

RUBENS GOMES CORRÊA

**VISUALIZANDO POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO
DO USUÁRIO DE DROGAS EM GRUPOS FOCAIS**

Curitiba/ Julho/ 2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR**

**VISUALIZANDO POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO
DO USUÁRIO DE DROGAS EM GRUPOS FOCAIS**

RUBENS GOMES CORRÊA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA: Maguida Costa Stefanelli

Curitiba/ Julho/ 2000

PROGRAMA DE APOIO AO PLANO SUL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Convênio CAPES/SETI – PR

MESTRADO INTERINSTITUCIONAL

PROMOTORA: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem
RECEPTORA: Universidade Federal do Paraná – UFPr
ASSOCIADAS: PUC/Pr; Cesulon; Unioeste; FAFIPA

**VISUALIZANDO POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO
DO USUÁRIO DE DROGAS EM GRUPOS FOCAIS**

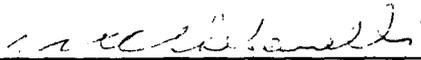
RUBENS GOMES CORRÊA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela BANCA EXAMINADORA
para obtenção do título de:

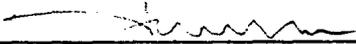
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sendo aprovada em 07 de Julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

BANCA EXAMINADORA



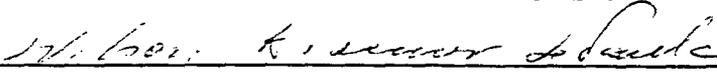
Prof. Dr.^a Maguida Costa Stefanelli – Presidente Orientadora



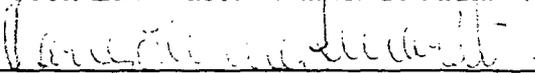
Prof. Dr.^a Tamara Iwanow Cianciarullo - Membro



Prof. Dr.^a Maria de Lurdes Centa - Membro



Prof. LD. Wilson Kramer de Paula - Membro



Prof. Dr.^a Maria Helena Lenardt - Membro



Prof. Dr.^a Lurdes Emilia Ruviano – Membro Suplente

DEDICATÓRIA

**Dedico esta dissertação a todas as entidades
que trabalham com dependentes químicos,
em especial ao "Desafio Jovem, Vidas para Cristo";
Aos coordenadores e obreiros da Casa de Recuperação
que dedicam seu tempo no intuito de
assistir e ajudar os dependentes;
Às famílias dos dependentes que se empenham
em ter seus filhos livres das drogas;
E principalmente aos jovens
que estão na dependência, buscando libertação;
E aos que encontraram o sentido da vida
e agora estão num novo caminho.**

**“MANTENHAM-SE LIBERTOS,
LIVRES DAS DROGAS”**

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que me deu um novo sentido para a vida, dirigindo-me para este trabalho tornando tudo possível e que é fonte de inspiração para este caminhar.

À Minha amada esposa Salma Mancebo Corrêa, que sempre me incentivou para a conclusão deste mestrado permanecendo ao meu lado enfatizando os aspectos sociais que este trabalho pudesse contribuir.

Às minhas queridas filhas Letícia, e Jaqueline, que são frutos de amor, manifestando sempre alegria e paz entusiasmando-me a lutar por um ideal.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Dr^a. Maguida Costa Stefanelli, por sua orientação competente e de excelente nível, constante disponibilidade, a confiança que depositou na minha pessoa, investimento e solidariedade no partilhar de momentos significativos deste trabalho ajudando a compreender e organizar.

À Dr^a. Maria de Lourdes Centa, por sua amizade, afetividade, estímulo e apoio, oferecidos durante a elaboração deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade disponibilizada.

Em especial a todos os professores do curso de mestrado da UFSC, UFPR e professores visitantes que muito nos incentivou para este caminhar, rumo à construção do conhecimento.

À Direção de Enfermagem do Hospital de Clínicas da UFPR, do Hospital Universitário Cajuru PUC-PR e da Universidade Tuiuti do Paraná, que também estiveram presentes neste caminhar.

“Visualizando possibilidades de recuperação do usuário de drogas em grupos focais”

**“...gostaria de poder abraçar o mundo e
de todas as formas ou só algumas,
poder ajudar a cada um
que se envolveu com a dependência de drogas.
Envolvido por um sentimento sincero e
desejo de partilhar das aflições
pelas quais passam estes usuários.
Mesmo sabendo, hoje que a prevenção
ainda é o melhor remédio, então,
o que faremos pois aos que já sofrem deste mal?
Darei a minha mão, darei a minha atenção,
mas algo darei.
Quem sabe se o que precisávamos
era de um pouco de atenção?”.**

Rubens G. Corrêa - 1999

RESUMO¹

Senti-me motivado a fazer este estudo pelo que tenho constatado na mídia e na literatura científica ou seja um numero crescente de farmacodependentes, atingindo cada vez mais a população jovem. O objetivo deste estudo foi criar um espaço para que os usuários de drogas pudessem compartilhar suas experiências em busca de novos caminhos para sua recuperação. Utilizamos a pesquisa qualitativa como método, o Grupo Focal como estratégia de coleta de dados, um jogo educativo e diário de campo. A análise qualitativa dos dados permitiu a elaboração das seguintes categorias: *tornando-se usuário, sofrendo por ser farmacodependente, sentindo-se isolados, tendo dificuldades para expressar-se em grupo, avaliando a consequência da droga, assumindo a responsabilidade, comentando a internação, discutindo sobre a recuperação, descrevendo suas crenças e valores, assumindo que é usuário de drogas e avaliando a estratégia utilizada*. Através da análise mais profunda destas categorias com nova imersão dos dados, validação com pares, usuários e coordenadores da Casa de Recuperação chegamos a categoria central: *Visualizando possibilidades de recuperação da farmacodependência*, que inclui a subcategoria *redescobrimo a família*. Os resultados desta pesquisa evidenciaram a possibilidade de trabalhos que visem a recuperação do usuário de drogas que integrem a teoria, prática e ensino de enfermagem podendo se tornar realidade quando planejada adequadamente. Apresentamos no final contribuições deste estudo para o ensino, pesquisa e assistência de enfermagem e em especial a educação em saúde.

