 7,6% declararam que já haviam experimentado a maconha e 1,7% declararam fazer uso de pelo menos 6 vezes por mês.

### O que é o CEBRID?

O CEBRID é o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que funciona no Departamento de Psicobiologia da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), antiga Escola Paulista de Medicina. É uma entidade sem fins lucrativos e existe exclusivamente para ser útil à população. Para cumprir esta função o CEBRID ministra cursos, palestras e reuniões científicas sobre o assunto Drogas, publica livros, faz levantamentos sobre o consumo de drogas entre estudantes, meninos de rua, etc., mantém um Banco de trabalhos científicos brasileiros sobre o abuso de drogas (mais de 2.000) e publica um Boletim trimestral.

O CEBRID é constituído por uma equipe técnica composta de especialistas nas áreas de medicina, sociologia, farmácia-bioquímica, psicologia e biologia.

Endereço para correspondência:  
Universidade Federal de São Paulo  
Depto. de Psicobiologia  
Rua Botucatu, 862 – 1º andar  
04023-062 – São Paulo – SP  
Fax: (011) 5084.2793  
Tel: (011) 539-0155  
e-mail [cebrid@psicobio.epm.br](mailto:cebrid@psicobio.epm.br)

CENTRO BRASILEIRO DE  
INFORMAÇÕES SOBRE  
DROGAS PSICOTRÓPICAS

Departamento de Psicobiologia  
UNIFESP – Universidade  
Federal de São Paulo

# MACONHA

## SINÔNIMOS

HASHISH; BANGH;  
GANJA; DIAMBA;  
MARIJUANA; MARIHUANA

## THC

(TETRAHIDROCANABINOL)

Com apoio de:

- Ministério da Saúde
- Coordenação Nacional de DST e Aids
- COSAM (Coordenação de Saúde Mental)
- Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

Leitura recomendada para alunos a partir da 6ª série do 1º Grau





## Efeitos no resto do corpo

Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais frequentes são as doenças do fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose). Também são frequentes problemas do aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite), no sistema cardiovascular (hipertensão e problemas no coração). Também são frequentes os casos de polineurite alcoólica, caracterizada por dor, formigamento e câmbrias nos membros inferiores.

## Durante a gravidez

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para o recém-nascido, sendo que, quanto maior o consumo, maior a chance de prejudicar o feto. Desta forma, é recomendável que toda gestante evite o consumo de bebidas alcoólicas, não só ao longo da gestação como também durante todo o período de amamentação, pois o álcool pode passar para o bebê através do leite materno.

Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo durante a gravidez, são afetados pela "Síndrome Fetal pelo Álcool". Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência). As crianças severamente afetadas e que conseguem sobreviver aos primeiros momentos de vida, podem apresentar problemas físicos e mentais que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso.

## O que é o CEBRID?

O CEBRID é o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que funciona no Departamento de Psicobiologia da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), antiga Escola Paulista de Medicina. É uma entidade sem fins lucrativos e existe exclusivamente para ser útil à população. Para cumprir esta função o CEBRID ministra cursos, palestras e reuniões científicas sobre o assunto Drogas, publica livros, faz levantamentos sobre o consumo de drogas entre estudantes, meninos de rua, etc., mantém um Banco de trabalhos científicos brasileiros sobre o abuso de drogas (mais de 2.000) e publica um Boletim trimestral.

O CEBRID é constituído por uma equipe técnica composta de especialistas nas áreas de medicina, sociologia, farmacologia-bioquímica, psicologia e biologia.

Endereço para correspondência:  
Universidade Federal de São Paulo  
Depto. de Psicobiologia  
Rua Botucatu, 862 – 1º andar  
04023-062 – São Paulo – SP  
Fax: (011) 5084.2793  
Tel: (011) 539.0155  
e-mail [cebrid@psicobio.epm.br](mailto:cebrid@psicobio.epm.br)

## CEBRID

CENTRO BRASILEIRO DE  
INFORMAÇÕES SOBRE  
DROGAS PSICOTRÓPICAS

Departamento de Psicobiologia  
UNIFESP – Universidade  
Federal de São Paulo

# BEBIDAS ALCOÓLICAS

(ÁLCOOL ETÍLICO; ETANOL)

- fermentados (vinho, cerveja)
- destilados (pinga, whisky, vodka, etc.)

Com apoio de:

- Ministério da Saúde
- Coordenação Nacional de DST e Aids
- COSAM (Coordenação de Saúde Mental)
- Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

Leitura recomendada para alunos  
a partir da 6ª série do 1º Grau





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@repensul.ufsc.br](mailto:nfr@repensul.ufsc.br)

DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA INT 5134

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial