

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE
PREVENÇÃO DO USO, MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA E PREVENÇÃO
DA RECAÍDA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

BEATRIZ GONÇALVES KAWALL

Defendido em 25.02.2003


Prof.^ª Krystyna Matys Costa
Chefe do Dept. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS (SC), FEVEREIRO DE 2003.

BEATRIZ GONÇALVES KAWALL

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE
PREVENÇÃO DO USO, MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA E PREVENÇÃO
DA RECAÍDA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina como
requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

ORIENTADORA: Dra. CATARINA MARIA SCHMICKLER

FLORIANÓPOLIS (SC), FEVEREIRO DE 2003.

**A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE
PREVENÇÃO DO USO, MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA E PREVENÇÃO
DA RECAÍDA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

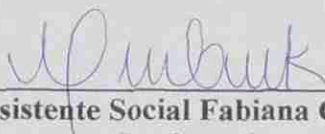
BEATRIZ GONÇALVES KAWALL

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

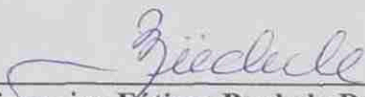
Banca Examinadora:



Prof.ª Catarina Maria Schmickler Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina
Presidente



Assistente Social Fabiana Ceris Bahniuk
Instituto São José
Membro



Enfermeira Fátima Buchele Dr.ª
UNISUL
Membro

Dedico este trabalho a meus amores:
Zilda, Luiz Ernesto,
Maria, Gil e Mário Jonas.
Cada um a seu modo, pelos exemplos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer as pessoas que de alguma maneira estiveram presentes e colaboraram com esse trabalho. São elas:

Minha Orientadora Catarina, por ter aceito o convite para orientar-me neste TCC, por sempre encontrar um tempinho para esclarecer as minhas dúvidas e por atender as minhas expectativas quanto ao seu oceano de saber.

Os profissionais do Instituto São José, onde realizei o meu estágio. Agradeço primeiramente ao Dr. Aristeu Stadler por ter aberto as portas do Instituto para a realização do estágio, estendendo o meu agradecimento ao Dr. Tussi e a todo o corpo médico.

À Enfermeira Isa e a toda a equipe da enfermagem, especialmente ao pessoal do Serviço de Dependência Química, que sempre colaboraram comigo, respondendo com paciência minhas infinitas perguntas.

Agradeço às meninas da recepção do Instituto São José, Katiana, Anabel e Ju por me receberem com tanta afetividade. Agradeço também à Eone, Lúcia Helena, Juliana e Vera que me “salvaram” algumas vezes, me apontando os caminhos da ação.

Agradeço às cozinheiras pelos deliciosos almoços, à turma da limpeza, na figura afetiva da Maurília, por manterem o ambiente sempre limpinho. Agradeço à Édna e a todos que de uma forma ou de outra estiveram envolvidos na minha passagem pelo Instituto São José.

Agradeço especialmente ao Consultor Roney e ao grupo de pacientes, que me oportunizaram conhecer mais a fundo os caminhos da recuperação da dependência química.

E, sobretudo agradeço a minha supervisora de campo, Assistente Social Fabiana, por ter me ensinado tanto sobre profissionalismo e assertividade e sobre a profissão do assistente social na relação com a dependência química.

Obrigada a todos os anônimos dos grupos de AA, NA e Coda, que motivaram este trabalho.

Obrigada à Amália – que Deus a tenha – pelo aprendizado do Aqui e Agora!

Obrigada Lena e Babi, pelas carinhosas hospedagens. Amo vocês.

Agradecimentos especiais ao meu professor, orientador e amigo, Dr. Theóphilos Rifiotis, por ter me possibilitado a inserção nos campos antropológicos e jurídicos e, especialmente, pelo ensino paciente dos caminhos acadêmicos.

E finalmente, na figura das minhas amigas Greicy, Cátia e Samara, agradeço de coração à turma 99.1!

*É antes do ópio que a minh'alma é doente.
Sentir a vida convalesce e estiola
E eu vou buscar ao ópio que consola
Um Oriente ao oriente do Oriente.*

Fernando Pessoa

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo caracterizar a contribuição que o assistente social pode dar aos dependentes químicos tanto no campo da recuperação e ajuda na manutenção da abstinência, quanto na prevenção do uso de substâncias químicas. Seguindo a lógica de que existem indivíduos que possuem uma personalidade adictiva, ou seja, provavelmente desenvolverão a adicção a algum objeto, substância ou comportamento, temos como objetivo apresentar a contribuição que o profissional do Serviço Social pode dar no sentido de romper com o trabalho restrito à recuperação e tratamento quando o processo adictivo já encontra-se avançado, mas, também, através de parcerias com instituições governamentais e não governamentais, criar estratégias de prevenção e contenção do processo adictivo, na medida em que, conhece e faz conhecer as características do indivíduo adicto em potencial. Para tanto, o presente trabalho apresenta as características da personalidade adictiva, as características do trabalho do assistente social do Serviço de Dependência Química do Instituto São José, onde realizamos nosso Estágio Curricular, e as várias instâncias que integram a rede de tratamento, manutenção e abstinência da dependência química. Usamos para a realização deste trabalho os instrumentos metodológicos de pesquisa de campo e a utilização de materiais descritivos.

Palavras-chave: Personalidade adictiva, Serviço social e saúde mental, prevenção a álcool e/ou drogas.

ABSTRACT

The objective of this work is the characters of contribution that the social worker can make to the chemical dependent person, in the field of recovery, in the help of maintaining abstinence as well as in the prevention of the use of chemical substances. We believe that some individuals have an addictive personality and therefore will develop addiction to some object, substance, or behavior. Following that logic, our objective is to present the contribution that the social worker may give not only when the addiction process is in an advanced stage but also through partnership with governmental institutions and NGO's, to create strategies of prevention and contention of the addiction process, through the knowledge of the personal characteristic of the potential addictive individual. To that effect, the present work presents the characteristic of the addictive personality, the characteristic of the work of the social workers of the Service of Chemical Dependence of the Instituto São José, where we made our curricular stage, and the several instances that integrate the treatment net, maintenance and abstinence of chemical dependence. For this work, we used the methodological instruments of fieldwork and descriptive materials.

Key words: Addictive personality, Social service and mental health, prevention to alcohol and/or drugs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
 CAPÍTULO 1	
AS CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO ADICTO	24
1.1 PERSONALIDADE ADICTIVA.....	24
1.2 AS FASES DA ADICÇÃO.....	29
1.3 ABSTINÊNCIA E SOBRIEDADE.....	37
1.4 O PROCESSO DA RECAÍDA.....	41
 CAPITULO 2	
O CAMPO DE ESTÁGIO	48
2.1 O INSTITUTO SÃO JOSÉ.....	48
2.1.2 Serviço de Dependência Química	49
2.2 O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO SÃO JOSÉ.....	52
2.2.1 O Serviço Social do Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC	52
2.2.2 O Serviço Social da Psiquiatria	53
2.2.3 O Serviço Social no Serviço da Dependência Química	53
2.2.3.1 O Programa de Família.....	57
2.2.3.2 O Grupo de reinternos.....	58
 CAPITULO 3	
A REDE DE ASSISTÊNCIA A DEPENDENTES QUÍMICOS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA E PREVENÇÃO DA RECAÍDA	60
3.1 A REDE DE ASSISTÊNCIA A DEPENDENTES QUÍMICOS.....	60
3.1.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	63
3.1.2 A família	66
3.1.3 Grupos de mútua ajuda – Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA)	70
3.1.4 atendimentos institucionais	73

3.1.5 O Trabalho.....	75
3.1.6 A Espiritualidade.....	77
3.2 A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM A REDE DE ASSISTÊNCIA A DEPENDENTES QUÍMICOS	78
CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	89
ANEXO 1: Os doze passos dos Alcoólicos Anônimos.....	90
ANEXO 2: Resumo dos seminários realizados pelo Serviço Social	92
ANEXO 3: Roteiro da entrevista realizada para a composição da história social.....	96

OPIÁRIO

Álvaro de Campos

(Fernando Pessoa)

É ANTES DO ÓPIO que minh'alma é doente.
Sentir a vida convalesce e estiola
E eu vou buscar ao ópio que consola
Um Oriente ao oriente do Oriente.

Esta vida de bordo há de matar-me.
São dias só de febre na cabeça
E, por mais que procure até que adoeça,
Já não encontro a mola pra adaptar-me.

Em paradoxo e incompetência astral
Eu vivo a vincos de ouro a minha vida,
Onda onde o pundonor é uma descida
E os próprios gozos gânglios do meu mal.

É por um mecanismo de desastres,
Uma engrenagem com volantes falsos,
Que passo entre visões de cadafalsos
Num jardim onde há flores no ar, sem hastes.

Vou cambaleando através do louvor
Duma vida-interior de renda e laca.
Tenho a impressão de ter em casa a faca
Com que foi degolado o Precursor.

Ando expiando um crime numa mala,
Que um avô meu cometeu por requinte.
Tenho os nervos na forca, vinte a viste,
E caí no ópio como numa vala.

Ao toque adormecido da morfina
Perco-me em transparências latejantes
E numa noite cheia de brilhantes
Ergue-se a lua como a minha Sina.

Eu, que fui sempre um mau estudante, agora
Não faço mais que ver o navio ir
Pelo canal de Suez a conduzir
A minha vida, cânfora na aurora.

Perdi os dias que já aproveitara.
Trabalhei para ter só o cansaço
Que é hoje em mim uma espécie de braço
Que ao meu pescoço me sufoca e ampara.

E fui criança como toda a gente.
Nasci numa província portuguesa
E tenho conhecido gente inglesa
Que diz que eu sei inglês perfeitamente.

Gostava de ter poemas e novelas
Publicadas por Plon e *Mercure*,
Mas é impossível que esta vida dure,
Se nesta viagem nem houve procelas!

A vida a bordo é uma coisa triste,
Embora a gente se divirta às vezes
Falo com alemães, suecos e ingleses
E a minha mágoa de viver persiste.

Eu acho que não vale a pena ter
Ido ao Oriente visto a Índia e a China,
A terra é semelhante e pequenina
E há só uma maneira de viver.

Por isso eu tomo ópio. É um remédio.
Sou um convalescente do Momento.
Moro no rés-do-chão do pensamento
E ver passar a Vida faz-me tédio.

Fumo, canso. Ah uma terra aonde, enfim,
Muito a leste não fosse o oeste já!
Pra que fui visitar a Índia que há
Se não há Índia senão a alma em mim?

Sou desgraçado por meu morgadio.
Os ciganos roubaram minha Sorte.
Talvez nem mesmo encontre ao pé da morte
Um lugar que me abrigue do meu frio.

Eu fingi que estudei engenharia.
Vivi na Escócia. Visitei a Irlanda.
Meu coração é uma avozinha que anda
Pedindo esmola às portas da alegria.

Não chegues a Port-Said, navio de ferro!
Volta à direita, nem eu sei para onde
Passo os dias no *smoking-room* com o conde -
Um *escroc* Francês, conde de fim de enterro.

Volto à Europa descontente, e em sortes
De vir a ser um poeta sonambólico.
Eu sou monárquico mas não católico
E gostava de ser as coisas fortes.

Gostava de ter crenças e dinheiro,
Ser vária gente insípida que vi.
Hoje, afinal, não sou senão, aqui,
Num navio qualquer um passageiro.

Não tenho personalidade alguma.
É mais notado que eu esse criado
De bordo que tem um belo modo alçado
De *laird* escocês há dias em jejum.

Não posso estar em parte alguma. A minha
Pátria é onde não estou. Sou doente e fraco.
O comissário de bordo é velhaco.
Viu-me co'a sueca... e o resto ele adivinha.

Um dia faço escândalo cá a bordo,
Só para dar que falar de mim aos mais.
Não posso com a vida, e acho fatais
As iras com que às vezes me debordo.

Levo o dia a fumar, a beber coisas,
Drogas americanas que entontecem,
E eu já tão bêbado sem nada! Dessem
Melhor cérebro aos meus nervos como rosas.

Escrevo estas linhas. Parece impossível
Que mesmo ao ter talento eu mal o sinta!
O fato é que esta vida é uma Quinta
Onde se aborrece uma alma sensível.

Os ingleses são feitos pra existir.
Não há gente com esta pra estar feita
Com a Tranqüilidade. A gente deita
Um vintém e sai um deles a sorrir.

Pertenço a um gênero de portugueses
Que depois de estar a Índia descoberta
Ficaram sem trabalho. A morte é certa.
Tenho pensado nisto muitas vezes.

Leve o diabo a vida e a gente tê-la!
Nem leio o livro à minha cabeceira.
Enjoa-me o oriente. É uma esteira
Que a gente enrola e deixa de ser bela.

Caio no ópio por força. Lá querer
Que eu leve a limpo uma vida destas
Não se pode exigir. Almas honestas
Com horas pra dormir e pra comer,

Que um raio as parta! E isto afinal é inveja.
Porque estes nervos são a minha morte.
Não haver um navio que me transporte
Para onde eu nada queira que o não veja!

Ora! Eu cansava-me do mesmo modo.
Qu'ria outro ópio mais forte pra ir de ali
Para sonhos que dessem cabo de mim
E pregassem comigo nalgum lodo.

Febre! Se isto que tenho não é febre,
Não sei como é que se tem febre e sente.
O fato essencial é que eu estou doente.
Esta corrida, amigos, esta lebre.

Veio a noite. Tocou já a primeira
Corneta, pra vestir para o jantar.
Vida social por cima! Isso! E marchar
Até que a gente sai p'la coleira!

Porque isto acaba mal e há de haver
(Olá!) sangue e um revólver lá pro fim
Deste desassossego que há em mim
E não há forma de se resolver.

E quem me olhar, há de me achar banal,
A mim e à minha vida... Ora! Um rapaz...
O meu próprio monóculo me faz
Pertencer a um tipo universal.

Ah quanta alma viverá, que ande metida
Assim como eu na Linha, e como eu mística!
Quantos sob a casaca característica
Não terão como eu o horror à vida?

Se ao menos eu por fora fosse tão
Interessante como sou por dentro!
Vou no Maelstrom, cada vez mais pro centro.
Não fazer nada é a minha perdição.

Um útil, mas é tão justo sê-lo!
Pudesse a gente desprezar os outros
E, ainda que co'os cotovelos rotos,
Ser herói, doido, amaldiçoado ou belo!

Tenho vontade de levar as mãos
À boca e morder nelas fundo e a mal.
Era uma ocupação original
E distraía os outros, os tais são.

O absurdo, como uma flor da tal Índia
Que não vim encontrar na Índia, nasce
No meu cérebro farto de cansar-se.
A minha vida mude-a Deus ou fínde-a...

Deixe-me estar aqui, nesta cadeira,
Até virem meter-me no caixão.
Nasci pra mandarim de condição,
Mas falta-me o sossego, o chá e a esteira.

Ah que bom que era ir daqui de caída
Pra cova por um alçapão de estouro!
A vida sabe-me a tabaco louro.
Nunca fiz mais do que fumar a vida.

E afinal o que quero é fé, é calma,
E não ter estas sensações confusas.
Deus que acabe com isto! Abra as eclusas
E basta de comédias na minh'alma!

No Canal de Suez, a bordo.

INTRODUÇÃO

As drogas, isto é, substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, e as pessoas que as usam estão presentes desde o início da existência do homem. Mas em outras épocas, e em outras sociedades e culturas, essa questão teve, e tem, significados diversos daquele que se dá às substâncias e seus usuários na nossa sociedade. (PICCOLO, 2001, p.1).

Nas últimas décadas, o uso abusivo de drogas vem crescendo significativamente no Brasil e no mundo, obrigando governos e também instituições não governamentais a voltarem seu olhar para esta questão, na busca de soluções de prevenção e repressão a este mal.

Piccolo (Op. cit.) aponta para o agravamento das questões sociais como a violência e a criminalidade, ligadas ao consumo e tráfico de substâncias psicoativas, bem como a contaminação pelo vírus HIV entre usuários de drogas dado o uso compartilhado de seringas, constituindo-se assim um problema social bastante complexo. “Desta forma, os sujeitos que utilizam substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas e o álcool em excesso, são tidos como responsáveis dessas situações. E assim as drogas são consideradas como o grande mal da civilização, tanto individual quanto social.” (Op. cit. p.3).

DOUGLAS (1987) e NEVES (2001) demonstram que o álcool é uma substância provocadora de alterações da mente e do comportamento humano, além do que, seu uso freqüente leva as pessoas, nascidas com predisposição, ao alcoolismo, considerado como uma doença incurável, progressiva, produtora de outras doenças e de perdas de atributos sociais que levam à morte. A única maneira de livrar-se dos males que o uso abusivo de álcool pode causar é mantendo-se abstinência.

Cada vez mais, tem-se buscado políticas de reintegração social do dependente químico, em substituição às políticas de repressão. O adicto¹ hoje é tratado com uma combinação de técnicas, onde se inclui psicoterapia e medicação.