ABSTRACT

I felt motivated to do this study because of what I have been seen through the communication means and on the scientific literature: an increasing number of drug dependants, reaching more and more the young population. The aim of this study was to create a space where the drug addicted could share their experiences, looking for new paths to their recuperation. Qualitative research was used as method, o “Grupo Focal” as way of collecting data along with the group meetings, an educative game, and field notes. The qualitative analysis of data permitted the elaboration of the following categories: becoming addicted, suffering for being drug dependant, feeling isolated, having difficulties to express oneself in group, evaluating the consequence of the drug, assuming the responsibility, commenting the internation, discussing about the recuperation, discripting beliefs and values, assuming that is drug addicted and evaluating the utilized strategy. Through the most deep analysis of these categories with new immersion of data, validation with pairs, users and coordinators of the “Recuperation house” we got to the central category: Visualizing possibilities of recuperation of drug dependancy which includes the sub category rediscovering the family. The results of this research evinced the possibility of works which purpose the recuperation of drug addicted, integrating theory, practice and teaching of nursing, able to become real when properly planned. In the end contributions of this research are presented to the teaching, research and assistance of nursing, specially healthy teaching.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos especiais.....	iii
Poema.....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
1. INTRODUÇÃO.....	01
Droga e tráfico.....	10
Droga e religião.....	11
Droga e dependência.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA (HISTÓRIA DO CONSUMO DE DROGAS).....	18
Aspecto sócio - culturais da farmacodependência.....	33
Causas sociais e pessoais da farmacodependência.....	38
3. OBJETIVOS	46
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	47
Trajetória em espiral da doença.....	47

Grupo de auto ajuda.....	54
Representação esquemática da “Trajetória em espiral”.....	56
5. MÉTODOS.....	57
Aspectos éticos.....	60
Cenário do estudo.....	61
Regras da Casa de Recuperação.....	65
Participantes do estudo.....	65
Procedimentos.....	67
Instrumentos de coleta de dados	
Observação.....	68
Entrevista de grupo.....	69
O jogo educativo como suporte para o referencial teórico.....	70
Objetivo do jogo.....	71
Mensagens.....	75
Rigor da pesquisa.....	80
Análise das informações.....	82

6. RESULTADOS.....	84
Avaliando a estratégia utilizada.....	97
7. VISUALIZANDO POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO	
DA FARMACODEPENDÊNCIA.....	103
Redescobrimdo a família.....	109
8. DO TEMA AOS RESULTADOS – O PESQUISADOR E A	
PESQUISA.....	110
Diagrama "Em busca de um novo sentido da vida".....	116
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117
ANEXOS	
Anexo I - Autorização da direção da casa.....	125
Anexo II - Termo de consentimento.....	126
Anexo III – Regras estipuladas pela Casa de Recuperação.....	127
Declaração.....	130
Anexo IV - Amostra da população	
Gráficos.....	131
Anexo V - Fotos.....	135

01. INTRODUÇÃO

No nosso dia-a-dia, no trabalho em um hospital geral de grande porte assista-me a chegada de pacientes usuários de drogas, cada vez mais jovens, não só pelo uso da droga em si mas também pelas suas conseqüências.

Na mídia e literatura específica também observamos o crescente aumento do número de jovens que se tornam usuários de drogas, o que foi despertando em mim, como cidadão e enfermeiro a responsabilidade de dar uma parcela de contribuição para a recuperação destes farmacodependentes¹.

Sempre tive vontade fazer um trabalho comunitário e na disciplina Prática Assistencial do Programa de Mestrado Interinstitucional UFC/ UFPr e Associadas, tive esta oportunidade de aproximar-me do problema acima relacionado e desenvolver esta pesquisa com usuário de drogas.

Há alguns trabalhos sendo desenvolvidos, umas poucas se preocupando com a recuperação. Em geral estão voltadas para a prevenção.

O governo brasileiro através do Ministério da Saúde e, ainda, as ONGs (Organizações Não Governamentais) e órgãos internacionais, têm investido mais na prevenção do que recuperação; entretanto, alguma coisa

¹ Existe na literatura diversas designações para o termo: Adicção às drogas; drogadição; farmacodependência; toxicomania; abuso de drogas; dependência de drogas e outros. Foi utilizado neste estudo os termos usuário de drogas e farmacodependência, que vêm se tornando comumente utilizado em nosso meio.

tem sido realizada, no que diz respeito à recuperação da dependência de drogas, como poderemos ver a seguir.

O Brasil, o maior país em extensão da América Latina, é classificado em oitavo lugar na economia mundial, porém, a maioria da população não tem acesso às riquezas do País. Cerca de 15% da população é composta por adultos analfabetos e grande parte das crianças não tem acesso ao atendimento de necessidades básicas. (IBGE, 1998): As diferenças regionais do País são marcantes, a maioria dos habitantes dos estados do Sul são descendentes de imigrantes europeus, enquanto nas regiões do Nordeste prevalece a mistura racial, o que poderia explicar as várias diferenças culturais existentes que se refletem no âmbito da educação, nutrição, religião, saúde, moradia, entre outros aspectos.

Numa tentativa de avaliar a situação do consumo de drogas do país são utilizadas diferentes abordagens: pesquisas populacionais (entre estudantes e meninos em situação de rua), indicadores do consumo (internações provocadas por drogas, apreensões pela polícia, entre outros) e estudos etnográficos (Carlini – Cotrim, 1991). Cada um dos parâmetros analisados é essencial para a avaliação do todo, podendo, inclusive, haver resultados contrastantes.

A abordagem nesse capítulo se detém nas causas de dependência e motivos de internação para podermos contextualizar a assistência.

Segundo Carlini-Cotrim, (1991) a droga mais consumida nem sempre é a responsável pelo maior número de internações ou mortes.

Estudos nacionais realizados entre estudantes brasileiros nos anos de 1987, 1989 e 1993 indicaram as drogas lícitas como as mais consumidas. Em primeiro lugar, excetuando-se álcool e tabaco, aparecem os inalantes, seguidos pelos ansiolíticos e anfetaminas (Galduróz et al., 1996). Tais estudos têm indicado a semelhança do perfil brasileiro quando comparado com outros países, exceto os Estados Unidos onde o consumo é muito maior (Carlini-Cotrim, 1991). Por outro lado, entre crianças em situação de rua, o perfil de consumo se mostra diferenciado, pois, o consumo de drogas nesta população é extremamente elevado e muito superior aos valores observados entre estudantes. Nessa referida população, os inalantes e a maconha são as drogas mais consumidas, seguidos pela cocaína, nas capitais do Sudeste do País e pelos medicamentos psicotrópicos, nas capitais nordestinas (Noto et al., 1994).

Quanto aos indicadores do consumo, as internações por cocaína vêm aumentando a partir de 1987, ocupando nos últimos anos, o primeiro lugar entre as drogas, exceto álcool, posto este ocupado pela maconha até o ano de 1991 (Noto & Carlini, 1995). Ao serem analisadas as apreensões pela Polícia Federal no período 1980/1990, verificou-se que, enquanto as apreensões de maconha diminuíram a partir de 1987, as de cocaína aumentaram consideravelmente. Embora as quantidades de drogas apreendidas tenham sido grandes, o número de inquéritos e indiciamentos foram pequenos quando comparados com outros países (Galduróz et al., 1994).

Segundo Carazzai (1999), membro do Conselho Nacional de Entorpecentes no Paraná, o Brasil é atualmente a principal rota de exportação

de cocaína na América Latina, situação que acarreta problemas sociais consideráveis para o nosso País. Por outro lado, tendo por base o conjunto de pesquisas epidemiológicas sobre drogas, nos últimos anos, realmente observou-se uma crescente participação da cocaína. O submundo da cocaína produziu uma novidade assustadora, sua primeira geração de narcotraficantes. Brasileiros que trabalhavam para contraventores colombianos decidiram montar as próprias máfias para comandar uma fatia do "negócio mais rentável do planeta". Segundo as últimas pesquisas da Organização das Nações Unidas, ONU (1999), o comércio mundial de drogas movimentava 400 bilhões de dólares por ano. No Brasil, fala-se em cerca de 10 bilhões de dólares (Secco, 1999).

As diferenças de padrão de consumo entre homens e mulheres também merecem destaque, enquanto entre os homens predomina o uso de drogas ilícitas (maconha e cocaína), entre as mulheres o consumo de medicamentos psicotrópicos é superior (ansiolíticos, anfetaminas, entre outros). Quando são analisados o consumo de álcool e o de tabaco, observa-se que estas são as drogas de maior consumo entre estudantes e meninos em situação de rua, sendo o álcool responsável por mais de 95% das internações hospitalares provocadas por drogas. Assim, apesar de não receberem a devida atenção, estas são as drogas mais consumidas e as que trazem os maiores prejuízos à nossa população.

Apesar do panorama acima exposto, o Brasil ainda carece de um plano definido em relação a questão das drogas, principalmente no que diz respeito à prevenção primária, embora existam iniciativas nesse sentido em

alguns estados e municípios, na maioria deles, não se observa uma diretriz específica para o combate às drogas.

Os estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas na adolescência mostram um quadro preocupante. Recente estudo do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas) realizado em dez capitais brasileiras mostra que o uso de drogas ilícitas atingiu em média 23,4% estudantes de 1º e 2º graus, variando de 17,8% em Belém até 27,3% em São Paulo. Mais preocupante ainda é a constatação de que o uso de maconha, cocaína e anticolinérgicos cresceu estatisticamente (Galduróz et al., 1996). Existem estudos em se que observa que o uso de maconha, em 1987, entre os estudantes era de 2,8%, passando a 4,5% em 1993; o uso de cocaína cresceu de 0,5% em 1987 para 1,2% em 1993. É importante lembrar também, que os inalantes foram as drogas mais consumidas nos três levantamentos realizados pelo CEBRID. Constatou-se um fato relevante: das 8 drogas mais consumidas, apenas a maconha (que aparece na 3º posição com 5,0% de uso) pode ser considerada ilegal. O uso de medicamentos com fins ilícitos pelos estudantes apresentou dados importantes. Assim, 5,5% dos estudantes já utilizaram ansiolíticos e 3,1% deles anfetamínicos sem prescrição médica. (CEBRID, 1996)

Todos esses resultados indicam que a simples repressão não vai contornar o problema do uso de drogas entre os adolescentes. Vale lembrar ainda, que as drogas legalizadas como o álcool e o tabaco, são as campeãs de consumo entre esses estudantes. Observou-se que 18,6% deles fazem uso freqüente de álcool (definido como 6 vezes ou mais no último mês que antecedeu a pesquisa); o uso freqüente de tabaco foi de 5,3%. Há ainda hoje,

no ano 2000, a preocupação do governo em proibir a publicidade de cigarros na televisão, o que não deixa de ser uma medida de prevenção.