É fato que a dependência química é um dos mais graves problemas de saúde pública da atualidade e são válidos todos os esforços que se somem no sentido de amenizar os danos por ela causados. É fato também, que o assistente social tem conquistado um papel fundamental no processo tanto de prevenção como de recuperação dos usuários de álcool e/ou drogas. O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o assistente social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo-se não só no tratamento durante a internação, mas também em projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado com base no estágio curricular realizado de maio a setembro de 2002, no Serviço de Dependência Química do Instituto São José². Na relação do assistente social com os pacientes internados e seus familiares, percebemos que, o trabalho dá-se na maioria das vezes quando a doença³ já se encontra em estágio avançado, dificultando o processo de recuperação.

Nota-se também que as campanhas de prevenção feitas junto à população jovem não têm surtido o efeito esperado, tendo em vista o aumento sistemático do uso de substâncias químicas lícitas e ilícitas por este segmento da população, como revelam os dados das Organizações das Nações Unidas – ONU, que de 112 países pesquisados, “mostram que o consumo de maconha, cocaína, heroína e anfetamina entre os jovens aumentou em 60% das

¹ Pessoa que faz uso habitual de substâncias alteradoras do humor (álcool, drogas) ou de comportamento (jogo, abuso de comida, sexo), com tolerância e descontrole. (NAKKEN, 1996).

² O Instituto São José é uma clínica de tratamento de a portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, situado em São José, Santa Catarina.

nações entre 1996 e 2001. Além disso, triplicou a produção mundial de ópio e dobrou a de coca, entre 1985 e 1996.” (Super Interessante, 2002, p.42).

O trabalho de atenção a usuários de álcool e/ou drogas muitas vezes ultrapassa os muros das instituições, formando uma rede de assistência que engloba a sociedade através das famílias dos pacientes internados, grupos de mútua-ajuda, instituições e organizações governamentais e não governamentais. Apesar deste apoio constante, o número de internações por uso abusivo de drogas e/ou álcool, bem como casos de reinternação aumentam significativamente, o que indica a necessidade de um olhar mais aprofundado a respeito dos processos de prevenção e de recaída⁴.

No primeiro capítulo, trabalharemos fundamentalmente com o conceito de Craig Nakken⁵ (1996) de que existe um comportamento adictivo⁶ que antecede à dependência química, contemplando-se as características das pessoas que segundo Nakken (1996) possuem uma personalidade adictiva.

A seguir, ainda no capítulo primeiro, oportunizaremos o contato com os conceitos de abstinência e de sobriedade que, segundo Marlatt⁷ (1993), possuem diferenças significativas para a compreensão dos mecanismos que fundamentam o processo de recaída. Os aspectos que antecedem este processo são também abordados, tendo em vista que são parte importante para

³ O termo *doença* para a dependência química tem sido questionada por alguns teóricos como Marlatt (1993) e Carazzai (2002), que o substituem por *uso de substância*.

⁴ “Colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar ou modificar qualquer comportamento-alvo.” (MARLATT, 1993, p.3).

⁵ Craig Nakken é especialista no tratamento da adicção, conselheiro dos terapeutas, dos dependentes químicos e um terapeuta das famílias de adictos, no Instituto da Terapia da Família em St. Paul, Minnesota, EUA. (NAKKEN, 1996).

⁶ Necessidade de controlar os ciclos naturais da vida, buscando, “ao invés de aprender com eles ou lutar contra eles, ser felizes o tempo inteiro.” (NAKKEN, 1996, p.12).

⁷ Dr. Alan Marlatt é psicanalista e pesquisador canadense, PhD, diretor do departamento de psicologia da Universidade de Washington, EUA. (MARLATT, 1993).

as propostas de intervenção do assistente social no processo de manutenção da abstinência e prevenção da recaída.

No Capítulo segundo recuperaremos a nossa experiência de estágio de Serviço Social no Instituto São José. Esta experiência permitiu o aprofundamento dos nossos conhecimentos no campo da dependência química, por ser esta instituição responsável por grande parte das internações por dependência química ao álcool e/ou drogas, no estado de Santa Catarina. O Instituto São José constitui uma das peças importantes da rede que assiste a problemática da dependência química, ganhando destaque nas inovações como o Grupo de reinternos⁸ e o Programa de Família⁹.

Finalmente, identificaremos no terceiro e último capítulo as instituições, grupos e ações que compõem a rede de assistência a dependentes químicos bem como suas fragilidades para então, construir-se as propostas de contribuições do assistente social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção da recaída. Entendendo que, assim como a doença da dependência química, a recaída é um processo que pode e deve ser contido, este Trabalho de Conclusão de Curso desenvolve-se no sentido de levantar algumas hipóteses de fragilidade na rede que dá assistência aos dependentes químicos, indicando possíveis intervenções do profissional do Serviço Social no sentido de prevenção do uso, prevenção da recaída e manutenção da sobriedade.

⁸ Grupo semanal de mútua-ajuda com pacientes reincidentes na Instituição, coordenado pelo Consultor e pelo Assistente Social do Serviço de Dependência Química do Instituto São José.

⁹ Seminários semanais para esclarecimentos sobre dependência química, tratamento e alta, para parentes e amigos dos dependentes químicos internados no Instituto São José.

CAPÍTULO 1

AS CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO ADICTO

1.1 PERSONALIDADE ADICTIVA

“É antes do ópio que minh'alma é doente”. Assim Fernando Pessoa (1997, p.301) em seu poema Opiário, define com precisão a personalidade do adicto. Este poema foi inserido, como introdução a este primeiro capítulo, por ilustrar a angústia que habita todos aqueles que possuem uma personalidade adictiva.

“A adicção é uma crença adictiva num estilo de vida negativo bem como a dedicação da pessoa a esse mesmo estilo” diz Nakken (1996, p.43). Segundo o autor:

Os fundamentos da personalidade adictiva encontram-se em todas as pessoas. Encontram-se no desejo normal de viver a vida com o mínimo possível de sofrimento e o máximo possível de prazer. Encontram-se no nosso negativismo e na nossa desconfiança em relação aos outros e ao mundo, quer o nosso pessimismo seja grande ou pequeno, válido ou não. (Op. cit., p.42-43).

Para o autor, essas convicções são normais, não havendo nenhum problema em querer viver a vida em sua plenitude de benefícios. O problema está quando essas mesmas convicções passam a controlar o modo de viver de uma pessoa, caracterizando assim o processo de adicção.

Nakken (Op. cit.) encara a adicção como um processo, em razão da natureza contínua da mesma. “A adicção tem de ser considerada como um processo progressivo. A adicção tem de ser encarada como uma doença que passa por um desenvolvimento contínuo, que vai desde um começo definido, embora freqüentemente pouco claro, até um ponto final.” (NAKKEN, Op. cit., p.12). Em seu livro Nakken (Op. cit.) trabalha com a idéia de que “processo” envolve

um movimento para uma direção específica, com começo, meio e fim, como um fluxo, uma corrente, que se move de um ponto para outro. Portanto, quando se refere à adicção como processo, o autor está se referindo a uma corrente, um movimento. "Um processo é um conjunto de experiências que indicam uma mudança em particular." (Op. cit., p.33).

A adicção pode ser vista como um conjunto de experiências que indicam um movimento específico numa direção específica, determinando uma séria de mudanças internas no indivíduo adicto. Percebendo as mudanças, manifestações comuns destas experiências, é que o autor (Op. cit.) pôde descrever a adicção.

A adicção começa e desenvolver-se quando a pessoa abandona os meios naturais de satisfazer as suas necessidades emocionais através do relacionamento com outras pessoas, com a sua comunidade, com o seu eu e com o poder espiritual que lhe é superior. O abandono repetido a que a pessoa se volta em favor da "pedrada" da adicção leva a que a personalidade adictiva se desenvolva e, gradualmente, ganhe poder. (NAKKEN, 1996, p.43).

Há pessoas que são mais sensíveis à adicção. São pessoas que não sabem como ter relações saudáveis e a quem ensinaram a não acreditar nos outros. A causa encontra-se, sobretudo, na forma como essas pessoas foram tratadas pelos outros ao crescerem, nunca tendo aprendido a relacionar-se.

Nakken (Op. cit.) considera que as relações saudáveis são fundamentais para o crescimento dos indivíduos como seres com capacidade de amar e serem amados, entendendo por relações saudáveis as relações entre pessoas que não negam os conflitos naturais do cotidiano, enfrentando-os com maturidade. Segundo o autor, são as relações saudáveis que nos trazem a sensação de sermos pessoas especiais, sendo através de relações naturais que as pessoas têm a possibilidade de conhecerem-se e aprenderem a satisfazer as suas necessidades emocionais de forma não adictivas.

Podemos obter um alívio temporário através de objetos e acontecimentos, mas não podemos retirar deles um verdadeiro apoio. Todos nós temos que lidar com problemas, sofrimentos, frustrações e recordações que preferíamos não ter de enfrentar. Em determinadas alturas, todos nós usamos objectos ou acontecimentos para evitar encarar certas coisas. A diferença entre isto e a adicção é que a adicção é um estilo de vida em que a pessoa perde o controlo e fica encerrada numa forma de evasão emocional da vida. (Op. cit., p.16).

Nas fases iniciais da adicção, o adicto procura, através de comportamentos, objetos e substâncias alteradoras de humor, permanecer em uma relação de conforto permanente com a vida, evitando a realidade e a responsabilidade. O adicto procura buscar conforto, evitando confrontar a realidade, razão pela qual, Nakken (Op. cit.) aponta a adicção como uma forma ilusória do adicto encontrar apoio.

A mudança de humor criada pelo actuar nos sentimentos, apenas cria a ilusão de estarem a obter este apoio. O adicto à comida lança-se numa grande comezaina depois de ter uma discussão com o companheiro e encontra a ilusão de paz. De momento sente-se cheio em vez de vazio, mas apenas por algum tempo. Durante esses momentos, cria-se uma sensação intensa de conforto. (Op. cit., p.17).

A mudança de humor criada pelos objetos, comportamentos ou substâncias de que fazem uso, apenas cria a ilusão de conforto. Nakken (Op. cit.) entende que esta ilusão dá-se, inicialmente, no campo das emoções e gradativamente vai “entranhando-se” no adicto, até que se torne uma relação adictiva, ou seja, o comportamento, o objeto ou o uso de substâncias passa a governar o indivíduo que perde o controle dos mesmos.

A adicção é uma relação patológica. O que isto quer dizer? Ser patológico é desviar-se de uma condição saudável ou normal. Quando se diz de alguém que está doente, queremos significar com isso que essa pessoa se afastou daquilo que é considerado “normal”. Portanto a palavra “patológico” quer dizer “anormal”. Por consequência a adicção é uma relação anormal com um objeto ou um acontecimento. Todos os objectos têm uma função normal e socialmente aceitável. (Op. cit., p.21).

A comida serve para alimentar; o jogo serve como fonte de prazer e de divertimento e as drogas ajudam a combater doenças. Estes são exemplos das funções normais e aceitáveis

destes objetos e acontecimentos. Na adicção a relação do adicto com estes objetos ou acontecimentos desenvolve-se de maneira patológica. Estes (objetos, comportamentos ou substâncias), adquirem uma nova função: a de satisfazer incondicionalmente todas as necessidades do adicto.

Outro teórico que identifica a adicção como uma doença de comportamento que antecede e/ou justifica o uso de substâncias que alteram o humor é o Professor Dr. Luiz Renato Carazzai¹⁰.

Carazzai (2002) entende que o uso de drogas não está vinculado a uma predisposição, mas assim como Nakken (1996), entende que o uso de substâncias que alteram a consciência, tem como base o desenvolvimento psicossocial do indivíduo, ou seja, desenvolve-se em pessoas com dificuldades em estabelecer uma relação saudável com a vida. Carazzai (2002) elenca algumas destas características como predominantes no indivíduo adicto. A primeira seria a *Fixação oral* como conseqüência da intolerância às frustrações e à espera de satisfações. Esta fixação realiza-se com o consumo de cigarros ou bebidas alcoólicas, por exemplo. Outras características predominantes no adicto são o *Caráter depressivo* que advém da intolerância à dor e à falta de afeto e a *Farmacotimia* que é a preferência pelos prazeres químicos às satisfações de relacionamentos.

O adicto usa drogas em situações de conflito, usa pelo prazer, como os ansiolíticos, por exemplo, antes de alguma reunião, de um "show". Este tipo de comportamento Carazzai (2002) identifica como *Desordens paranóicas*. Ainda como características que predominam no comportamento adictivo, Carazzai aponta a *Conduta auto destrutiva* que dar-se-ia pela sobregratificação que o adicto recebeu na infância e que culmina em frustração quando

¹⁰ Psiquiatra paranaense especialista em Dependência Química.

adulto, visto que os desejos não podem ser contemplados eternamente¹¹. E por último, Carazzai (Op. cit.) cita o *Sentimento de inferioridade*, que leva o indivíduo a fazer uso de alguma substância ou comportamento, para vencer a insegurança e a timidez.

Entender estas características apontadas por Nakken (1996) e Carazzai (2002) é fundamental para minimizar o sofrimento que acompanha o desenvolvimento de uma adicção, pois muito antes de um indivíduo suspeitar ou saber que se está em um processo de adicção, muitas mudanças estão acontecendo, profundamente, dentro dele. Segundo Nakken (Op. cit., p.34) “quando as pessoas entram no processo de adicção, a maioria continuará nele para o resto da vida, ou chegará em um ponto em que com ajuda de outros escolherá conscientemente um estilo de vida diferente a que se chama ‘recuperação’.”

Todas as pessoas passam constantemente por mudanças de humor, porém, para o adicto, nestas mudanças existe a ilusão de conforto e perfeição. São na maioria das vezes experiências muito intensas. Segundo Nakken (Op. cit.) esta intensidade confunde-se com conforto social e auto-estima, provocando a expectativa do próximo momento de encontro com o comportamento ou substância provocador das experiências intoxicantes. Uma vez que a personalidade adictiva esteja instalada, o objeto, acontecimento ou substância específicos do qual o indivíduo faz uso, passa a ser de importância menor, podendo os adictos trocarem as suas preferências quando começam a ter problemas com um objeto determinado. Podemos citar como exemplo um alcoolista em recuperação que, ao abster-se do álcool, cria adicção a outro objeto como a comida.

É importante ressaltar que os traços de personalidade do adicto não podem se modificar e que, no processo de recuperação, o que se busca é a mudança de comportamento.

¹¹ Aqui podemos estabelecer um paralelo com a educação, em que é fundamental o estabelecimento de limites e regras claras para as crianças constituírem-se como adultos saudáveis.

Se tivermos em mente que a relação de dependência com a droga é a única alternativa que restou para o dependente, torna-se compreensível que o comportamento de drogar-se se efetive através de um ato impulsivo. Não se trataria, portanto, do desejo de consumir drogas, mas da impossibilidade de não consumi-las. Estabelece-se assim um duo indivíduo-droga, no qual tudo o que não é pertinente a essa relação passa para um segundo plano na existência do dependente. (SILVEIRA FILHO, 1996, p.7-8).

Quando Carazzai (2002) aponta como traços principais da personalidade adictiva a impulsividade e a impaciência, quer dizer que na recuperação estas características não podem e não devem¹² ser reprimidas, mas sim substituídas por qualidades como a paciência e a tolerância. E nos comportamentos adictivos como o egocentrismo, onde todas as ações são direcionadas em benefício próprio, deve-se auxiliar o adicto a desenvolver a característica da empatia, que consiste em se colocar no lugar do outro.

As características de uma personalidade adictiva vão tomando conta das ações do indivíduo, desenvolvendo-se por fim, na adicção à substâncias psicoativas ou comportamentos adictivos.

Como já vimos anteriormente a adicção pode ser entendida como um processo. Para melhor compreendê-lo trabalharemos a seguir com o entendimento teórico de Craig Nakken (1996) sobre as fases pelas quais passa o indivíduo adicto, do início ao fim do processo de adicção.

1.2 AS FASES DA ADICÇÃO

Fase Um: A mudança interna

¹² Quando qualquer expressão da natureza humana é reprimida, bloqueada, busca outra forma para manifestar-se, muitas vezes caracterizando-se como perversão, adicção ou violência. (Osho, 1997?).

É no nível emocional onde primeiro a personalidade adictiva ganha controle. Os adictos comportam-se como crianças, seguindo seus impulsos emotivos. Nesta fase, a pessoa sente-se emocionalmente ansiosa, inquieta e culpada. “Estes são alguns dos sinais internos de aviso que uma pessoa pode sentir, mas faz parte do processo de adicção aprender a negar estes sinais de aviso.” (NAKKEN, 1996, p.46). Como se vê a adicção é também um processo de negação da realidade e de si próprio. Para que a adicção possa progredir a negação da realidade tem de realizar-se.

Recusando-se a reconhecer a perda de controle emocional, evitando a realidade da situação, o adicto cria para si mesmo mais sofrimento, tornando-se obsessivo em responder o porquê de tanto desconforto. Como não gosta do que está sentindo, cada vez que o sentimento aparece, perde uma pequena parte do controle que é transferida para a adicção.