A situação mostra-se ainda mais dramática entre as crianças em situação de rua. Estudo de 1993 realizado pelo CEBRID (Noto et al., 1994) em cinco capitais brasileiras aponta que no Rio de Janeiro 57,0% dessas crianças já fizeram uso de drogas ilícitas, chegando a 90,5% em Recife, sendo que os inalantes foram as drogas mais utilizadas nas cinco capitais pesquisadas. É também significativo observar que o uso diário nessa população é expressivo sendo que, por exemplo, em São Paulo 24,5% e em Recife 42,0% fazem uso diário de inalantes. A maconha foi usada diariamente por 25,0% dessas crianças em Recife e a cocaína teve uso diário de 6,0% em São Paulo.

Estudo realizado em fins de 1994 sobre a percepção dos jovens quanto ao uso indevido de drogas, coordenado pelo Ministério da Saúde, mostra certas distorções em relação aos dados epidemiológicos citados no trabalho do CEBRID (1996). Nele, os jovens opinaram que as drogas mais consumidas no Brasil foram: maconha 46,9%; cocaína 22,0%; crack 7,4% e cola de sapateiro 4,5%. Provavelmente esses dados refletem o "conhecimento" imposto pela mídia à opinião pública sobre as drogas, pois, ela têm feito constantes alardes sobre a expansão do uso da cocaína e do crack (Carlini et al., 1993). Este fato não é refletido nas pesquisas epidemiológicas até aqui realizadas.

Vale enfatizar a importância da prevenção primária, uma vez que apesar de haver uma grande diversidade de abordagens para tratamento da dependência de drogas, estudos têm demonstrado não existir muita diferença

de efetividade entre elas. A maioria dos estudos refere um baixo índice de abstinentes pós tratamento, sendo poucos os programas que atingem 35,0% de recuperação. (Sollero, 1987).

É, ainda, relevante mencionar o papel das ONGs (Organizações Não Governamentais) que, em caráter filantrópico, se dedicam fundamentalmente à prevenção secundária e à reabilitação dos dependentes; porém, muitas vezes os profissionais, quando existem, que atuam nessas organizações não têm treinamento ou formação específicos para esta tarefa.

Droga e a adolescência

O CEBRID (1996), realizou uma pesquisa a qual mostrou que para quase metade dos entrevistados, alunos de 1º e 2º graus das escolas da rede estadual, a maconha é a droga mais consumida entre os jovens brasileiros, enquanto que a cocaína foi apontada por cerca de um quarto deles. Dez por cento referiram ser o crack a droga mais usada e 8% não souberam responder. Estes percentuais também variaram ao se comparar faixas etárias, classe, sociais, renda e sexo. Questionados sobre a droga mais consumida entre jovens, 37% dos entrevistados referiram ser a maconha, 15% a cocaína, 5% o crack e o mesmo percentual, o cigarro. Um em cada quatro alegou não conhecer ninguém que usa drogas, mas quando a pergunta admitia respostas múltiplas, as mesmas drogas foram referidas na mesma ordem que na questão anterior, porém, todas com um percentual maior, chegando a maconha a ser referida por 54% dos entrevistados. O percentual variou nos diferentes segmentos de sexo e idade, com exceção do crack. Apenas 3% dos entrevistados informaram não acreditar que alguma droga possa fazer mal ou prejudicar a saúde de quem usa, enquanto

92% responderam afirmativamente. Este percentual tende a crescer na adolescência, até 95% na faixa de 16 a 19 anos de idade. O crack lidera o ranking da droga considerada mais perigosa, com 36% das menções, seguido pela cocaína (25%) e pela maconha (4%). Estas mesmas drogas são mencionadas como respostas à pergunta sobre outras drogas também perigosas. Mais uma vez, pode-se perceber diferenças consideráveis nestas proporções associadas à idade, sexo, renda e classe social.

Parece haver consenso entre vários autores ao definir a adolescência como um período de transição entre a infância e a idade adulta (Grünspun, 1985). Por outro lado, não há definições precisas sobre os limites desse período da vida do ser humano. De modo geral, se diz que a adolescência encontra-se numa nebulosa faixa entre os 10 e 25 anos (Vitiello et al., 1997). Em 1977 especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1975) decidiram estabelecer como limites da adolescência as idades entre 10 e 20 anos, para fins de padronização, já que a maioria dos jovens em processo de adolecer encontram-se nesse período (Grünspun, 1985).

A palavra adolecer origina-se do latim e significa crescer, tornar-se maior, atingir a maioridade (Tiba, 1985). Basicamente a adolescência envolve três vertentes conjugadas: o componente biológico, o sócio-cultural e o psicológico.

De modo geral, a sociedade considera o jovem como representante de um grande mercado consumidor. Nas classes sociais mais pobres o jovem representa apenas um bom segmento da força bruta de trabalho, sem condições adequadas de desenvolver-se integralmente como ser humano. Somado a estas características sócio-econômicas, o jovem

experimenta mudanças psicológicas como: a busca do próprio eu, tendências a se instalar em grupos, necessidade de fantasiar e intelectualizar, crises de religiosidade, falta do conceito de tempo pois são imediatistas, condutas contraditórias, insegurança e agressividade, entre outras (Vizzolto, 1987).

Na ontogênese desse desenvolvimento da identidade há um fator muito importante que é a informação. Este é um processo de comunicação que integra os aspectos afetivo e intelectual entre a criança e o seu ambiente familiar e social (Tiba, 1985).

Na construção da identidade pessoal há também que se considerar os grupos de parceria, isto é, as pessoas significativas para o adolescente que geralmente residem na "turma" de companheiros que passam a influenciar o comportamento do adolescente. No grupo, o jovem vai construindo o seu próprio eu, buscando a aprovação, a admiração e o respeito dos outros companheiros (Kalina, 1999).

O uso de drogas psicotrópicas nesta faixa etária encontra, portanto grande ressonância, já que ela representa um paliativo para angústias que esses adolescentes enfrentam. Daí a importância de se fazer campanhas preventivas entre os adolescentes ressaltando os aspectos positivos da vida, não deixando de mencionar a nocividade da droga de forma natural, sem medo mas com responsabilidade.

Droga e tráfico

Nos últimos anos, efetivamente, lograram-se níveis crescentes de apreensão de drogas, sobretudo aquelas com destino ao exterior, que chegaram a quase 13 toneladas em 1994 e 15 toneladas em 1995. Isso significa que os esforços da repressão ainda estão canalizados para impedir a saída da droga, descuidando-se quanto a sua entrada, consumo e circulação dentro do Brasil Procópio (1999).

O tráfico de drogas aumenta rapidamente, pois como se sabe, o volume da droga confiscada corresponde oficialmente a menos de 10% — na prática, apenas 1% — do volume traficado. (CEBRID, 1996).

De acordo com Carazzai (1999), continua enorme a disseminação do uso de drogas naturais e sintéticas. Não pára de crescer o consumo de maconha, da cocaína, do ecstasy, do crack, da merla e, principalmente, da cola de sapateiro. Entre as camadas sociais pobres, esta última é ostensivamente usada por crianças de rua. Isso comprova a ausência de políticas efetivas de prevenção, controle e repressão do uso e do abuso de substâncias entorpecentes. Estima-se em cerca de oito milhões o número de usuários de drogas pesadas no Brasil.

As drogas pesadas estão classificadas por Carvalho (1977), como sendo as que apresentam os sintomas mais fortes e com seqüelas determinantes, sendo elas a cocaína, o crack, o LSD, o álcool e as drogas psicotrópicas. Não acreditamos com esta definição que podemos separar drogas pesadas e leves, mas sim que todas elas são drogas, com grau diferente de efeito e dependência.

A atuação dos órgãos de repressão ao tráfico não tem conseguido coibir internamente a expansão das drogas nem reverter a "crescente importância da economia do narcotráfico" na vida nacional, haja visto, os recentes fatos envolvendo autoridade, políticos, empresários, representantes dos órgãos de segurança e outros membros da sociedade. (Procópio, 1999).

Droga e religião

Este item foi desenvolvido com base num capítulo do livro de Argemiro Procópio, doutor em Sociologia pela Universidade de Berlim e estudioso do assunto.

Procópio (1999) afirma em um capítulo de seu livro intitulado "A igreja na luta contra o tráfico", que poucos sabem que as igrejas conquistam espaço e vitória na batalha contra o tráfico de drogas, e diante dos pequenos resultados da ação repressora dos Estados Nacionais contra o narcotráfico, o conseguido na atualidade pela ação de igrejas cristãs é realmente expressivo. Os narcotraficantes, que não temem a polícia, o Exército, o serviço secreto nem o Estado, todavia temem a religião, pois esta tem catequizado e convertido pessoas de seus grupos, comparsas, gente da mesma classe e possuidores de tantos segredos e conhecimento quanto eles próprios. É o papel da religião na cultura desses usuários.

Existe também o fato da conversão religiosa atingir principalmente os que compram e vendem a droga, o que Procópio (1999) chama de "baixo clero" do narcotráfico. O "alto clero" como afirma

Procópio, ou seja, banqueiros, políticos e homens de negócio, geralmente é "imune", não se deixa atingir nem converter pela palavra. O que incomoda ao "alto clero" são as "baixas nas trincheiras" e as brechas abertas no "baixo clero". (Procópio, 1999).

Outro motivo diz respeito ao "caráter subversivo da missiologia cristã", em outras palavras, a missão da igreja contra as drogas. Nas favelas, o processo de evangelização "mina a ordem", fragilizando estruturas de distribuição a varejo das drogas. Os efeitos da pregação em nome de Cristo contra o Anti-Cristo, o demônio das drogas, são profundamente consistentes e duradouros, porque contém a expressividade do testemunho e o peso simbólico da mensagem cristã. (Procópio, 1999).

Um outro motivo expressivo é o movimento de pastores e religiosos com a "mensagem da boa-nova", que é acompanhada por lições e exemplos de vida que transgridem, quebram normas e valores do crime, atingindo principalmente parcela de traficantes entre 20 e 30 anos de idade, ou seja, retira gente do convívio e da experiência com a droga e dentre os mais audaciosos do mercado do crime (Procópio, 1999).

Também se torna motivo o fato de surgir uma esperança na nova trajetória de vida que é abraçada pelo convertido, depois da libertação de suas culpas do passado. Confessada a culpa, o arrependimento lava a alma e a salvação em Cristo está garantida. É a vitória da virtude contra o crime, isto é, contra o pecado, e o desespero transformado em esperança. A história de vida arrebanha novas vocações para a conversão, como que em uma espiral inflacionária de virtudes no submundo. (Procópio, 1999).