A diminuição do Eu, ou seja, **aquilo que a pessoa é sem o aspecto doentio da adicção**, causa um aumento da personalidade adictiva. Na adicção, há um conflito interno quase constante entre o Eu e o Adicto. Nesta luta quem ganha é o Adicto. É a isto que se chama “perda de controlo”. Quanto mais longo for o combate, maior será o controlo que a personalidade adictiva adquire e estabelece. (Op. cit., p.17, grifo nosso).

Para cada confronto entre o Eu e o Adicto, o Adicto torna-se mais forte. Lutar e debater-se contra qualquer coisa que tem mais força que você, esgota sua energia. Em cada derrota, perde-se um pouquinho da auto-estima. “É por isso que, na recuperação, as pessoas são ensinadas à render-se. É aceitando que não podem vencer a doença que a pessoa encontra força para começar a relacionar-se com os outros”, diz Nakken (Op. cit., p.48). Já na fase ativa da adicção, a relação íntima que uma pessoa desejaria ter com um amigo começa a ser substituída por rios de chocolate ou por álcool, por exemplo, e seus atos e palavras acabam por distanciá-la das pessoas de quem gosta, tornando-se uma pessoa isolada.

Lentamente, com o tempo, a lógica adictiva vai se transformando num sistema de crenças ilusórias que passa a tomar conta da vida da pessoa. Segundo Nakken (Op. cit.), à medida que a doença progride, este sistema torna-se cada vez mais complexo e rígido, descrito normalmente como um muro que rodeia o indivíduo. Este muro tem duas funções principais: manter o indivíduo encarcerado dentro de si mesmo, tendo como possibilidade de relacionamento somente o Adicto no seu interior e, conservar afastadas as pessoas que poderiam por em perigo a sua relação adictiva.

Fase Dois: Mudança de estilo de vida

Uma vez que a personalidade adictiva encontra-se firmemente instalada, os aspectos comportamentais da adicção tornam-se mais predominantes. “O comportamento adictivo – tal como gastar dinheiro de forma adictiva, ir à livrarias pornográficas ou comer demais, acontece apenas depois do desenvolvimento da personalidade adictiva.” (Op. cit., p.57). Estes comportamentos são os sinais do descontrole interno do indivíduo. Quando a pessoa perde também o controle do seu comportamento, o autor está falando da Fase Dois.

Na Fase Um o comportamento da pessoa mantinha-se quase sempre dentro dos limites socialmente aceitos, porém, internamente, o adicto já estava desenvolvendo uma dependência mental profunda e completamente obsessiva que vem se manifestar na Fase Dois.

Nesta Fase, começa a se desenvolver o que Nakken (Op. cit., p.58) refere como uma dependência comportamental¹³. Uma vez que a personalidade adictiva tenha instalado um controle emocional e mental, o indivíduo torna-se dependente da personalidade adictiva e não

¹³ “A dependência comportamental dá-se quando a pessoa começa a por em prática o sistema de crenças da adicção de forma ritualista e seu comportamento se torna cada vez mais descontrolado.” (NAKKEN, 1996, p.58).

da mudança de humor, do objeto ou do acontecimento. O sistema de crenças adictivo passa a ser o fundamento da pessoa e desenvolve-se determinando um estilo de vida próprio da adicção.

Nesta Fase, os adictos passam a se orientar seguindo a lógica adictiva, deixando que a mesma organize suas vidas e relações, ou seja, seu tempo, trabalho e interesse, voltam-se totalmente para o objeto de sua escolha. Se é um dependente de cocaína, por exemplo, acorda pensando quando vai poder inalar ou injetar, trabalha esperando o fim do expediente para poder fazer uso da cocaína, sendo até mesmo capaz de sair no meio do dia para comprar a droga, mesmo que isto comprometa sua relação de emprego. Tudo o que ganha tem como único objetivo o consumo da cocaína. Todas as pessoas com quem se relaciona devem ter o mesmo interesse que ele, ou seja, usar a droga.

O estilo de vida adictivo reveste-se de várias formas. A mentira passa a ser usada pelo adicto para justificar seus atos adictivos. Ele inventa doenças, morte de familiares, problemas que pedem resolução imediata, etc., para poder faltar ao trabalho, ou para ir atrás da droga, por exemplo. Outro aspecto que faz parte do estilo adictivo é o do adicto sempre eximir-se de culpa, culpando outros, mesmo sabendo que estes não são culpados. Ou seja, ele não se responsabiliza pelo uso da droga, ele faz uso de álcool e/ou drogas porque a esposa o atormenta, ou porque o patrão o está oprimindo, ou o governo não lhe dá a assistência devida e assim por diante.

Nesta Fase, o adicto retrai-se socialmente e seu comportamento torna-se cada vez mais ritualizado. Os rituais são uma forma de linguagem do comportamento. Eles falam, através da ação do corpo, da fé dos valores e das crenças de cada indivíduo, o que os torna bastante significativos para o ser humano, na medida em que unem a todos que têm as mesmas crenças e valores. Nakken (Op. cit.) explica que, por ser a nossa cultura formada por grupos e que cada

um destes grupos possui seus próprios rituais com regras de conduta que ajudam a ligar seus membros entre si, não deixa de ser diferente para o adicto. Conhecer e participar nos rituais de um grupo é sinal de que se pertence a esse grupo.

Na adicção, os rituais transformam-se em afirmações de valor sobre as crenças do Adicto. Estes rituais podem ser, e são muitas vezes, totalmente opostos às crenças do Eu. Assim, na adicção, a pessoa exprime com o seu corpo a lógica adictiva que existe no seu espírito. (Op. cit., p. 61).

O adicto começa a encontrar justificativas para suas ações, recusando-se aceitar o medo e o sofrimento causados pelo mau comportamento. É nesta Fase que o adicto se volta para a negação, a repressão, as mentiras, as racionalizações e outras defesas para o ajudarem a enfrentar a situação.

Fase Três: Colapso da Vida

“A Fase Três ocorre porque a adicção realiza com êxito o seu trabalho de produzir dor, medo, vergonha, solidão e raiva. A Adicção cria estes sentimentos para que o Adicto possa adquirir controle sobre o Eu.” (Op. cit., p.83). Desta maneira a adicção cria a necessidade de obter alívio, prometendo que este virá com a modificação do humor.

Nakken (Op. cit., p.84) chamou esta Fase de “Colapso da Vida” porque nela a pessoa literalmente sucumbe sob a tremenda tensão e a sua vida e personalidade se desagrega. De todas as doenças, a adicção é uma das que mais produz tensão. O Adicto acaba por sucumbir no aspecto emocional, mental, espiritual e físico, sob a tensão e o sofrimento causados pela adicção.

Nesta Fase, o uso ou a atividade de adicção já não produzem muito prazer. Ainda produzem uma certa modificação no humor, mas aumenta muito o sofrimento do qual se tem

de fugir. Ainda que a pessoa se sinta mais distante desse profundo mal estar enquanto “atua” (faz uso de alguma substância ou comportamento adictivo), a presença do sofrimento é sentida de forma quase permanente.

O aspecto mágico da adicção – a embriaguez, a pedrada – começa a desfazer-se sob a tensão porque a pessoa está a viver debaixo de uma sobrecarga emocional. [...] Muitos adictos em recuperação referem que, nesta fase, a sua preocupação com o actuar e o viver num mundo de fantasia produzia tanto ou mais prazer e alívio que o próprio actuar. (Op. cit., p.84).

Nesta Fase, os aspectos ameaçadores provocados pelo processo adictivo e que põem em perigo a vida, tornam-se óbvios, não só para o adicto, mas também para a família e para os amigos. O adicto encontra-se completamente entregue ao processo, sendo incapaz de quebrar o ciclo da adicção se não houver uma forma qualquer de intervenção.

A lógica adictiva também começa a falhar. Até mesmo para o adicto, o seu comportamento não faz mais sentido e ele passa a assumir um estilo de vida baseado no ritual adictivo para que possa sentir um certo grau de bem estar centrado em si mesmo e com pouca flexibilidade. Assim, o adicto agarra-se a um estilo de vida muito rígido, sentindo-se desconfortável com tudo que não lhe seja familiar.

Todos nós conhecemos a paz e segurança que encontramos nos rituais e objetos familiares – especialmente em épocas de tensão. Isto também é verdade para o adicto, que poderá odiar actuar sentimentos mas encontra segurança nisso. Assim, em alturas de tensão, faz um recuo rápido a fim de actuar. (Op. cit., p.85).

As situações novas tornam-se um pesadelo para o adicto. A vida encontra-se totalmente controlada pelo sistema de crenças adictivo. Segundo Nakken (Op. cit.), a lógica adictiva torna-se muito simples neste estágio. Consiste em “usar”¹⁴ e existir. Nesta fase um adicto apenas conviverá com pessoas e idéias que aumentem o estilo de vida adictivo. Qualquer outra possibilidade é deixada de lado.

¹⁴ Fazer uso de substância ou comportamento, objeto de escolha da adicção.

Como já mencionado anteriormente, são tantas as situações de tensão que o adicto tem que resolver, que acaba por sucumbir emocionalmente. O adicto pode começar a chorar descontroladamente pelo mínimo motivo, por exemplo, ou ter ataques de fúria sem que haja razão aparente para eles. O adicto sente que o mundo inteiro se voltou contra ele.

Nesta Fase fica claro que o fato de o adicto se ligar mais emocionalmente com um objeto ou acontecimento e não com as pessoas, já cobrou seu preço. Ele começa a questionar sua capacidade de convivência social, já não sendo mais capaz de manipular os outros para satisfazer suas necessidades adictivas. Sente-se então, extremamente inseguro. É comum neste período que os adictos estejam rodeados por pessoas que apenas estão com eles pelos sentimentos de responsabilidade ou piedade, ou pelo sentimento de culpa que sentiriam se os abandonassem.

Neste momento do processo, o adicto comporta-se como se quisesse que as pessoas mantivessem-se afastadas, mas quando estas vão embora, sente-se bastante perturbado. O adicto quer estar sozinho, mas no íntimo teme estar só. É nesta fase que o adicto desenvolve problemas sérios com o meio, advindos da dificuldade de aceitar os limites dos que os rodeia. O comportamento torna-se incontrolável e os problemas com emprego, justiça e família são visíveis. Outro sinal da gravidade do processo adictivo são os danos físicos.

A doença da adicção pode progredir até um ponto em que a pessoa começa a apresentar sinais físicos de colapso. A adicção produz muita tensão e, depois de anos e anos de tensão emocional e psicológica, a pessoa começa a apresentar problemas físicos. (Op. cit., p.91-92).

Em todas as formas de adicção, os sistemas emocional e psicológico do adicto encontram-se bastante sobrecarregados, gerando um grande impacto sobre o coração e outros órgãos do corpo. No caso específico da adicção ao álcool os danos pelo uso abusivo do mesmo, como a Hepatite C e a Cirrose, são muitas vezes irreversíveis.

O sofrimento torna-se insuportável. Sentindo-se preso e sem possibilidades para quebrar o processo de adicção, o adicto constantemente pensa em suicídio. Suicidar-se parece ser o caminho mais rápido para livrar-se do processo adictivo ou para encontrar o prazer que a adicção não proporciona mais. Esta angústia existencial é mais uma vez demonstrada com um trecho do poema *Opiário* de Fernando Pessoa (1997, p.305):

Ah que bom que era ir daqui de caída
Pra cova por um alçapão de estouro!
A vida sabe-me a tabaco louro.
Nunca fiz mais do que fumar a vida.

E afinal o que quero é fé, é calma,
E não ter estas sensações confusas.
Deus que acabe com isto! Abra as eclusas
E basta de comédias na minh' alma!

Para quebrar o Ciclo adictivo faz-se necessária ajuda externa. O mundo adictivo baseia-se num fluxo de vida voltado para o interior. Na recuperação o adicto vai ter que reaprender a virar-se para fora e manter este fluxo para o exterior, não só mantendo-se abstinência, mas procurando estabelecer mudanças de comportamento que o levem à sobriedade.

Até aqui tratamos da personalidade adictiva referente às adicções de maneira geral. No próximo item, trataremos especificamente da sobriedade e da abstinência ao álcool pelo fato de o alcoolismo¹⁵ e os alcoolistas¹⁶ possuírem características próprias e por ter sido o nosso principal objeto de investigação durante os meses de Estágio no Instituto São José.

¹⁵ "O alcoolismo é uma dependência química e isso é uma doença primária, crônica, incurável e fatal. Sempre termina em morte. É uma pena. Quem é dependente químico, se não morre de overdose, suicídio ou câncer no fígado, morre de acidente de carro ou coisa assim." (RUSSO, 2002, p. 16).

¹⁶ Existem várias palavras para denominar a pessoa que é dependente do álcool como: alcoólatra, alcoólico ou alcoolista. "O termo alcoólatra deixa deduzir alguma adoração, devido ao segundo componente da palavra. A literatura mostra que o dependente de álcool é um doente que usa álcool por necessitar dele, não por adorá-lo." (RAMOS apud PUEL, 1991, p.11). Deste modo, como tem sido tendência geral de quem trabalha com o tema, usar a palavra alcoolista, optamos por adotá-la também neste trabalho.

1.3 ABSTINÊNCIA E SOBRIEDADE

Primeiramente faz-se necessário entender o que caracteriza o alcoolismo. A dependência química ao álcool é entendida pela maioria dos autores consultados (JOHNSON, 1992, MARLATT; GORDON, 1993; NEVES, 2001) como uma doença primária, progressiva, crônica e fatal.

Segundo Johnson (1992), a dependência química é uma doença primária porque exige prioridade no tratamento, bloqueando todo e qualquer cuidado ou tratamento que se queira proporcionar a qualquer outro problema de ordem médica ou emocional; “[...] se um alcoolista tem um fígado doente (o que nos estágios derradeiros, é bastante comum), o médico nada poderá fazer em relação ao fígado antes de controlar o alcoolismo.” (Op. cit., p.12).

A segunda característica da doença é que ela é progressiva. Um indivíduo não se torna dependente de um dia para o outro uma vez que, a dependência química vai aumentando gradativamente. Para uma pessoa tornar-se um alcoolista, é preciso desenvolver tolerância¹⁷ ao álcool. Uma pessoa cujo organismo rejeita sistematicamente o álcool com náuseas e vômito, por exemplo, provavelmente não vai desenvolver o alcoolismo. Para o desenvolvimento da doença é necessário que se obtenha prazer com a ingestão da substância, especialmente no início do uso da mesma.

A terceira característica apontada por Johnson (Op. cit.) é que a doença da dependência química ao álcool é crônica. O alcoolismo não tem cura, mas pode ser controlado. O controle se faz com a abstinência total do álcool. Instalada a dependência, o alcoolista não consegue

¹⁷ “A tolerância se traduz pela diminuição da duração e intensidade dos efeitos, após uma adaptação do organismo a uma determinada substância, conduzindo o indivíduo a aumentar as doses para obter os mesmos efeitos.” (SILVEIRA FILHO, 1996, p.23).

mais beber socialmente e, uma vez ingerida uma pequena quantidade de álcool, perde totalmente o controle sobre o momento de parar de beber.

E finalmente, a dependência química é apontada como uma doença fatal. Se o alcoolismo não for controlado, leva à morte. Diz Johnson (Op. cit.) que a morte pode ser causada tanto por problemas físicos como cirrose, diabetes, falência múltipla de órgãos, bem como por acidente de carro, de trabalho ou briga, entre outros.

Após avaliação médica o alcoolista pode ser tratado, conforme o seu grau de dependência. O adicto tem como uma de suas características a negação da doença, como já vimos anteriormente, fazendo com que busque ajuda quando o processo de adicção ao álcool já está bastante avançado, sendo normalmente necessária a internação.

Estudos (DOUGLAS, 1978 ; NEVES, 2001) demonstram que o álcool é uma substância provocadora de alterações da mente e do comportamento humano, além do que, seu uso freqüente leva as pessoas, nascidas com predisposição¹⁸, ao alcoolismo. A única alternativa que uma pessoa dispõe para livrar-se dos males que a dependência ao álcool pode causar é privar-se do seu uso, ou seja, mantendo-se abstinência. Porém, a meta é atingir a sobriedade a qual caracteriza-se por um período longo de abstinência. Sobriedade, diferentemente da abstinência, é viver bem, com qualidade de vida.

Para Burns (ISTO É, 1999, p.123), diretor da clínica de desintoxicação Vila Serena em São Paulo, “é preciso entender os motivos de cada um e mudar sua percepção de que o mundo é uma droga.” Para o autor, o maior desafio da recuperação está em devolver o dependente a um saudável convívio social.

¹⁸ Filhos ou netos de adictos têm 4 vezes mais chances de desenvolver uma adicção, bem como indivíduos que têm tolerância à substância de escolha. (CARAZZAI, 2002).

O tratamento do alcoolismo é um processo que prevê várias etapas. A internação dura aproximadamente 30 dias e inicia com a desintoxicação. Durante o mês da internação o alcoolista pode se conscientizar de sua doença e estabelecer propostas de mudança de vida para, quando sair da clínica, manter-se abstinente. É importante o indivíduo ficar o menor tempo possível na clínica, para ter condições de reaprender com o convívio social. De nada adianta o indivíduo apenas parar de beber, é preciso mudar hábitos e melhorar a qualidade de vida.