Outro ponto forte, a favor das igrejas evangélicas na sua luta contra o narcotráfico, é a razão de seus pastores serem provenientes de estratos sociais expressivamente diferenciados, incluindo de deserdados a pessoas de classe econômica alta . É comum entre os religiosos encontrar novos ricos e até netos de "meninos de rua", um fenômeno bem mais velho no Brasil do que geralmente se pensa. É a convivência de pessoas originárias de várias culturas, o que facilita-lhes o aprendizado do linguajar utilizado no mundo da droga o que abre mais facilmente caminhos para o trabalho de recuperação.

Nascidos em "berço de ouro" ou favelas, crescidos nas ruas, criados por mães "santas" ou "bandidas", tais pastores são verdadeiros políglotas: entendem e falam fluentemente todas as línguas do crime. Essa arma poderosa, a comunicação, é vista como dom do Espírito Santo na luta contra o Anti-Cristo. Com a Bíblia, arrebanham as ovelhas desgarradas do mundo destruidor e colocam-nas sob o cajado protetor de Jesus, o redentor. Para Procópio (1999) o crente verdadeiro não consome nem trafica psicotrópicos. Somados, ~~perfazem quase vinte milhões no Brasil;~~ isso corresponde a significativo ~~desfalque na contabilidade do narcotráfico.~~ Conclui-se então, ~~que qualquer estudo sobre o uso de drogas ilícitas necessitaria considerar o efeito do fenômeno da religião cristã~~ contra as drogas.

Há no Brasil inúmeras instituições de recuperação de usuários de drogas, que com sucesso não tão visíveis mas notáveis nos resultados, que apresentam o trabalho de recuperação de usuários de drogas, como é o caso da "Casa de Recuperação Desafio Jovem, Vidas para Cristo",

localizada em São José dos Pinhais, local da realização deste estudo, com métodos baseados na pregação da "Palavra de Deus", no-isolamento, disciplina e trabalho. Há, no entanto, total liberdade, tanto para ingressar quanto para permanecer na instituição, sendo necessário que o dependente em drogas queira permanecer por sua vontade própria. Devendo, então, cumprir o prazo de nove meses estabelecido pela direção da Casa de Recuperação. Além disso, não há psicólogos ou psiquiatras e são os próprios jovens mais antigos de casa que passaram pelos problemas com as drogas que ouvem e aconselham os demais. Os internos, como são chamados, administram e cumprem as tarefas do dia-a-dia da Casa de Recuperação.

Droga e dependência

O problema do uso de drogas, onde o Brasil é quase um campeão mundial no consumo de psicoléticos, os quais causam maior dependência, vem tomando dimensão inimaginável, desconhecendo-se levantamento a respeito até pelas dificuldades óbvias encontradas para tal, principalmente no que diz respeito às chamadas “drogas ilegais” pois ninguém quer informar por temer as conseqüências.

Há drogas como as do grupo dos psicolépticos que fazem parte do consumo da população, dentre as quais podemos citar: as drogas neurolépticas ou tranqüilizantes, utilizadas no tratamento das psicoses agudas ou crônicas, os sedativos ou hipnóticos, usados como indutores do sono para pessoas com insônia, também utilizado no tratamento da

epilepsia. Outro grupo é o das drogas psicoanalépticas, no qual estão incluídos os estimulantes, os antidepressivos. Podemos citar ainda, o grupo dos psicodislépticos que incluem os modificadores do comportamento, os alucinógenos, que desviam a atividade mental induzindo à alucinações e delírios.

A diversidade das drogas torna-se cada vez maior, isto sem falar nos inibidores do apetite e na auto medicação, tornando se impossível o seu controle. Queremos aqui abordar um sentido amplo da dependência química, a qual traz não só a dependência física mas também a emocional ou psíquica, certos de que é junto a estes usuários que obteremos as respostas às nossas inquietações. Mas o propósito aqui, além de conhecer, é contribuir de alguma forma com aqueles que já são dependentes, ajudando-os na sua recuperação, podendo assim corresponder ao fim último do trabalho científico que é o bem - estar da sociedade.

Certamente que em todos os campos, a prevenção torna-se essencial e imprescindível. Cabe salientar que a prevenção deve ser feita com muito critério, estudo, controle e avaliação de resultados para que, nesse assunto específico, não se atinja o objetivo contrário, ou seja a promoção do uso das drogas. Embora isso nos preocupe não podemos ficar de braços cruzados vendo o problema se agigantar. Algo tem de ser feito. É ousar com responsabilidade.

Nas últimas décadas muito se têm escrito sobre esta questão, a do uso de drogas: classificações, estudos, estatísticas, teorias, trabalhos publicados.

Existe no entanto, muito pouco com relação ao tratamento e recuperação alternativos de pessoas usuárias de drogas. Isto ocorre porque é tema complexo, que envolve uma gama de variáveis como questões subjetivas, crenças, valores, aspectos econômicos-sociais, pontos de vista entre outros. Temos visto indivíduos ou grupos que se engajam nesta luta munidos de imensa boa vontade mas, desprovidos de uma ação metodológica consciente, não respaldados por base técnica científica, embora tenham contribuição a dar.

Portella (1998), presidente do Conselho Nacional de Entorpecentes (Conen), numa entrevista a Revista Vinde, disse: "Existe muita boa vontade e pouca responsabilidade." Faz críticas aos centros de recuperação formados de maneira improvisada. *"O sujeito cheira durante um tempo e, quando larga as drogas, já quer montar um centro, que ele próprio passa a coordenar. Sequer procura um já estabelecido, onde possa ajudar"*.

Não existe critérios na hora de assumir uma obra assistencial, a pessoa é movida para o trabalho que muitas vezes é desenvolvido pela fé e boa vontade, mas, é preciso bases científicas e critérios para ajudar um ser humano em recuperação, a começar pela triagem, histórico, avaliação e outros aspectos. É comum encontrarmos crianças junto com adultos, dependentes gravíssimos junto a homossexuais, pessoas com AIDS, entre outras situações que preocupam pois isso ocorre de forma aleatória.

Observando e refletindo sobre a personalidade do usuário de drogas, verificamos que é comum manifestações de tendências depressivas,

ansiedade ou intolerância à frustração e dificuldade para mudar comportamento.

Esta perspectiva psicanalítica é também defendida por Freud (1976), que relaciona o uso excessivo da droga à fase oral da primeira infância, sendo que os distúrbios precedem uma atitude compulsiva, manifestando-se através da tendência em conseguir altos graus de satisfação e bem-estar buscando para isso a droga. Para Freud nesta compulsividade que se estabelece o caráter oral, no qual consiste na exigência imediata de satisfação, pretendendo insaciavelmente sempre mais como um “poço sem fundo”, escapando da estabilidade e do controle da pessoa.

Percebe-se, portanto, que a farmacodependência não pode ser encarada de forma parcial; tem-se de atentar, dentro das possibilidades, para todos os aspectos que a envolvem, ou seja, o usuário, a droga em si, fatores sócio-políticos, culturais, econômicos e principalmente a existência de vontade política para mudar.

02. REVISÃO DE LITERATURA

Esse capítulo se abre como uma janela na história, para observarmos o início do uso das drogas, e podermos compreender um pouco mais sobre este assunto que é a farmacodependência.

História do consumo de drogas

O uso de drogas não nasceu de uma determinada cultura e nem é algo do momento atual. O conhecimento de alguns aspectos históricos do seu uso ajudam a compreender, em parte, hábitos, atitudes e normas culturais que no passado prevaleceram ou ainda prevalecem, ou têm influência sobre o uso da droga.

Gallo (1984) acrescenta que: "O homem, desde priscas eras, como todos também sabem, procurou achar uma beberagem ou remédio que tivesse o dom ou poder de tirar ou aliviar as dores, produzir alegria, não ter angústia, acalmar paixões, acabar com o medo, dando-lhe coragem para as lutas e ânimo para as incertezas, tristezas e agruras da vida e, também, preservar a mocidade e a saúde".

Sielski (1999) relata que os primeiros registros escritos disponíveis vêm confirmar que todos os povos primitivos fizeram uso de drogas e medicamentos, principalmente vegetais, para o alívio e o tratamento dos seus enfermos. Esses registros encontram-se nas "tabuinhas sumérias" de Nippur, nos escritos cuneiformes de Assur, nos papiros egípcios, nos textos védicos da Índia antiga, no Shen Nung Pen-Ts'ao King

da China (primeira classificação de drogas), no Pon-cho da Coréia, no Avesta Iraniano, no Antigo Testamento da Bíblia, nos livros de Chilam Balam (documentos incas e maias), nos Códices de Sahagúm e Badiano (astecas), dentre outras. (Guillén, 1987).

Segundo Guillén, (1987), A utilização de remédio era basicamente instintiva e intuitiva e incluía a manifestação de rezas e gestos apropriados de cada curandeiro. Por conseguinte, deduz-se que essa experiência ocorria posteriormente à manipulação mágica, pondo em evidencia a eficácia de determinada substância. Outro conceito importante refere-se à diferenciação de remédio e veneno. Assim como os remédios, o conceito de veneno também deve ter surgido de forma empírica. Intuitivamente o homem foi aprendendo a evitar, excluir e se proteger daquelas plantas ou animais que poderiam envenená-lo.

Alguns milênios depois, os gregos foram os primeiros a conseguir uma compreensão científica dos conceitos de medicamento e de veneno, e bem mais adiante Paracelso por volta de 1520, afirmava que a mesma substância química pode ser remédio ou veneno, de forma que a dose certa é que as diferenciava (Braga, 1973).

Desde tempos remotos da história da humanidade, o homem tem tido habilidade para detectar aquelas substâncias da natureza que podiam alterar sua conduta, agindo em sua mente. A seguir, apresento um resumo histórico sobre o tema, segundo Medeiros (1986), Guillén (1987) e Sielski (1999).

As culturas chamadas primitivas rendiam culto a diferentes e diversas plantas, as quais eram utilizadas em cerimônias e rituais religiosos, comemorações e busca do prazer. O homem utilizava-se de rituais ao fazer uso da droga, e isto o mantinha dentro dos limites da tradição cultural. Observa-se ainda que na antigüidade sacerdotes, feiticeiros e adivinhos orientavam o uso da droga na cura dos males da vida causados pelas forças sobrenaturais, que só elas podia apaziguar e tornar favoráveis, e que as crenças, costumes, o medo de punições divinas e a vigilância da família, bastavam para conter o seu uso abusivo.

As bebidas geralmente, eram fermentadas e feitas a princípio com tâmaras, figos, uvas, leite, mel, arroz, milho e mandioca, tinham fins terapêuticos, mágicos ou místicos. Serviam para tratar males físicos, restaurar energias, alegrar, celebrar, aliviar sofrimentos espirituais, purificar a alma, dar graças aos deuses e dessa forma as pessoas atingiam estado de embriaguez e euforia, e que segundo se acreditava, as ajudavam a elevar o espírito humano a planos superiores, facilitando o contato do homem com entidades poderosas, nas cerimônias ou ritos de sua cultura.