“A terapia de tratamento para o alcoolista precisa tratar a pessoa no seu todo, pois o alcoolista sofre no seu aspecto emocional, mental, físico e espiritual.” (JOHNSON, 1992, p.88). Se não for feito o tratamento integral da pessoa, a recaída é inevitável, diz Johnson (Op. cit.). O autor cita como exemplo um alcoolista que foi submetido ao tratamento apenas do distúrbio emocional.

Este dependente sai do atendimento médico pensando: *Eu me sinto tão bem agora. Eu posso superar o problema.* Em seguida, a experiência com o álcool anula o ganho adquirido no ambiente emocional e faz com que o alcoolista mergulhe novamente na mesma espiral de autodestruição. (Op. cit., p.89).

O tratamento integral a que se refere Johnson (Op. cit.) consiste em um processo de recuperação da dependência química, realizado em clínicas para recuperação. Este processo é composto por 4 etapas: Reconhecimento, Aquiescência, Aceitação e Renúncia.

A primeira etapa é a do Reconhecimento. Reconhecimento, por parte do alcoolista, de sua dependência e impotência perante ao álcool. Compreende, pelo fato de estar em uma clínica de recuperação, a gravidade de sua condição.

Em seguida vem a etapa da Aquiescência. “Durante este período, as atitudes dos pacientes mudam de forma significativa.” (Op. cit., p.115). O Adicto ao álcool não põe mais em dúvida a sua condição de dependente e a seriedade de sua condição, aceitando totalmente a

realidade da situação em que se encontra. Sente-se desafiado a parar de beber, assumindo a responsabilidade por estar bebendo em excesso.

A terceira etapa é a da Aceitação. Johnson (Op. cit.) considera um progresso real o do alcoolista que chega a esta fase. O dependente aceita sinceramente a responsabilidade pessoal por sua recuperação, mostrando-se corajoso com relação ao enfrentamento da gravidade de seus sintomas e do caráter fatal da própria doença. Sente-se grato por alguém ter interferido para que realizasse o tratamento. Mostra-se esperançoso quanto a sua recuperação.

A Quarta e última etapa é a da Renúncia. Aqui o adicto em recuperação está apto a renunciar aos lugares, aos comportamentos e aos amigos da ativa, bem como renunciar ao agente causador da dependência (álcool, drogas).

A fase da Renúncia se caracteriza por uma atitude adequada de precaução em relação ao futuro. Há uma constatação corajosa do paciente de que, durante o período de tempo que virá pela frente, será necessário um apoio constante vindo das pessoas que com ele conviverão. (Op. cit., p.118).

Os adictos têm plena consciência de que ao saírem da clínica de recuperação, vão enfrentar muitas dificuldades para manterem-se abstêmios, porém mostram-se esperançosos, prontos para o novo processo que se inicia que é o da manutenção da abstinência.

Ainda segundo Johnson (Op. cit.), a abstinência deve ser o objetivo do tratamento. Para isto o indivíduo precisa aprender a lidar com cinco sentimentos básicos: culpa, pena, raiva, remorso e vergonha. Culpa do que fez ou deixou de fazer, raiva por não conseguir parar de beber, pena de si mesmo, remorso pelo mau comportamento e vergonha pelo fracasso e pela sua condição de alcoolista. Estar abstêmio significa não apenas evitar o álcool, mas também definir os acontecimentos que aumentaram o processo de adicção e desenvolver estratégias para que o indivíduo possa proteger-se desses acontecimentos e comportamentos¹⁹.

¹⁹ No Capítulo terceiro iremos tratar das possibilidades que um alcoolista em recuperação tem para manter-se abstêmio e buscar a sobriedade.

A abstinência, muitas vezes, leva o dependente em recuperação a um quadro de desconforto e sofrimento tão severos que a vida fica difícil sem o álcool. Nestas circunstâncias ele pode racionalizar, achando que um gole não lhe fará tão mal quanto o sofrimento da abstinência. Com o primeiro gole advém outros, o que constitui a recaída. Se o adicto em recuperação não reestruturar significativamente sua vida, fazendo mudanças de comportamento como evitar amigos e lugares que freqüentava quando estava em adicção ativa, são bastante grandes as chances de recaída. No próximo item trataremos o entendimento deste processo.

1.4 O PROCESSO DA RECAÍDA

Em 1973, Terence Gorski (GORSKI; MILLEN, 1996, p.2) identificou 37 sinais de aviso das recaídas. Depois de estudar exaustivamente 118 histórias clínicas de pacientes, Gorski concluiu que estas histórias apresentavam 4 pontos em comum: o 1º ponto em comum é que os pacientes estudados, tinham feito tratamento de reabilitação de dependência química em 21 ou 28 dias; o 2º é que os pacientes estudados tinham aceitado o fato de que eram pessoas em recuperação e que não podiam beber álcool e/ou usar drogas de forma segura; o 3º ponto comum a estes pacientes é que todos eles tinham procurado, em consciência, ficar permanentemente sóbrios através dos Programas de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, e através de acompanhamento profissional; e, por fim, o 4º ponto em comum, é que estes pacientes tinham recaído (voltado a fazer uso do álcool), independentemente de sua vontade inicial de manterem-se sóbrios.

Segundo estes autores (Op. cit.) o Processo de recaída tem 11 fases.

1ª Fase – Sinais interiores de recaída

Durante esta fase o dependente em recuperação costuma experimentar uma incapacidade de funcionar normalmente. Mostra dificuldade de pensar com clareza e resolver problemas simples do cotidiano. Frequentemente tem “brancos”, mostra também, dificuldade em concentrar-se ou pensar logicamente e, como consequência, não consegue interligar fatos e avaliar suas repercussões. Apresenta dificuldades em gerir seus sentimentos e emoções, reagindo emocionalmente de forma excessiva. Estas dificuldades podem gerar variações de humor, depressão, ansiedade e medo. Como resultado tende a ignorar seus sentimentos, recalcar-los ou esquecê-los.

A memória do dependente químico em recuperação também é afetada, impedindo-o de adquirir novos conhecimentos e de desenvolver novas habilidades sociais. As informações ou conhecimentos recém aprendidos tendem a dissipar-se nos 20 minutos seguintes. Apresenta também dificuldades em recordar acontecimentos-chave da infância, adolescência e até da vida adulta. Sente-se bloqueado, perplexo ou desligado dessas recordações, possibilitando que decisões erradas sejam tomadas em razão dessas dificuldades.

Ainda como sinal interior de recaída, o adicto apresenta dificuldade em lidar com o *stress* cotidiano, não conseguindo reconhecer os seus sinais. Mesmo quando os reconhece é incapaz de relaxar. Práticas para relaxar, utilizadas por outras pessoas, com sucesso, para o dependente químico costumam não funcionar. Como resultado deste *stress* contínuo, há dias em que a tensão é tão grande que sente-se à beira do colapso físico e emocional.

Outra dificuldade que afeta sobremaneira o dependente químico em recuperação é a dificuldade para dormir. Ele não consegue dormir e quando o faz tem sonhos aterrorizantes.

Pela manhã a sensação é a de que não descansou. Exausto, não consegue levantar, chegando a dormir o dia seguinte inteiro.

Segundo Gorski (Op. cit.): os reflexos também mostram-se prejudicados. A falta de coordenação motora muitas vezes resulta em tonturas, falta de equilíbrio e reflexos lentos. Estes problemas podem facilitar a ocorrência de acidentes que, por sua vez, vão agravar o quadro geral de problemas.

Por fim, todos estes sintomas geram no dependente em recuperação, vergonha, culpa e desespero. Vergonha porque acredita que está enlouquecendo; culpa porque acha que vai fazer alguma coisa errada, ou falhar em seu plano de recuperação e, desespero porque acredita que não pode ter esperança.

2ª Fase – Volta da negação

Nesta fase o dependente torna-se incapaz de reconhecer e dizer com honestidade o que está pensando. Apresenta extrema preocupação com o seu bem estar. Os sinais interiores de recaída provocam em muitas pessoas um sensação de medo e ansiedade e de que “as coisas não estão fáceis”. Por estar com medo, pode ignorar ou negar seus sentimentos da mesma forma que negava sua dependência.

3ª Fase – Comportamento evasivo e defensivo

É neste momento do processo de recaída que, segundo Gorski (Op. cit.): o dependente químico evita pensar em fatos ou situações que possam trazer de volta sentimentos dolorosos e desconfortáveis. Como resultado, evita pessoas ou situações que o levem a uma visão honesta

de si próprio, evidenciando uma postura defensiva. Esta postura pode ser flagrada quando da apresentação dos seguintes sintomas: acreditar que nunca mais irá beber; preocupar-se mais com os sintomas dos outros do que com os seus; tornar-se defensivo quando compartilha problemas pessoais ou problemas do programa de recuperação. Pode apresentar também comportamento compulsivo na forma de pensar e agir. Demonstra tendência a querer controlar tudo e todos, teimosia, rigidez e idéia fixa.

É nesta fase que o dependente começa a isolar-se, passando muito tempo sozinho, arranjando desculpas para se afastar dos outros. Em vez de lidar com a situação fazendo contatos e procurando pessoas, passa a ter um comportamento mais impulsivo e compulsivo.

4ª Fase – Construção da crise

Nesta fase, o adicto em recuperação, experimenta uma seqüência de problemas pessoais causados pela negação de sentimentos, pelo isolamento e por se tornar negligente no cumprimento do programa de recuperação. “Embora continue a querer resolver estes problemas esforçando-se para isto, para cada problema resolvido dois novos aparecem.” (Op. cit., p.6). O adicto passa a ver a vida como se esta fosse feita de partes isoladas e sem relação entre si, o que cria a falsa convicção de que tudo está sob controle.

Sintomas de depressão começam a manifestar-se de forma persistente. Deixa de planejar o dia a dia, esquecendo-se dos pormenores, tornando-se indiferente à própria vida. Como não constrói planos realistas, estes começam a falhar. Muitos destes problemas se parecem com os problemas do tempo de ativa, como problemas de trabalho e relacionamento. Diante desta situação sente-se culpado e com remorsos.

5ª Fase – Imobilização

Nesta fase o dependente já foi arrastado pelas engrenagens da vida, mais do que ele pôde controlar, tornando-o incapaz de passar à ação. A concentração torna-se cada vez mais difícil, aparecendo as fantasias de fuga ou de salvação e a esperança de recuperação passa a ser vista como um “milagre”. Desenvolve a sensação de fracasso que pode ser real ou imaginária. Pequenas falhas são exageradas. “A convicção de que *peelo menos tentei, fiz o meu melhor, mas a recuperação não funciona*, começa a instalar-se.” (Op. cit., p.7).

6ª Fase – Confusão e reação exagerada

Nesta fase, o dependente em recuperação tem dificuldade de pensar com clareza. Mostra-se revoltado contra os que o rodeiam e contra si mesmo. Torna-se muito irritado, reagindo de forma exagerada à situações de pouca importância.

7ª Fase – Depressão

O dependente torna-se tão deprimido, que fica incapaz de manter a rotina diária. Constantemente aparecem as idéias de suicídio e de voltar a beber, como forma de aliviar a depressão persistente.

8ª Fase – Perda de controle sobre o comportamento

Gorski (Op. cit.) menciona que, nesta fase o dependente torna-se incapaz de controlar o comportamento e viver normalmente o cotidiano. A negação e a total falta de consciência da perda de controle, continuam presentes. A vida torna-se caótica e com problemas em todas as áreas, inclusive no processo de recuperação, apresentando os seguintes sintomas: frequência irregular às reuniões de grupos de apoio; desenvolvimento de uma postura despreocupada com os problemas; isolamento das pessoas que podem ajudá-lo; racionalização quanto a achar que a vida parece estar desgovernada desde que entrou em abstinência e, por fim, um intenso sentimento de desespero.

9ª Fase – Reconhecimento da perda de controle

“A negação acaba por ceder, dando lugar ao reconhecimento da gravidade dos problemas, do grau de descontrole sobre a vida e do grau de impotência para resolver qualquer problema.” (Op. cit., p.9). Para Gorski e Millen (Op. cit.) esta tomada de consciência é aterradora e muito dolorosa. O adicto encontra-se tão isolado que parece não ter a quem pedir ajuda. Desenvolve sintomas de auto-piedade, de achar que pode voltar a beber socialmente, reconhece a prática da mentira, mas não consegue interromper o processo. Perde completamente a autoconfiança.

10ª Fase – Redução do leque de opções

Preso ao ciclo vicioso do sofrimento, nesta fase o dependente é incapaz de gerir sua própria vida. Agrava-se a convicção que só há três saídas: loucura, suicídio ou a volta ao consumo de álcool. Já não acredita em nenhum tipo de ajuda. Sente raiva por não se comportar

como gostaria, raiva do mundo, dos outros e de si próprio. Deixa de ir às reuniões de Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, esquece de tomar medicação, agrava suas relações sociais. Sente-se completamente deprimido e só.

Esta progressiva e desastrosa perda de controle começa a causar sérios problemas em todas as áreas da vida, incluindo a saúde física. Apesar de todos os esforços para readquirir o controle da vida, fracassa.

11ª Fase – Volta ao uso ou colapso físico e emocional

Para Gorski (Op. cit.) neste ponto, o dependente está tão desesperado que acredita poder controlar o uso da bebida. Planeja beber controladamente por um curto período de tempo.

O consumo inicial produz intensos sentimentos de culpa e vergonha, advindos do auto-julgamento de ter feito algo errado. O dependente ao recair sente-se como uma prova viva de que é irrecuperável. Na recaída a perda de controle pode ser gradual, mas geralmente resulta rapidamente em descontrole, podendo atingir níveis de frequência e quantidade superiores aos do início da recuperação. Uma vez instalada por completo a adicção, o adicto tem como opções o tratamento para a recuperação ou fatalmente, a morte. É neste momento que a intervenção terapêutica ganha destaque.

Segue-se portanto, no capítulo segundo, um relato das características do Instituto São José, especialmente no que concerne ao tratamento dado a dependentes químicos de álcool e outras drogas, destacando-se o trabalho do Serviço Social do Serviço de Dependência Química, características estas consideradas relevantes para este Trabalho de Conclusão de Curso.

CAPITULO 2

O CAMPO DE ESTÁGIO

2.1 O INSTITUTO SÃO JOSÉ

O Instituto São José²⁰ é um centro para tratamento de transtornos mentais e dependência química, inaugurado no dia 25 de maio de 1968 por cinco médicos²¹. Nestes mais de 30 anos de existência, consagrou-se como uma referência no tratamento dos transtornos mentais e da dependência química, tendo como objetivo principal:

assistir aos portadores de transtornos mentais e de comportamento, valorizando-se a criação e difusão do conhecimento, com base no fato de que aspectos médicos e psico-sócio-culturais, participam na gênese, no tratamento e na reabilitação para a saúde. (FONSECA; GONZAGA; KRIEGER, 2001, p.14).

Para alcançar este objetivo o Instituto São José procura valorizar o ser humano, trabalhar com princípios da ética profissional, respeitar os preceitos legais, demonstrar compromisso social e usar os preceitos científicos, buscando sempre e para isto, a capacitação da sua equipe de trabalho.

Os prédios para atendimento dos pacientes internados são distribuídos geograficamente em uma colina com 4.000 m² de área construída, distribuídas em 15.000 m² de terreno. (REVISTA ISJ n.º 4). Para o desenvolvimento das atividades oferecidas, o Instituto São José oferece uma quadra de esportes polivalente, lanchonete e churrasqueira, espaço com

²⁰ O Instituto São José fica à Rua Antônio Ferreira, 113, no Centro Histórico do município de São José em Santa Catarina.

²¹ Dr. João Haroldo Bertelli, Dr. Aberlado Vianna Filho, Dr. Júlio César Gonçalves, Dr. João Augusto de Melo Saraiva, Dr. Antônio Santaella e também o Cirurgião – Dentista Hamilton Figueira Ferrari. Algum tempo depois o Dr. Hamilton Ferrari foi substituído pelo Dr. Ivan Bastos de Andrade e, mais recentemente, juntou-se ao grupo o Dr. Aristeu Stadler. (REVISTA ISJ n.º 4, p.2).

salas de oficina terapêutica, de grupo de terapia e de psicologia, ambulatório médico com três consultórios e sala de espera, estacionamento e ainda uma área onde se encontram as salas da diretoria e da administração e sala de reuniões com TV e vídeo. Dispõe de acomodações semi-privativas, quartos individuais, apartamentos e suítes, além de áreas de estar, leitura e lazer.

O Instituto São José conta com uma equipe multiprofissional qualificada de psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, consultor em dependência química, nutricionista, psicólogos, clínicos, terapeuta ocupacional, administradores, auxiliares e técnicos de enfermagem, voluntários e estagiários. Estes profissionais atendem a diversos programas de assistência aos transtornos mentais, serviços de ambulatório e atendimento médico, tanto atendimento particular quanto a convênios, podendo ser estes atendimentos individuais ou em grupo, nas áreas de psiquiatria e clínica médica. Além destes programas o Instituto São José também oferece o Programa Hospital-Dia e o Programa Hospital-Noite, bem como programas de acompanhamento terapêutico e de psiquiatria geriátrica.

2.1.2 O Serviço da Dependência Química

O Serviço da Dependência Química do Instituto São José, onde efetivamente realizou-se o nosso estágio, conta com uma Equipe Multidisciplinar, constituída por 2 psiquiatras, 1 clínico geral, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 consultor em Dependência Química, bem como auxiliares e técnicos de enfermagem, os quais atuam lado a lado visando o bem estar e sobretudo a recuperação dos pacientes internados na Instituição.

O trabalho desenvolvido pela equipe da Dependência Química está sempre se atualizando, visando o desenvolvimento do melhor trabalho com os pacientes. Moreira (1987) menciona que desde o início do “Serviço de Alcoolismo” inaugurado há 30 anos, já havia a

preocupação em oferecer aos pacientes atividades terapêuticas individuais ou em grupo, os quais buscavam a conscientização da doença. Estas atividades sempre foram desenvolvidas por Equipe Multidisciplinar. No início trabalhou-se com a metodologia do modelo Minnessota, que consiste em, através do confronto das falas do paciente com aquelas buscadas junto à família, possibilitar ao dependente químico, deparar-se com as dificuldades decorrentes de sua dependência, podendo assim modificar seu comportamento.

Hoje esta Equipe multidisciplinar já tem desenvolvido um modelo próprio de atuação servindo de modelo para outras instituições do Estado que também desenvolvem trabalho com dependentes químicos.

A linha filosófica utilizada é a dos Alcoólicos Anônimos (AA), que busca a manutenção da sobriedade através de 12 Passos. Os 12 Passos de AA (Anexo 1) permitem que o alcoólico em recuperação guie-se dentro de um processo seguro, desde o 1º passo ao admitir sua impotência perante ao álcool, até o 12º passo, quando, já em recuperação, torna-se apto a levar a sua mensagem para os alcoolistas que ainda sofrem.

Além do trabalho fundamentado nos princípios filosóficos do AA, a instituição utiliza o método “Entrevista Motivacional”. Este método é um grande auxiliar para se trabalhar com pessoas que necessitam fazer mudanças em suas vidas, o que é primordial para o adicto que deseja recuperar-se.

A entrevista motivacional é uma abordagem criada para ajudar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar a decisão de mudar o comportamento. Baseia-se em estratégias de aconselhamento centrado no paciente, na terapia cognitiva, na teoria sistêmica e na psicologia social da persuasão. (MILLER; ROLLINICK, 2001, p.11-12).

Miller e Rollinick entendem que a motivação não deve ser “pensada como um problema de personalidade, nem como um traço que a pessoa carrega consigo quando procura

o terapeuta. Pelo contrário, a motivação é um *estado* de prontidão ou avidez pela mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra”. (Op. cit., p.30).

No sentido de influenciar os pacientes à mudança de comportamento, é que os profissionais da Dependência Química do Instituto São José procuram o respaldo teórico desta metodologia.

Somando-se à Entrevista Motivacional e aos princípios filosóficos do AA, a equipe multidisciplinar do Serviço de Dependência Química do Instituto São José, utiliza a Terapia Cognitiva Comportamental. Este tipo de terapia prioriza a rotina de atividades sistemáticas que, auxiliam o paciente a incorporar atitudes mais salutares no seu dia a dia, através da distribuição de tarefas como a limpeza das salas, enfermarias e áreas de atividade e fiscalização do silêncio²². Os pacientes recebem também tarefas de auxílio à equipe da enfermagem, responsabilidade por buscar a água do chimarrão nos horários previamente estabelecidos, entre tantas outras. Este método possibilita ao paciente a oportunidade de recuperar algo que havia perdido com a sua dependência química. A rotina de horários para as atividades, a disciplina consigo próprio e com os colegas, vão aos poucos proporcionando uma retomada da auto-estima perdida.

Muitas vezes durante o estágio, constatamos que alguns pacientes puderam até mesmo, (re) aprender tarefas básicas do dia a dia quanto a sua higiene pessoal, a higiene do ambiente bem como algumas regras básicas de convívio social. Comportamentos simples, como escovar os dentes, dar a descarga após o uso do vaso sanitário, tomar banho diariamente, recolher um prato da mesa ou arrumar a cama e varrer o chão do quarto, para muitos pacientes ali internados, mostravam-se bastante custosos devido ao longo tempo em que encontravam-se

²² Os pacientes estão sempre sendo convidados a lembrarem que aquele é um ambiente de recuperação e, portanto, devem manter respeito às normas básicas de convivência, como o silêncio, por exemplo.

vivendo ativamente o processo adictivo. Neste processo de reaprendizado e execução destas tarefas, o assistente social do Serviço de Dependência Química do Instituto São José, mostrou-se um elo importante da equipe que atende ao setor, pois cabe a ele grande parte das responsabilidades quanto ao levantamento das dificuldades dos pacientes, para que os programas de recuperação desenvolvidos ali sejam pertinentes a cada grupo em atendimento.

O Serviço Social é portanto, bastante solicitado e valorizado no Instituto, contando atualmente com três profissionais da área. No próximo item descreveremos o trabalho dos profissionais, privilegiando o trabalho do assistente social do Serviço de Dependência Química.

2.2 O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO SÃO JOSÉ

O Serviço Social no Instituto São José, conta com três assistentes sociais nas áreas de Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), Psiquiatria e Dependência Química, que desenvolvem inúmeras atividades voltadas para os usuários externos da comunidade e para a família dos pacientes, bem como aos clientes internos (os pacientes) e às demandas institucionais.

2.2.1 O Serviço Social do Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC

O Serviço de Atendimento ao Cliente conta com o trabalho conjunto de um assistente social e um psicólogo, tendo como função primordial a recepção e acompanhamento do paciente, seleção, treinamento e supervisão do pessoal da recepção, o apoio e a orientação administrativa dos programas comunitários e a revisão dos procedimentos administrativos.

2.2.2 O Serviço Social da Psiquiatria

O assistente social da Psiquiatria tem como função o atendimento e o suporte para os pacientes das Unidades Psiquiátricas, bem como para seus familiares. Através de palestras, entrevistas, atendimento individual e em grupo, o assistente social do setor busca informar os pacientes da psiquiatria e seus familiares sobre as normas do Instituto São José, a rotina do tratamento, assim como organizar as visitas e fazer a mediação entre a equipe técnica, o paciente e a família. Este profissional tem também como responsabilidade participar como palestrante do Programa de Família (PROFAM), esclarecendo para os familiares e amigos dos portadores de transtornos mentais, as características da doença e do tratamento.

2.2.3 O Serviço Social no Serviço da Dependência Química

O Serviço Social do Serviço da Dependência Química do Instituto São José desempenha inúmeras atividades sempre com o objetivo de melhor atender aos pacientes e seus familiares. O assistente social que aí trabalha é responsável pelo agendamento e triagem de vagas para internações previdenciárias do Sistema Único de Saúde (SUS), por organizar internações SUS e Particulares, por realizar entrevista com familiar ou responsável pelo paciente internado para a construção do histórico social do mesmo e auxiliar no diagnóstico, bem como por repassar normas e rotinas da Instituição para os familiares assim como encaminhar as altas.

Além destas atividades o assistente social participa de atividades de conscientização dos pacientes sobre a doença da dependência química, bem como, sobre o tratamento a que serão submetidos e também sobre o processo de recuperação. Semanalmente oferece palestra

aos familiares no Programa de Família sobre a doença e o tratamento ao qual estão sendo submetidos seus parentes e/ou amigos e a conduta que devem ter quando do término do tratamento.

Junto com colegas do corpo técnico da Instituição o assistente social do Serviço da Dependência Química, participa como palestrante do Programa de Tratamento do Tabagismo (PROTTAB) e do Programa Ambulatorial da Dependência Química (PADEQ).

As 8 horas de trabalho diário que o assistente social desempenha no Serviço da Dependência Química do Instituto São José, são intensas. No início participamos das atividades desenvolvidas com os dependentes químicos do Instituto São José, bem como com os familiares dos mesmos, no papel de observadora-participante. A observação participante destas atividades deu-se de duas formas: tendo o estagiário “como membro efetivo do grupo estudado ou, como não-membro, até a observação e realização de entrevistas informais.” (BLALOCK, 1973, p.50).

Podemos citar como as principais atividades observadas, os Grupos de Sentimento, os seminários do Serviço Social, da Psicologia, da Nutrição, da Enfermagem e da Medicina, bem como o atendimento às famílias e o agendamento das internações. Todas as atividades desenvolvidas com os pacientes internados no Serviço de Dependência Química do Instituto São José, têm conexão direta com o trabalho do assistente social, tendo em vista que ele é o responsável pelas internações e é quem media o contato dos mesmos com seus familiares e com o mundo externo, sendo necessário portanto, que mantenha-se a par de tudo o que ocorre com os pacientes.

Dentre as atividades citadas, pensamos que algumas são bastante relevantes para serem citadas aqui, pois dão uma idéia da dinâmica diária do tratamento ao qual os pacientes do Instituto São José são submetidos. Inicialmente falaremos do “Grupo de Sentimento”.

Os Grupos de Sentimento acontecem diariamente coordenados pelo Consultor em dependência química e/ou pelo psicólogo. A dinâmica do grupo de sentimentos dá-se da seguinte maneira: os pacientes sentam-se em círculo para que todos os presentes possam se olhar. No início apresentam-se pelo primeiro nome e o Coordenador do grupo incentiva-os a dizerem de onde vieram, qual sua profissão, seu estado civil, se têm outras dependências, enfim, um pouco da história de cada um para que possam ir se conhecendo.

Após as apresentações, o coordenador designa tarefas para os pacientes que chegam diariamente da Unidade de Desintoxicação. Durante a reunião do grupo, explica a função terapêutica das tarefas como o auxílio na organização, a importância da disciplina e a valorização dos aspectos de limpeza e higiene que os pacientes já não tinham mais em suas vidas de adicção ativa.

Como o tempo de permanência dos pacientes internados no Serviço de Dependência Química é de aproximadamente um mês, os grupos variam bastante. O coordenador procura portanto, incentivar os pacientes a exporem-se e envolverem-se ao máximo nas atividades e nos grupos pois, desta maneira, o tratamento produz melhores resultados.

O Grupo de Sentimentos é o momento em que os pacientes podem e devem falar livremente de seus problemas pessoais ou com o grupo. Não foram poucas as vezes em que assistimos o coordenador lidar com situações de conflito interno que refletiam a angústia e o medo pelo qual os que ali se encontravam estavam passando.

No mesmo formato do Grupo de Sentimento, acontece semanalmente o Grupo de Alta²³, coordenado pelo assistente social.

²³ O grupo de alta é realizado às 6^{as} Feiras das 9h às 10h com o assistente social da Dependência Química. As altas acontecem de 2^a a 5^a feira, evitando-se às 6^{as} feiras por antecipar o final de semana, que pode estimular a recaída e dificultar a abstinência.

No Grupo de Alta, num primeiro momento, são feitas as apresentações, oportunidade em que cada participante é convidado a dizer seu nome completo, o motivo da internação e a tarefa que estão executando. Após as apresentações os pacientes que foram transferidos da Unidade de Desintoxicação (UD) falam sobre o que estão achando do tratamento, o dia em que foram transferidos da U.D. para a Unidade Jellinek (onde são tratados após o período de desintoxicação) e que tarefa assumiram no grupo. O assistente social lhes dá as boas vindas, procurando deixá-los à vontade no grupo, para perguntar e esclarecer dúvidas.

No terceiro momento são “passadas” as altas, uma a uma. Cada paciente por ordem de saída, vai relatando o que achou do tratamento e como pretende dar continuidade ao mesmo, fora da instituição. Conforme a fala dos pacientes o assistente social vai pontuando assuntos pertinentes à recuperação como: a frequência aos grupos de mútua ajuda, o trabalho, a família, a religião, enfim, tudo que possa ajudar a manutenção da abstinência e a continuidade do processo de recuperação.

As mudanças de vida e de atitudes são sempre estimuladas, no sentido do que, o paciente que sai da clínica, vai fazer “lá fora” em termos de mudança de comportamento para que a recuperação possa continuar. Ao final da reunião muitos pacientes agradecem aos colegas e a instituição por todo o aprendizado que obtiveram no tempo em que estiveram internados.

Os seminários com diversos profissionais também são bastante valorizados na instituição. Esta atividade acontece diariamente e são tratados assuntos pertinentes à doença e ao processo de recuperação. Os Seminários com o Serviço Social (Anexo 2), perfazem um

total de 4 seminários²⁴ com temáticas diferentes: 1) Família; 2) Trabalho; 3) Relacionamento social e, 4) Violência nas relações com a Dependência Química. Nesta dinâmica, os pacientes que permanecem internados por mais ou menos 30 dias, participam dos 4 temas abordados.

Os seminários são exposições teóricas a respeito dos assuntos selecionados e o assistente social vai escrevendo no quadro negro os pontos principais sobre o que está falando, assim como busca passar o conhecimento através de exemplos do comportamento cotidiano dos próprios pacientes anterior à internação.

Durante a exposição do tema os pacientes muitas vezes interrompem a fala do palestrante para fazerem perguntas ou darem exemplos, porém o espaço privilegiado para as perguntas é ao final do seminário. Cada um dos temas têm relação com as conseqüências sociais da doença da dependência química e atende a um objetivo específico.

Não só os pacientes têm oportunidade de participar dos seminários. Um seminário destinado à família é peça fundamental no apoio à recuperação e ao tratamento dos pacientes. Este seminário faz parte do Programa de Família desenvolvido pelo serviço social da Dependência Química a ser descrito no próximo sub-item.

2.2.3.1 O Programa de Família

Um seminário destinado à família e/ou amigos dos pacientes internados faz parte do Programa de Família desenvolvido pelo Serviço Social da Dependência Química e é um exemplo de como o diálogo entre instituição e comunidade é viável, tornando possível a reintegração de seus pacientes à sociedade.

²⁴ Citamos aqui, os 4 seminários principais, porém, no Anexo 2 são descritos outros seminários desenvolvidos pelo serviço social, os quais são realizados quando a equipe acha o assunto pertinente ao grupo de pacientes internados.

No primeiro momento do Programa de Família, os familiares entram em contato com o grupo de mútua-ajuda para familiares de alcóolicos, Al Anon. Num segundo momento visitam seus familiares e, por fim, o assistente social do Serviço da Dependência Química oferece o Seminário, esclarecendo aspectos da doença, o tratamento a que estão sendo submetidos seus familiares e as atitudes mais adequadas a serem tomadas após a alta.

Aproveitando a presença dos familiares e/ou amigos dos pacientes, o assistente social agenda entrevistas com os mesmos para a construção do Histórico Social²⁵ dos pacientes. A entrevista para a construção do Histórico Social dos pacientes é peça fundamental para a compreensão do paciente em sua totalidade, bem como para ajudar no diagnóstico do mesmo. A entrevista é semi-estruturada, seguindo, sem rigidez, um roteiro que permite abordar vários pontos do comportamento e da história social do familiar internado (Anexo 3).

Outro trabalho bastante pertinente e inovador realizado pelo Serviço Social do Serviço de Dependência Química do Instituto São José é o Grupo de Reinternos, que descrevemos a seguir.

2.2.3.2 O Grupo de reinternos

O Instituto São José sempre atento às novas demandas na área da dependência química incluiu entre as atividades oferecidas, o “Grupo de Reinternos” que trata especialmente de pacientes que retornaram à Instituição por terem voltado a fazer uso de álcool e/ou outras drogas.

²⁵ O Histórico Social é um documento construído pelo assistente social em entrevista com parentes do paciente internado, que é utilizado para o conhecimento da história de vida deste paciente.

Semanalmente o Grupo se reúne para trocar suas experiências acerca de suas recaídas, levantando hipóteses, confrontando idéias e buscando estratégias para o novo enfrentamento da vida após a alta.

O Grupo é coordenado pelo assistente social do Serviço de Dependência Química do Instituto São José ou pelo consultor em dependência química da mesma instituição. Cabe a eles o papel de provocar os depoimentos e de confrontarem os pacientes com a realidade da situação.

Paralelamente ao Grupo, o assistente social, juntamente com a família destes pacientes, traça planos para a manutenção da abstinência e prevenção de recaída. Estes planos contém basicamente a freqüência a grupos de mútua-ajuda, a construção de um programa de retorno à vida profissional ativa e o oferecimento de apoio psicológico e médico, respeitando as condições geográficas, sociais e culturais dos pacientes.

No próximo e último capítulo trataremos da rede de apoio à prevenção ao uso de substâncias psicoativas, manutenção de abstinência e prevenção da recaída. Trataremos também do papel que exerce o assistente social nesta rede e como entendemos que esta participação pode ser melhor aproveitada.

CAPITULO 3

A REDE DE ASSISTÊNCIA A DEPENDENTES QUÍMICOS NO PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA ABSTINÊNCIA E PREVENÇÃO DA RECAÍDA

3.1 A REDE DE ASSISTÊNCIA A DEPENDENTES QUÍMICOS

Falar em rede de assistência a dependentes químicos é tarefa das mais complexas, visto que, como apontado no primeiro capítulo, a adicção vai além da dependência a um comportamento, objeto ou substância. Segundo esta lógica, entendemos que a rede deve contemplar não só medidas de contenção, repressão e tratamento, quando a dependência já está explicitada, mas também deve contemplar ações de identificação de dependentes em potencial²⁶, ou no início do processo adictivo, para possíveis ações de prevenção à adicção.

Durante os meses de maio a setembro de 2002 período em que realizamos nosso estágio no Instituto São José, pudemos conhecer algumas das instâncias da rede que atende dependentes químicos, especialmente aquelas que lidam com a dependência de álcool e/ou drogas já consumada, ou seja, organizações e instituições que trabalham não como agentes de prevenção, mas sim como agentes de recuperação.

Nos próximos sub-itens descreveremos as atividades desenvolvidas por estas organizações que integram a rede de assistência a dependentes químicos. Iniciaremos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entendendo que estes encontram-se a frente da grande mudança que vêm ocorrendo no âmbito das políticas públicas que lidam com a saúde

²⁶ Tendo clareza das características da personalidade adictiva, os profissionais de Postos de Saúde, CAPS, Escolas, Hospitais entre tantos outros, podem colaborar no sentido de estar repassando para o órgão competente, informações acerca de pessoas que apresentem os “sintomas” de uma personalidade adictiva, para serem tratados de maneira preventiva.

mental, da qual a dependência química faz parte. Esta mudança deu-se fundamentalmente a partir da década de 1970, quando, no Brasil, profissionais da área da Saúde Mental reuniram-se para atuar em torno das questões relativas à exclusão da loucura, numa crítica ao modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico. Este questionamento tomou corpo entre profissionais da saúde, num momento de intenso debate democrático da sociedade brasileira, que chegou a forçar o fim da ditadura militar²⁷.

Este período liga-se a um importante amadurecimento do movimento sanitário no Brasil: das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1987, ao Capítulo da Saúde na Constituição Brasileira de 1988, e à Lei Orgânica 8080, de 1992, afirmam-se importantes conquistas rumo ao Sistema Único de Saúde. A partir de 1989, uma bandeira une fortemente o movimento: o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do hospital psiquiátrico e sua substituição por um outro modelo de assistência, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. O I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, que se realizou em Salvador, em 1993, operou as definições necessárias para a continuidade e o avanço do movimento. Reafirmou-se os princípios do movimento, como apartidário e autônomo em relação às administrações, e comprometido com a luta política por efetivas transformações sociais. Os usuários, presentes em grande número, tornaram-se agentes efetivos desta luta. Esta forma de organização e estes princípios regem até

²⁷ Foram importantes interlocutores deste movimento autores como Foucault e Castel, na França, e a decisiva experiência de desinstitucionalização psiquiátrica então realizada na Itália, tendo Franco Basaglia como seu porta-voz. Diversos eventos realizados então - dentre os quais se destaca, em 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria - assinalam esta tomada de posição de numerosos trabalhadores de Saúde Mental de todo o país, que procuram articular-se nacionalmente. Esta avaliação leva os trabalhadores de Saúde Mental a definir-se de forma clara e incisiva no Encontro de Bauru, em 1987. O movimento passa a nomear-se como *movimento da luta antimanicomial*, escolhendo seu lema: Por uma sociedade sem manicômios - e seu dia o 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. (FARIAS, 2002, p.2).

hoje o *movimento nacional da luta antimanicomial*, que se consolida, desde então, como movimento social.

A questão da saúde mental pode ser compreendida a partir da formação sócio-econômica cultural de cada sociedade, considerando-se sua dinâmica processual em determinados momentos históricos. O processo saúde doença deverá ser entendido a partir de uma perspectiva onde qualidade e modo de vida são determinantes. A saúde mental enquanto qualidade de vida não é uma questão unicamente dos especialistas, mas, do movimento organizado da sociedade civil popular, com perspectivas de mudança das condições de vida, pela qualidade da mesma e dos serviços a ela prestados. (Op. cit., p.3).

O espaço destinado aos pacientes da área da saúde mental, apesar das reformas que vêm sendo propostas, na maioria das vezes, ainda é limitado às prisões ou aos manicômios. Com exceções como o Instituto São José, que trabalha com a humanização no trato com os pacientes, a *tendência é a exclusão social*, que mostra visibilidade nas próprias dificuldades em se instituir novas modalidades de concepção e tratamento, como é o caso da atual política da saúde mental que tem priorizado a *desospitalização*, o atendimento em serviços substitutivos ao hospital e na luta do movimento antimanicomial. Essas perspectivas e movimentos lutam por uma dimensão mais social, aberta e coletiva de se conceber e tratar a doença mental tendo em vista assegurar os direitos civis, políticos e sociais dos que sofrem com alguma forma de transtorno mental ou de dependência química.

Como ainda o modelo de atenção é curativo, precisamos de algumas mudanças significativas como: experiências inovadoras e exitosas com a implantação de serviços substitutivos visando o respeito ao direito de cidadania aos portadores de sofrimento psíquico, bem como aos dependentes químicos. É neste sentido, que passamos a descrever os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entendendo que eles se configuram como um agente importante desta nova tendência de atendimento à saúde mental.

3.1.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Num país visivelmente marcado pela existência de tantas e graves injustiças sociais, chama a atenção o singular processo representado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Os CAPS têm significativo valor nesta reforma no âmbito da saúde mental e aparecem, como já dito anteriormente, como uma instância da rede de atendimento a dependentes químicos que procura humanizar o tratamento aos seus usuários, com tendência a tratamento ambulatorial versus tratamento hospitalar.

Desospitalização significa sanear os serviços hospitalares e exigir deles enquanto persistem como instância necessária de tratamento, que prestem serviços condizentes com os avanços contemporâneos e com a legislação vigente, além de promover a expansão dos serviços extra-hospitalares que possam oferecer assistência resolutiva e integral aos doentes mentais e apoio aos seus familiares, revertendo o modelo tradicional hospitalocêntrico. (FARIAS, 2002, p.4).

Segundo a autora (Op. cit.), o resgate da cidadania por parte do doente mental é a não violação de suas correspondências, o direito de receber visitas e a dignidade no atendimento. A reforma psiquiátrica constitui-se na principal diretriz da coordenação de saúde mental do ministério da saúde.

Segundo Martins (2001, p.27):

Historicamente no Brasil, o tratamento oferecido aos ditos 'loucos' teve como único recurso o hospital psiquiátrico. Este se constitui em um lugar de violência, morte, silenciamento, humilhação, segregação, desrespeito aos *direitos humanos* e exclusão social, correlatos diretos de um modelo que concebe o sofrimento mental como pura negatividade subjetiva e civil.

Neste processo, a situação injusta e desumana de milhares de portadores de sofrimento mental reclusos em hospitais psiquiátricos vem sendo objeto de um incisivo enfrentamento. Ao longo de mais de 20 anos, em um movimento que já possui lugar na história e firme

presença no cenário nacional, conquistas importantes vêm sendo obtidas, no que diz respeito à garantia dos direitos e à oferta de cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. Vários serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas e as Cooperativas Sociais, em alguns municípios brasileiros já se fazem presentes em oposição à violência do manicômio. Aí tem lugar a experiência do respeito às diferenças, do afeto, da beleza e da criatividade que resgatam, para o portador de sofrimento mental e dos dependentes químicos a álcool e/ou drogas, uma melhor qualidade de vida.

Martins (Op. cit.) menciona que a isto acrescenta-se a intensa produção teórica e cultural nascida destas experiências, a participação dos usuários e familiares na defesa de seus direitos, além da instituição de um conjunto de dispositivos legais referentes à reestruturação psiquiátrica, dentre os quais destaca a Lei federal n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. A Lei da Reforma Psiquiátrica²⁸, reafirma os direitos humanos e civis do portador de transtorno mental, regula as internações involuntárias e compulsórias e redireciona o modelo de atenção em saúde mental.

* A Lei n.º 10.216 e as novas diretrizes também previstas em Lei (Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002), priorizam a humanização da assistência à saúde mental e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas acometidas de transtorno mental. Esta humanização acontece principalmente na reorganização dos CAPS. Estes centros constituem-se em serviço ambulatorial de atenção diária a pacientes acometidos de transtornos mentais, bem como a dependentes químicos.

²⁸ Este projeto de lei tramitou durante 12 anos no Congresso Nacional e somente foi aprovado por força de uma intensa mobilização social que, durante 11 anos, defendeu, de forma clara e objetiva, a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços articulada e aberta. (MARTINS, p.32).

* A assistência prestada ao paciente no CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e de orientação);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social);
- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando à integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

* Alguns CAPS são responsáveis por coordenar e gestar a organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental. Podem, muitas vezes, fazer o abrigamento dos pacientes que necessitarem, acolhendo-os no período noturno para eventual repouso e/ou observação.

Foram criados também o Centro de Atendimento Psicossocial infantil (CAPS i), responsável por atender crianças e adolescentes e o Centro de Atendimento Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

* A Lei estabelece, sem qualquer distinção, que o dependente e o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica, relacionados pelo Ministério da Saúde, podem ser submetidos à internação ou tratamento ambulatorial.

* Conforme o § 1º do Art.12 da Lei 6.368/76 (JÚNIOR, 2001, p.3149), "o tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional, e sempre que possível, com a assistência da família". Tanto o dependente quanto o usuário sujeitam-se, pois, à possibilidade de tratamento ambulatorial ou à internação.

* Desta forma, constatamos que os CAPS inovam o tratamento da dependência química, na medida em que buscam apresentar alternativas de recuperação aos adictos, que não a tradicional internação. Ao mesmo tempo em que se trata nos CAPS, o adicto não precisa cortar seus vínculos com a sociedade, ao contrário, tratando-se em ambulatório, na sua própria cidade, pode ser visto de uma nova maneira pela comunidade que, ao invés de rejeitá-lo, pode passar a ajudá-lo no seu processo de reintegração, na medida em que convive com seus progressos de recuperação.

Dentro deste espírito de convivência salutar que o CAPS procura promover para o adicto, trataremos no próximo sub-item, da família, que é outra instância da rede que assiste a dependentes químicos, considerada como primordial no processo de recuperação da adicção.

3.1.2 A família

* Por acreditarmos ser a família um agente primário²⁹ da socialização de seus membros, concordamos com os autores, Charbonneau (1982) e Velho (1998), quando dizem que a família faz parte do processo de recuperação do adicto: “o verdadeiro trabalho de recuperação se fará em seguida, à saída da clínica. E ele será obra de grande paciência, de uma terna gratuidade, de afetuosa assistência, de humildes tentativas” (CHARBONNEAU, 1982, p.48). Desta forma, a família torna-se o segundo passo para a recuperação (o primeiro seria o tratamento na clínica de recuperação) e, por conseguinte, de reinserção do adicto à sociedade.

²⁹ O espaço familiar é onde acontece os primeiros contatos da criança com a sociedade.

“A família representa um espaço em que estariam presentificadas algumas das noções mais importantes na formação dos filhos, apresentando-se como uma mediadora entre indivíduo e sociedade; proporcionando a formação da primeira identidade social” (CHARBONNEAU, 1982, p.54). É a família que deve fazer a mediação entre o adicto – internado por um determinado tempo – e a sociedade.

A família é uma instituição antiga na história da sociedade e do indivíduo, sendo objeto de estudo em várias áreas da ciência (antropologia, sociologia, direito e, mais recentemente, psicologia). Passou por transformações significativas no decorrer do tempo e tem características dinâmicas nas diferentes culturas e fases do ciclo de vida familiar. [...] No senso comum, o senso de família está mais relacionado aos laços sanguíneos. O vínculo de sangue é um fator importante a considerar quando pensamos as relações familiares; no entanto, isoladamente, não caracteriza a família no seu sentido mais amplo. (SILVA, 1987, p.21).

Quando falamos de família, remetemo-nos aos arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira, e que, segundo Mioto (1997, p.120) constitui-se como “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos.”

Na literatura consultada, a família do dependente aparece sempre como universo “fortemente marcado por ambigüidade e contradições” (VELHO, 1998, p.35), lugar propício para o desenvolvimento da personalidade adictiva.

A família, como já foi dito anteriormente, tem papel fundamental no processo de recuperação do adicto. Especialistas como Carazzai (2002); Johnson (1992) e Marllat (1993), dizem que, quando há um dependente na família, ela se torna dependente também.

* Neste sentido, podemos constatar que o adicto está inserido em um contexto em que as relações das quais participa não são saudáveis. Assim, como vimos anteriormente, o adicto, a partir de um certo ponto de sua dependência, passa a viver em função da adicção e sua família, as pessoas que estão em torno do adicto, passam a viver em torno dele, deixando de viver suas

vidas, para viverem a vida do adicto, em alto grau de codependência. A codependência é vista aqui como:

a inabilidade de *manter e nutrir relacionamentos saudáveis com os outros e consigo mesmo*. Nos relacionamentos não existe a discussão direta dos problemas, expressão aberta dos sentimentos, comunicação honesta e franca, expectativas realistas, individualidade, confiança nos outros e em si mesmo. (CoDA – Codependentes Anônimos, 2001, p.2).

* O codependente é considerado “uma pessoa que tem deixado o comportamento de outra pessoa afetá-la, e é obcecada em controlar o comportamento dessa outra pessoa.” (BEATTIE, 1997; p. 49).

Percebemos aqui que as relações, adicto/família assumem um movimento dialético de constante mudança, onde a codependência envolve a todos os atores, criando temporariamente uma atmosfera desfavorável à recuperação do adicto.

* A família, apesar da diversidade cultural, social e afetiva, é o lugar onde as experiências são construídas, transformadas ou repetidas, dependendo da qualidade das interações. Nesse sentido, avaliar e tratar a dependência de drogas sob a perspectiva familiar implica em considerar os contextos familiares nos quais o usuário está inserido. (SILVA 1987, p.22).

* Por este motivo entendemos que os familiares devem ser inseridos no processo de recuperação do adicto. A família não pode ser entendida somente como célula de apoio e cuidado, mas também deve ser tratada como codependente, passível de, ela própria, libertar-se de padrões negativos e insalubres na sua relação com o dependente. Neste sentido, é importante considerarmos que também os familiares do adicto merecem atenção terapêutica.

Segundo Silva:

O tratamento para dependentes de drogas deve ter a preocupação de não reforçar preconceitos, crenças moralistas e culpabilizações sobre o problema, comumente presentes no interior da família. Uma das metas do tratamento é a proposta de resgate da autonomia de cada um e da família, além do encorajamento para as mudanças. (Op. cit., p.22).

Se anteriormente vimos que a família vive em função da doença do dependente químico, quando este entra em processo de recuperação, muitas vezes, os familiares não sabem como lidar com a nova situação, aumentando os conflitos ao invés de resolvê-los, como seria esperado, fortalecendo ainda mais os laços codependentes entre eles.

A liberação desses padrões de codependência, tanto por parte do adicto, quanto de seus familiares, configura-se num “verdadeiro contexto de aprendizagem de outra forma de viver, onde o Outro é o Outro e tem uma Outredade própria.” (KALINA, 1991, p.36).

* Considerando que “a beleza da recuperação encontra-se nas relações” (NAKKEN, 1996, p.147), e que é através das relações saudáveis “que os adictos são capazes de ultrapassar sua doença” (Op. cit., p.147), aumenta mais ainda a responsabilidade da família no processo de recuperação e reinserção do adicto, pois é nela que as pessoas aprendem a ser um ser de relações.

A família pode, neste momento, optar por freqüentar grupos de mútua-ajuda específicos para familiares como o Codependentes Anônimos (CODA), o grupo para familiares freqüentadores dos Alcoólicos Anônimos (Al-Anon) ou o grupo para familiares dos Narcóticos Anônimos (Naranom), entre outros.

Especificamente em relação aos adictos em recuperação, falaremos no próximo subitem dos grupos de mútua-ajuda Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, dando seqüência à descrição das instâncias da rede de assistência a dependentes químicos.

3.1.3 Grupos de mútua ajuda – Alcoolicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA)

Os grupos de mútua ajuda baseiam-se em um intercâmbio de elementos da vida pessoal, contribuindo para uma maior interação entre os indivíduos, a partir de sua vida emocional. “A comunicação com os outros, produzida por uma autocompreensão aumentada e para ela contribuindo, é o meio pelo qual a pessoa que padece de um vício torna-se capaz de superá-lo” (GIDDENS apud CAMPOS, 2001, p.6).

Os grupos de mútua-ajuda denominados Alcoolicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, trazem na sua base a idéia central de que o bebedor/usuário de drogas, não é capaz de lutar sozinho contra sua dependência. Segundo Soares e Rohden (1994) estes grupos procuram funcionar sob a ótica de um modelo de encorajamento, amizade e sociabilidade fornecido pelas irmandades, ou seja, companheiros em recuperação da dependência química.

O primeiro destes grupos surgido no mundo foi o de Alcoolicos Anônimos³⁰ em 1935, em Akron, Estado de Ohio, nos Estados Unidos, e desde seus primórdios é reconhecido como um dos mais eficientes Programas de Recuperação de alcoolistas.

No início dos anos 1950 surgiu o Narcóticos Anônimos, derivado do grupo de AA, mas este somente chegou ao Brasil na década de 1980. O NA segue a mesma proposta do AA porém, atendendo a dependentes de drogas. Campos (Op. cit.) coloca que devido ao sucesso de seu programa de recuperação, os Narcóticos Anônimos atendem 1 milhão de pessoas em 150 países. No Brasil funcionam 400 grupos freqüentados por 20.000 dependentes em

³⁰ A Irmandade Alcoolicos Anônimos conta hoje, em números aproximados, com 2,8 milhões de membros no mundo inteiro, em 90 mil grupos espalhados por 151 países. No Brasil, o primeiro grupo de AA surgiu em 1947 e hoje há cerca de 5.700 grupos, perfazendo um total em torno de 120.000 membros, segundo dados do Escritório de Serviços gerais de Alcoolicos Anônimos. (CAMPOS, 2001, p.1-2).

recuperação, inclusive para adictos que, por não poderem estar de corpo presente nas reuniões, podem fazê-lo pela Internet através do grupo virtual NA on-line.

Ambas as irmandades baseiam-se num programa de recuperação conhecido como Doze Passos (Anexo 1). Entre estes passos, estão a admissão de que existe um problema, a busca de ajuda, uma auto-avaliação, a partilha de experiências e confidências, o objetivo de reparar danos causados devido à dependência e, trabalhar com outros alcoólatras e adictos a drogas que queiram se recuperar.

Os adictos em recuperação, membros do grupo, adotam a concepção da adicção como doença (SOARES; ROHDEN, 1994, p.32) definindo-se como “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.”³¹

6 A dinâmica dos grupos ^{de 12 membros} consiste em reuniões periódicas, oportunidade em que o adicto em recuperação fala de suas aflições, conflitos e perdas causadas pela sua adicção, assim como sobre as mudanças ocorridas em sua vida após sua adesão ao grupo. A reunião é coordenada ^{por} por um ~~membro~~ ^{um líder} que segue regras preestabelecidas para sua condução. O encontro tem a duração de duas horas, iniciando e terminando com uma oração denominada “Oração da Serenidade”³², que serve de estudo e guia para os dependentes em recuperação. ^{Peço-me, sup. por, por, por}

De todos os grupos que compõem a rede de assistência ao dependente químico o AA e o NA são apontados, com unanimidade (CAMPOS, 2001; SOARES; ROHDEN, 1994) como os que trazem resultados mais efetivos na manutenção da abstinência e conquista da

³¹ As autoras trabalharam especificamente com grupos de AA, porém o NA trabalha na mesma linha e portanto pode ser descrito no mesmo item.

³² “Conceda-me Senhor, a Serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar. Coragem para modificar aquelas que posso e Sabedoria para reconhecer a diferença.” (Narcóticos Anônimos, 1993).

conferir. Ele deve dizer 'só por hoje eu não vou usar'. E, amanhã, repetir a promessa. (MANZANO FILHO, 1999, p.54).

Os membros destes grupos são convidados a fazerem uma reformulação total de suas vidas, evitando pessoas, hábitos e lugares da ativa³³, podendo, desta maneira, efetivamente colaborar no processo de sua própria recuperação.

Muitos adictos conhecem os grupos de mútua-ajuda quando encontram-se internados. Voluntários, ex-pacientes e a própria equipe institucional incentiva à freqüência a estes grupos.

No próximo sub-item apresentaremos o que normalmente as instituições oferecem como alternativas de manutenção da abstinência ao adicto em recuperação, fazendo com que não sejam apenas responsáveis pelo tratamento da dependência, mas também como uma instância importante na rede de atendimento a dependentes químicos.

3.1.4 atendimentos institucionais

As instituições para tratamento da dependência química podem ser clínicas, hospitais ou fazendas³⁴, sendo responsáveis por atender ao adicto tanto na fase de internação para tratamento, quanto na fase de recuperação (pós alta).

No Instituto São José, mais especificamente, observamos e participamos das seguintes atividades que são oferecidas aos pacientes internados no Serviço de Dependência Química:

- *Seminário sobre a dependência química e suas conseqüências bio-psico-sociais, ou seja, como a doença afeta a vida do dependente tanto em relação ao seu comportamento, quanto ao seu físico e suas relações pessoais;*

³³ Termo usado pelos membros de AA e NA para designar o tempo em que faziam uso de álcool ou drogas.

- Grupos de Sentimentos, oportunidade em que os pacientes expõem suas angústias e trocam experiências acerca do seu processo de adicção;
- Seminário com profissional da psicologia, quando o adicto conhece os traços de personalidade do dependente químico, além dos seminários e grupos coordenados pelo assistente social, já descritos no capítulo segundo deste trabalho.

Todos os seminários e grupos dentro da instituição, visam conscientizar o paciente da gravidade da dependência química e prepará-lo para a vida pós alta. Nenhum tratamento termina com a internação. A verdadeira recuperação começa quando, ao sair da clínica, o adicto em recuperação vai ter que buscar estratégias de manutenção da abstinência.

O Instituto São José, mantém suas portas abertas para os ex-pacientes que podem freqüentá-las de várias maneiras:

Visitante – visitas à instituição do internamento para rever os amigos e o corpo técnico. A participação de grupos e atividades festivas pode auxiliar o adicto em recuperação a “lembrar” de sua adicção e esforçar-se na sua recuperação;

Depoente - todo ex-paciente que após 4 ou 5 meses já consegue falar sobre a doença, pode retornar à instituição do internamento para falar sobre o antes, o durante e o depois de seu processo de adicção para pacientes internados, que podem sentir-se, desta forma, estimulados à recuperação;

Voluntário – O ex-paciente comparece à instituição e auxilia na Unidade de Desintoxicação, levando mensagens de incentivo e mostrando-se como exemplo positivo. O voluntário é a “alma” da recuperação de muitos pacientes, quando, através da identificação, podem internalizar que “quem se recupera produz.” ;

³⁴ Nome dado à instituições de tratamento para dependentes químicos, localizadas em área campestre, onde o tratamento dura em média 9 meses.

Hospital dia – Recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. O hospital dia desenvolve programas diários de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, incluindo atividade ocupacional dirigida, grupos terapêuticos, acompanhamento e orientação familiar;

Hospital noite – Nos mesmos moldes do hospital dia, atende a pacientes que trabalham diurnamente e que, portanto, só podem freqüentar o programa à noite;

Programa de acompanhamento terapêutico – Atendimento em turno, hospitalar ou domiciliar, com atividades ocupacionais, grupos terapêuticos e orientação familiar;

Programa Ambulatorial de Dependência Química (PADEQ) Tem como objetivo a prevenção da recaída do álcool e outras drogas, utilizando técnicas de terapia grupal e seminários, visando melhorias na qualidade de vida de seus participantes. É destinado a clientes abstêmios de álcool e outras drogas, egressos ou não de tratamento hospitalar. É indicado por um período de 2 anos. Ocorre quinzenalmente no Instituto São José, sob a coordenação da equipe técnica do Serviço de Dependência Química;

Atendimento Médico – o paciente pode buscar a instituição em situações em que necessite de atendimento médico.

As mudanças de vida e de atitudes são sempre estimuladas para aqueles adictos que buscam a recuperação. O que vai ser feito “lá fora”, após a internação em termos de mudança de comportamento é uma questão posta freqüentemente pelos que trabalham com dependência química. Neste sentido, para uma boa recuperação, o adicto conta ainda com o trabalho como mais uma instância da rede de assistência a dependentes químicos, na medida em que uma atividade laboral, proporciona ao mesmo a possibilidade de ocupar o seu tempo ocioso e, conseqüentemente, afastar o seu pensamento do objeto de sua adicção.

3.1.5 O Trabalho

O trabalho é peça fundamental na recuperação do adicto. É uma excelente forma de ocupar o tempo livre e de possibilitar alguma garantia de satisfação financeira e emocional. Muitos adictos em recuperação apresentam dificuldades de ocupar o tempo livre ao saírem da clínica, pois, antes da internação há muito que, todo o tempo de suas vidas era utilizado em função da dependência, mantendo-os, na maioria dos casos, afastados de qualquer atividade que não fosse vinculada a sua adicção.

Ao procurarmos no dicionário o significado da palavra trabalho³⁵ percebemos que este conceito tem como sinônimo, uma série de outras palavras como por exemplo: serviço, esforço físico, esforço intelectual, ação, resultado (produto), ou seja, não podemos afirmar uma definição única. O que sabemos com certeza, é que o homem desde a pré-história sempre trabalhou. Trabalhava para se alimentar, para se vestir, para passar o tempo. Desta feita, reconduzir o adicto a qualquer forma de produção é contribuir para que se sinta novamente um ser social no exercício de sua cidadania.

Nenhum homem é uma ilha, todos vivemos em sociedade e estamos constantemente nos relacionando com outras pessoas e instituições. Ninguém vive sozinho, precisamos, enquanto seres humanos, dos amigos, da família, da religião, do amor, do trabalho, etc. para podermos enfrentar a vida com dignidade. Muitas destas relações se estabelecem a partir de um novo ambiente de trabalho, o adicto em recuperação pode, desta maneira, (re)estabelecer uma nova conexão com a comunidade. Normalmente encontra alívio com algum tipo de contato espiritual ou religioso.

³⁵ “s.m. 1. Atividade humana aplicada à produção, obra [...] 2. Tarefa, serviço [...] 3. Obrigação [...] 4 Demanda, esforço, aplicação.” (LAROUSSE CULTURAL, 1999, verbete trabalho).

Na medida em que vimos no primeiro capítulo, que a personalidade adictiva manifesta-se primeiramente no nível emocional do indivíduo, sua cura deve iniciar-se também, neste mesmo nível. Neste sentido é que, no último sub-item deste capítulo incluímos a espiritualidade como instância da rede de assistência a dependentes químicos, por entendermos que uma ligação espiritual é o princípio de qualquer processo de reconstrução de vida.

3.1.6 A Espiritualidade

Segundo Nakken (1996), muitas pessoas começam a recuperação buscando por um Poder Superior Espiritual³⁶. No primeiro estágio da recuperação, lidar com as pessoas é muitas vezes demasiadamente assustador. A relação do adicto em recuperação está ainda muito frágil para que possa estabelecer relações mais intensas com amigos e familiares. Por isso, formar uma relação com um Poder Superior Espiritual torna-se com frequência um ponto de partida natural quando o adicto em recuperação começa a se aventurar no mundo exterior.

Para Osho³⁷ (199?), a meditação³⁸ é parte fundamental da cura da adicção. Se vimos anteriormente que o processo da dependência química só pode ser contido se tratarmos o indivíduo na sua integralidade, não se pode subjugar o aspecto espiritual inerente a toda pessoa humana.

A palavra meditação e a palavra medicina vêm da mesma raiz. Medicina significa aquilo que cura o físico e meditação significa aquilo que cura o espiritual. Ambas são poderes curadores. Outra coisa pode ser lembrada: a

³⁶ Definido por membros dos grupos de mútua ajuda AA e NA, como um poder, uma força espiritual, que supera a própria humanidade. Ao admitir-se impotente perante à substância de uso e entregar-se para este "Poder Superior", o adicto inicia o caminho de recuperação dos doze passos. (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1993).

³⁷ Mestre espiritual indiano contemporâneo.

³⁸ Entendendo aqui, a meditação como desenvolvimento da religiosidade, ou contato com o Poder Superior, Deus, na forma em que se conceba.

palavra *Healing* (cura) e a palavra *Whole* (completo) também vêm da mesma raiz. Ser curado significa simplesmente ser completo, não faltando nada. (OSHO, 199?, p. 27).

Este encontro com a espiritualidade por parte do adicto em recuperação pode se dar através de frequência à igrejas, centros religiosos, ou somente por prática sistemática de meditação, ioga, ou outras formas de intensificar o contato saudável consigo mesmo, permitindo o auto-conhecimento e o desenvolvimento de aspectos positivos de sua personalidade.

Como vimos, não são poucas as opções que o adicto tem para manter-se abstinente e prevenir possíveis recaídas. Apesar de todas estas possibilidades, chama-nos atenção o alto índice de recaída. Marllat (1993), indica através de evidências empíricas, que aproximadamente 50-60% dos alcóolicos “recaem” (voltam a fazer uso de álcool) dentro dos três primeiros meses após o tratamento. Barros (2001), por sua vez, aponta que nos grupos de mútua-ajuda, como Alcóolicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, apesar de não possuírem dados científicos, os adictos que conseguem manter-se abstinente por no mínimo 5 anos, o que consideram uma boa margem de segurança de manutenção da abstinência, não ultrapassam os 5%.

Frente a esta dramática realidade, de que são poucos os dependentes químicos que se recuperam, é que apontamos as possíveis contribuições do assistente social no processo de manutenção da abstinência, prevenção da recaída e em campanhas de prevenção do uso de substâncias psicoativas, objetos ou comportamentos adictivos.

3.2 A CONTRIBUIÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM A REDE DE ASSISTÊNCIA A DEPENDENTES QUÍMICOS

Ao compreendermos que a adicção é uma doença precedida por uma personalidade adictiva, fica claro que ela pode ser contida e controlada, antes que se instale uma dependência a alguma substância, comportamento ou objeto.

A rede que assiste aos dependentes químicos, por centrar-se muito mais no processo de recuperação, do que na prevenção, mostra uma fragilidade bastante grave, na medida em que, como vimos anteriormente, são poucas as chances de recuperação quando a doença da adicção já se encontra numa etapa avançada, dificultando, e por vezes, impossibilitando a recuperação.

Por ser a adicção uma doença que deve ser tratada na sua integralidade, ou seja, considerando seus aspectos bio-psico-sociais, é que vemos o assistente social como fundamental colaborador na reversão, contenção e recuperação de adictos.

Na interlocução entre o Serviço Social e a Saúde Mental se inserem os problemas e as soluções da doença da Dependência Química e da saúde mental no geral. Entender alguns dos problemas sociais como problemas de saúde mental ou vice-versa, vem sendo a base dos programas de políticas de atendimento aos dependentes de substâncias químicas. Neste sentido é importante ressaltar que o processo saúde-doença, muitas vezes é decorrência das condições de vida e trabalho, o que nos aponta para a precariedade de recursos disponíveis nessa área para a maioria da população brasileira que vive em condições sub humanas de existência.

★ A especialidade do trabalho do assistente social com o dependente químico, é promover a boa convivência do mesmo o qual encontra-se, por causa de sua adicção, dessintonizado com a comunidade, levando-o a estabelecer a melhor relação possível com todos aqueles que com ele convivem, bem como com o seu meio ambiente. A habilidade

especial do assistente social nesta área é estudar o conjunto de relacionamentos que constituem a vida de uma pessoa e construir, a partir dos elementos encontrados no indivíduo e no meio ambiente, uma vida mais saudável possível.

Apesar da restrita bibliografia sobre a atuação do Serviço Social no âmbito da Saúde Mental, as clínicas e instituições que tratam de dependência química já trabalham neste movimento interdisciplinar, ou seja, integrando seus pacientes à família e à comunidade, há muito tempo³⁹. O próprio assistente social é visto, a partir da década de 1990, também como um profissional da saúde, “com procedimentos específicos de atuação reconhecidos na Tabela descritiva de Procedimentos SAI/SUS em vigor desde 1992.” (VASCONCELOS, 2000, p. 137).

Entendemos que o assistente social capacitado para trabalhar com saúde mental, âmbito onde incluem-se as adições em geral, pode ser o grande colaborador no sentido de prevenção e manutenção da abstinência por parte dos portadores da doença da dependência química.

Cada vez mais o trabalho do assistente social tem sido valorizado pela boa relação que este profissional tem nas comunidades. O assistente social acaba sendo o elo entre os moradores de uma comunidade com as ações públicas, resolvendo questões práticas do dia a dia. Nesta relação entre comunidade e assistente social é que entendemos que os portadores de personalidade adictiva podem ser atendidos e tratados preventivamente em ações conjuntas do Serviço Social com as Escolas, os Postos de Saúde, Organizações governamentais e não governamentais, por exemplo.

Como vimos no item anterior, o profissional da assistência social deve integrar a equipe multiprofissional do CAPS, o que pode colaborar sobremaneira com o processo de

manutenção de abstinência dos adictos em recuperação. Conhecedor da comunidade em que está inserido e capacitado a reconhecer traços de uma personalidade adictiva, não é difícil para o assistente social que trabalha na área da saúde mental, identificar entre os usuários dos CAPS, quais aqueles que merecem uma atenção especial de auxílio a prevenção do uso, por sua condição de adictos em potencial.

* Carazzai (2002) comenta que ao sair da clínica, após o período de internação, vem o momento mais crítico do processo de recuperação da adicção. Muitas vezes um vício como o da bebida por exemplo, demorou 20 anos para se instalar, o que torna impossível a recuperação em 30 dias. O assistente social pode, juntamente com o adicto, estabelecer metas de frequência a grupos de mútua-ajuda, vistas à instituição de internamento, rotina de trabalho e reprogramação de reformulação de vida.

Trabalhando tanto em medidas de prevenção, quanto em medidas de recuperação, a representação do assistente social nas instâncias que integram à rede de assistência a dependentes químicos é bastante significativa, aumentando consideravelmente a inserção deste profissional neste campo de trabalho.

✧ Entendendo que, ao esclarecer o processo da lógica adictiva, contribuimos para que o assistente social que trabalha na área da saúde mental e, conseqüentemente a equipe da qual faz parte, possam, não somente restringir-se ao tratamento e recuperação, mas também construir medidas de intervenção preventivas. Na medida em que este profissional aprimorar seus conhecimentos acerca do funcionamento do processo adictivo, poderá, possivelmente, conter ou minimizar os danos deste processo e, com isto, estabelecer metas de prevenção no sentido de conter esta tão trágica manifestação social que é a adicção.

³⁹ No Instituto São José, por exemplo, este movimento interdisciplinar se dá há mais de 20 anos.

CONCLUSÃO

O estágio realizado no Serviço de Dependência Química do Instituto São José, possibilitou-nos o contato com os pacientes dependentes químicos de álcool e/ou drogas, com um pouco de suas histórias pessoais e, com isto, identificar algumas de suas trajetórias no processo adictivo. Através do relato de seus familiares e amigos para a construção do histórico social e de seus próprios depoimentos nos Grupos de Sentimento, percebemos que a maioria apresentava em suas histórias de vida, uma inquietude, uma atitude diferenciada diante da vida, desde a infância. Atitudes consideradas normais e saudáveis em crianças em desenvolvimento, mostravam-se exageradas e exacerbadas, naqueles indivíduos que posteriormente desenvolveram algum tipo de adicção. Depoimentos como: “eu e meus irmãos passávamos o dia nadando no rio, quando a mãe chamava para a janta, meus irmãos corriam para casa, eu não, eu sempre queria ficar mais um pouco.” Ou: “eu tinha muita dificuldade em aceitar limites, olhava os outros, pais, professores e amigos, como se sempre estivessem contra mim. Eu sabia o que era certo, os outros estavam sempre errados”, são relatos vivos de pacientes que demonstram que alguma coisa estava errada, não só quando a dependência já se consumara, mas anterior a ela algo já não estava “funcionando” como deveria.

Estas características foram investigadas teoricamente e, na bibliografia consultada, constatamos que existe antes do desenvolvimento de uma adicção, mudanças que ocorrem, no interior do adicto em potencial, conferindo a esses indivíduos o que alguns autores como Nakken (1996) e Carazzai (2002) chamaram de indivíduos que possuem uma personalidade adictiva. As características de uma personalidade adictiva vão tomando conta das ações do

indivíduo, desenvolvendo-se por fim, na adicção à substâncias psicoativas ou comportamentos adictivos.

* Infelizmente quando estes indivíduos entram no processo de adicção, a maioria continua nele para o resto da vida. Uma outra opção é escolher conscientemente um estilo de vida diferente e entrar em processo de recuperação. É imperativo que, para manter-se abstêmio e alcançar a sobriedade o adicto mude totalmente a sua maneira de viver, buscando relações saudáveis com pessoas e lugares, recuperando através de suas novas opções de vida a reintegração consigo mesmo e com a sociedade.

Ao compreendermos que existe esta “personalidade adictiva” que antecede a adicção efetiva, procuramos, através deste Trabalho de Conclusão de Curso, mostrar que existe também um caminho de recuperação que antecede à dependência e que poderia realizar-se através de ações do assistente social.

Vimos que a relação de dependência com a droga é, muitas vezes, a única alternativa que resta para o dependente, e que o comportamento de drogar-se efetiva-se através de um ato impulsivo. Portanto, teoricamente, se a personalidade adictiva fosse identificada previamente, o processo da adicção poderia ser interrompido ou ao menos minimizado. Antes que o indivíduo desista de estabelecer relações de intimidade com amigos ou familiares tornando-se uma pessoa isolada, mantendo-se encarcerado em si mesmo e, antes que inicie o processo de negação da realidade e de si próprio, o adicto em potencial poderia contar com o apoio do assistente social, realizando tratamentos preventivos que buscassem antes de mais nada, a integração destes indivíduos com as instâncias da rede de assistência para dependentes químicos.

Sendo o assistente social um profissional que atua tanto como integrante de equipes multiprofissionais na área da dependência química, em instituições governamentais ou não

governamentais e também numa relação direta com a comunidade, acreditamos que possa romper com o modelo cristalizado de que a recuperação de dependentes químicos dá-se somente após a dependência instalada.

A conclusão final deste trabalho é que, apesar do grande desafio que constitui a tentativa de lidar com este grande mal da sociedade que é a adicção, com a teoria da personalidade adictiva, retorna a esperança de ações que efetivamente possam contribuir para minimizar suas conseqüências. Identificando precocemente o processo, o assistente social contribui para a promoção de uma mudança de estilo de vida tanto por parte do adicto em potencial, quanto por parte de seus familiares (já que identificamos que a família adocece junto com o dependente) e dos integrantes da comunidade com relação aos mesmos.

Apesar de a proposta principal deste Trabalho de Conclusão de Curso ser a prevenção à adicção por parte do assistente social, não desprezamos o que já tem sido realizado por este profissional no sentido de recuperação de dependentes químicos. Especialmente no âmbito do Instituto São José, procuramos contemplar o leitor com o muito que vem sendo feito por esta instituição neste sentido.

Esperamos que o relato do tratamento desenvolvido pelo Serviço de Dependência Química do Instituto São José, contribua para valorizar o trabalho do assistente social na área da saúde mental, visto que, na formação acadêmica a saúde mental aparece como especialização e não no currículo obrigatório do Serviço Social. Tendo em vista que a “dependência química ao álcool é apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o principal fator de redução de expectativa de vida saudável do brasileiro” (DIÁRIO CATARINENSE, 2002, p.34), torna-se imperativo que a atenção à formação profissional dada às pessoas que atuam, ou vão atuar na área, seja intensificada, especialmente no que concerne ao profissional do serviço social que trabalha diretamente com as questões sociais.

Esperamos também ter contemplado com clareza o processo pelo qual passam todos aqueles que de alguma forma identificam-se como portadores de uma personalidade adictiva, para que possam ter esperança de recuperação.

Concluimos este trabalho citando mais uma vez, palavras de Fernando Pessoa, num poema que fazemos uma analogia com o “ser adicto”. “Ser adicto” pode confirmar-se em algumas pessoas, mas as pessoas podem ser apenas pessoas.

Passa uma borboleta por diante de mim
E pela primeira vez no Universo eu reparo
Que as borboletas não têm perfume nem cor.
A cor é que tem cor nas asas da borboleta,
No movimento da borboleta o movimento é que se move,
O perfume é que tem perfume no perfume da flor.
A borboleta é apenas borboleta
E a flor é apenas flor.
(PESSOA, 1997, p.224).

REFERÊNCIAS

AL-ANON. **Vivendo com um alcóolico com a ajuda de Al-Anon**. São Paulo: Family Group Headquarters Inc, 1980.

Álcool é o vilão do brasileiro. In: **Diário Catarinense**. Florianópolis, p.34,31/10/2002.

BAHNIUK, F. C. **Programa da família**. In: SEMINÁRIO DA FAMÍLIA. 2002. Instituto São José: São José, 2002.

BARROS, L. F. **A alquimia dos grupos anônimos de auto-ajuda**. Tese de doutorado - Universidade de São Paulo. 2001. 222 f. v. I e II. São Paulo, 2001.

BEATTIE, M. **Co-dependência nunca mais**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

BLALOCK, H. M. **Introdução à Pesquisa Social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

BURNS. Drogas: uma questão de saúde. **ISTO É**. Rio de Janeiro, p.120-125, set. de 1999.

CAMPOS, E. A. **Pessoa modernidade e grupos de mútua ajuda**. 2001. In: IV REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. 2001. Curitiba. Anais... Curitiba: Universidade Federal do Paraná., 2001.

CAPS. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 17 de nov. de 2002.

CARAZZAI L. R. **Dependências químicas – diagnóstico – tratamento e prevenção**. In: CURSO DE FORMAÇÃO. 2002. Clínica Psicoterapêutica de Estudos e Atendimento. Curitiba, 2002.

CHARBONEAU, P. E. Juventude, droga e família. In: SANCHEZ. A. T. et al. **Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade**. São Paulo: EPU, p.95-142,1982.

CoDA – **Codependentes Anônimos** – Traduzido de: CoDA, Co-Dependents Anonymous Inc. Geórgia USA. Mimeo. São Paulo, 2001.

DOUGLAS, M. (Edited) Constructive drinking. In: **Perspective on drink from antropology**. Cambridge, Cambridge University Press, 1987.

FARIAS, L. **Saúde Mental: conceito, organização e prática política**. Disponível em: <http://www.anarcopunk.org/artigos/antimani/art/modelo1.asp?cod=26>. Acesso em 09 de fev. de 2003.

FONSECA; GONZAGA; KRIEGER. **Planejamento Estratégico do Instituto São José**. Relatório do trabalho de consultoria prestado ao ISJ no período de março de 2001 a dezembro de 2001. GONZAGA -Planejamento & Sistemas. Florianópolis, 2001.

GORSKI, T. T.; MILLEN, M. **Fases da recaída: sinais e sintomas.** In: Material adaptado de circulação interna do Centro para tratamento da dependência química Vila Serena. São Paulo, 1996.

JALOVI, F. **Tóxicos.** São Paulo: Nova Fronteira, 1977.

JOHNSON, V. E. **Guia prático para o tratamento do alcoolismo.** Petrópolis: Editora Vozes, 1992.

JÚNIOR, J. S. **Leis penais especiais e sua interpretação jurisprudencial.** 7 ed. Vol. 2. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

KALINA, E. **Drogas: terapia familiar e outros temas.** Tradução: Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

LAROUSSE CULTURAL Grande Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo, Editora Nova Cultural, 1999.

MANZANO FILHO. Drogas: como sair desta. **GALILEU.** Rio de Janeiro, p.46-54, jul. de 1999.

MARLATT, G. A.; GORDON, J.R. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARTINS V. (organizador). **A Instituição Sinistra – Mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil,** CFP, Brasília, 2001.

MILLER, W. R.; ROLLINICK S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

MIOTO, R.. C. Família e Serviço Social – contribuições para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade nº55.** São Paulo: Editora Cortez, 1997.

MOREIRA, M. C. F. **O Serviço Social como Instituição profissional no Instituto São José. – Unidade de Alcoolismo.** Trabalho do Curso de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, UFSC – Dpto. de Serviço Social, 1987.

NAKKEN, C. **A Personalidade Adictiva.** Sintra, Portugal: Associação para tratamento de toxicodependências (ATT), 1996.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. trad. da Quinta edição do livro Narcotics Anonymous, Narcotics Anonymous World Service, Inc. Chatsworth, Califórnia USA, 1993.

NEVES, D. P. **O alcoolismo e a exclusão social.** In: IV REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. 2001. Curitiba. Anais... Curitiba: Universidade Federal do Paraná., 2001.

OSHO. **O livro da Cura**: da medicação para a meditação. Shanti Editora, Florianópolis, 1997.

PESSOA, F. Opiário. In: **Fernando Pessoa – Obra Poética -** . Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar S.A., p.301-305, 1997.

_____. Ficções do interlúdio. In: **Fernando Pessoa – Obra Poética -**. Rio de Janeiro: Editora Nova Aguilar S.A., p.224,1997.

PICCOLO, F. D. **Se deixar a droga levar...** In: IV REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. 2001, Curitiba. Anais... Curitiba: Universidade Federal do Paraná., 2001.

POLÍTICAS PÚBLICAS: desafios e perspectivas. **Caderno de estudos nº1**. Conselheiras do CRESS – 12ª Região – Gestão 96/99. Florianópolis, 1997.

PUEL, E. **Padrões de interação da família alcoólica**. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social) PUC 1991. Rio de Janeiro, 1991.

RUSSO, R. **Campanha contra as drogas**. Florianópolis: Colégio Catarinense, Associação de Pais e Professores do Colégio Catarinense - APP/CC e da Polícia Federal de Santa Catarina, 2002.

Revista Instituto São José. Documento institucional de divulgação. São José, 2001.

SILVA, J. M. **Tóxicos**: o que os pais devem saber. São Paulo: Paulinas, 1987.

SILVEIRA FILHO, D, X. da,. **Dependência**: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do psicólogo, 1996.

SOARES, B; RODHDEN, F. **As melhores intenções**. Rio de Janeiro: Iser, 1994.

STAHELIN, M. F. **Contextualização da dependência química na adolescência a partir das vivências em uma instituição psiquiátrica**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2002.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VELHO, G. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

VERGARA, R. Drogas: o que fazer a respeito. **Super Interessante**. São Paulo, ed. 172, p.40 – 50, Jan. de 2002.

WEISS, B.; MEIRELLES, C. Drogas: uma questão de saúde. **ISTO É**. Rio de Janeiro, p.120-125, set. de 1999.

ANEXOS

ANEXO 1: Os doze passos dos Alcoólicos Anônimos

OS DOZE PASSOS DE ALCÓOLICOS ANÔNIMOS

1º Admitimos que éramos impotentes perante ao álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

2º Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

3º Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

4º Fizemos minucioso e destemido inventário de nós mesmos.

5º Admitimos, perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

6º Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7º Humildemente, rogamos a Ele que nos livrasse das nossas imperfeições.

8º Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

10º Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11º Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

12º Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem a outras pessoas e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

(AL ANON, 1980, p.51-52).

ANEXO 2: Resumo dos seminários realizados pelo Serviço Social

RESUMO DOS SEMINÁRIOS REALIZADOS PELO SERVIÇO SOCIAL

1) O Dependente Químico e a Família

Objetivo do Seminário: identificar qual a importância da família para o doente e qual a importância da participação da família no processo de recuperação dos pacientes.

Abordagem: conceito de família; família como um sistema que também adocece; conseqüências da dependência (sentimentos e atitudes).

2) Dependência Química e Trabalho

Objetivo do Seminário: refletir com os pacientes sobre a importância do trabalho em nossas vidas e analisar a influência do uso de substâncias químicas no trabalho e na vida do trabalhador.

Abordagem: conceito de trabalho; o trabalho como forma de ocupar o tempo livre e como forma de garantir a satisfação financeira e emocional dos seres humanos; formas de trabalho; *conseqüências do uso de substâncias psicoativas no trabalho e/ou situações constrangedoras.*

3) O Doente e a Sociedade

Objetivo do Seminário: apresentar a Dependência Química como uma doença também social, tanto em sua origem como em suas conseqüências; abordar os mecanismos de defesa desenvolvidos pelos doentes e pela sociedade em geral.

Abordagem: o que é sociedade; necessidades/importância das relações sociais; importância do diálogo e do respeito; discriminação e inferiorização; mecanismos de defesa.

4) Dependência Química e Violência Doméstica

Objetivo do Seminário: apresentar ao grupo a relação existente entre o uso das drogas e a violência doméstica, bem como, mostrar que a maioria dos casos de violência doméstica tem como pano de fundo o agressor alcoolizado ou sob efeito de alguma outra droga.

Abordagem: conceito de violência; tipos de violência (social; institucional e doméstica); formas de agressão (física, psicológica e sexual); relação entre violência e uso de drogas.

5) Conviver em Grupo

Objetivo do Seminário: trabalhar situações relacionadas a convivência grupal, buscando caracterizar as dificuldades e os benefícios de tal relação.

Abordagem: mandamentos de um grupo; importância do saber respeitar, ouvir e conversar; compreensão; diferenças entre os membros de um grupo.

6) O Dependente químico e a Família: alcoolistas e usuários de outras drogas

Objetivo do Seminário: identificar qual a importância da família para o dependente e qual a importância do dependente para a família.

Abordagem: Possibilidade de perceber que a família também adocece, da mesma forma que a pessoa dependente. Aqui entra a questão de que a família é um sistema dentro da sociedade e que está relacionada com outros sistemas.

Os membros de uma família são sub-sistemas que também estão em relação com outros sub-sistemas ou com sistemas maiores.

Na verdade, é um sistema relacionado: um sofre quando o outro está sofrendo. Quando uma pessoa é abalada, as outras também são, a família está doente.

ANEXO 3: Roteiro da entrevista realizada para a composição da história social

ROTEIRO DA ENTREVISTA REALIZADA PARA A COMPOSIÇÃO DA HISTÓRIA SOCIAL

Dados do(s) entrevistado(s) e sua relação com o paciente:

- Idade do paciente
- Situação civil
- Filhos
- Profissão – atividade. Quando começou a beber?
- Agravamento – algum motivo específico?
- Atitudes quando alcoolizado (relação com esposas, filhos)
- Uso de outras substâncias?
- Número de internações – onde?
- Outras doenças – saúde?
- Desmaios, alucinações, tremores?
- Envolvimento com a polícia?
- Rotina?
- Quanto aos pais do paciente – ainda vivem juntos, como se relacionam com o paciente?
- Tem irmãos?
- Alguém mais da família tem problemas com álcool?
- *Está fazendo o tratamento por vontade própria? Número de tratamentos?*