Em termos arqueológicos, o achado mais antigo encontrado até hoje, é um jarro de cerâmica descoberto em escavações feitas em 1968 ao norte do Irã, por pesquisadores americanos liderados por Patrick McGovern e publicado na revista Nature em Junho de 1996. Esse jarro continha resíduos de vinho resinado feito entre 5400 a.C. e 5000 a.C., o que indica que o vinho é tão antigo quanto a civilização humana, representada por aquelas pequenas aldeias formadas pelos homens recém-saídos das cavernas. O vinho foi descoberto a partir da fermentação

(transformação de açúcar em álcool), ocorrido de forma espontânea em frutas como a uva, deixadas em contato com o ar (oxigênio). A resina colocada no vinho, era hábito comum na antigüidade pois impedia o desenvolvimento de bactérias que transformavam o vinho em vinagre. Com a descoberta do processo de pasteurização pelo cientista francês Louis Pasteur, é que a produção de vinho obteve pureza e durabilidade. Foi após a guerra de 1870 que Pasteur, estudando as condições de fabricação da cerveja, descobriu as causas de certos problemas que afetavam a qualidade dessa bebida e inventou o método de preveni-los: a pasteurização (Sielski, 1999).

O relato escrito mais remoto da origem do álcool, encontra-se no Velho Testamento da Bíblia, no livro do Gênesis, capítulo 9, o qual evidencia um homem chamado Noé, que era plantador de videiras, e que se embriagou com vinho. O Antigo Testamento refere também, casos onde o álcool é responsável por pecados, como o incesto e homicídios (Thompson 1996).

Há mais de 5.000 anos, na Mesopotâmia, onde atualmente localiza-se o Iraque, os sumérios já curavam doenças com infusões obtidas da papoula (*papaver somniferum*). Anos depois os assírios e mais tarde os babilônicos mantiveram a arte de extrair o suco leitoso da papoula para a fabricação de remédios. O grego Hipócrates (460 a.C. 377 a.C.), foi um dos primeiros a escrever sobre o uso medicinal do ópio, sem saber evidentemente qual era sua composição (Guíllen, 1987).

O histórico apresentado a seguir é fundamentado em Andrade (1971). Este autor assinala que funções semelhantes já eram atribuídas ao

ópio extraído da papoula na história da China, milênios antes de Cristo. Há vinte séculos passados, Diágoras e Eraspistrato já consideravam a substância opiácea como um perigoso tóxico capaz de alterar o comportamento e o caráter do homem. Como substância entorpecente o ópio já era conhecido dos egípcios. Morfeu, deus grego do sono, era representado pelas folhas da papoula. Os gregos consideravam a papoula como planta sagrada e a morfina representava o seu principal derivado, sendo chamado de extrato tetáico em homenagem a cidade de Tebas, que não só o fabricava, como difundia o uso do ópio por seus arredores. Na lenda grega, Helena afastava a tristeza e a cólera, curando seus males com suco de papoula.

Uma das plantas mais antigas conhecidas pelo homem é a maconha. As primeiras citações de seu uso aparecem em torno de 2723 a.C., no mais antigo texto medicinal conhecido, o Shen Nung Pen-Ts'ao King (chinês) que classifica as drogas como tônicas, efetivas e tóxicas. Era usada para cólicas menstruais, asma e inflamações da pele. Igualmente, desde longos tempos, a maconha e o haxixe obtidos do cânhamo (segundo documentação milenar dos chineses, cetos, persas, hindus e gregos) eram usados para amenizar males físicos e espirituais.

A *Erythroxyton coca*, de onde se extrai a cocaína, é uma planta nativa exclusivamente da América do Sul e já era usada pelos índios muito antes da chegada dos conquistadores espanhóis. Achados arqueológicos demonstraram que índios peruanos e outros nativos dos Andes fazem uso de cocaína há mais de 3000 anos, principalmente pelos seus efeitos estimulantes e euforizantes.

No início das civilizações as bebidas alcoólicas tinham várias funções. Entre os sumérios (2000 a.C.), eram usadas com fins medicinais (diuréticos, revigorante). O vinho era uma das oferendas aos deuses, era misturado com água na cratera (espécie de vaso) e depois servido, mas antes de beber cada homem fazia uma oferenda aos deuses, derramando gotas no chão. Até hoje, entre diversos bebedores se cultiva o costume de oferecer "um pouco para o santo", derramando a bebida no chão.

No Egito antigo e na Assíria, as festas religiosas e em homenagem aos deuses da agricultura (Osíris) eram feitas por dias seguidos e regadas com muita bebida, proporcionando bebedeiras coletivas. A cerveja a partir da fermentação de grãos (cevada), que começou no Egito e na Babilônia, num processo descoberto ao acaso possivelmente durante a fabricação de pães. A dona de casa egípcia querendo fazer cerveja, cozia levemente os pães e os esmigalhava, juntava em seguida água e os deixava fermentar; em alguns dias se transformava em cerveja. Feito isso era só coar e beber.

O imperador dos sumerianos, Hamurábi, da Babilônia e Mesopotâmia, escreveu uma importante obra jurídica, o conhecido Código de Hamurábi, uma das primeiras constituições do mundo, elaborado em torno de 1700 a.C.. Ele regulamentava a comercialização das bebidas alcoólicas.

O deus Osiris (1500 a.C.) conforme a mitologia grega, ensinou aos homens a arte de fabricar vinho. Dionisio, na Grécia era cultuado como o deus da embriaguez, passando a ser referenciado em Roma com o nome de Baco. As bacanais eram festas que duravam muitos dias, em homenagem

a essa divindade. Em outro ritual praticado pelos gregos, o vinho era utilizado em celebrações religiosas, onde todos se embriagavam e terminavam por sacrificar humanos ou animais. Para este ritual, todos os anos o casal de adolescentes mais belo, de uma determinada região, era sacrificado após desfilarem pela cidade nus e embriagados; a população também se embebedava, cantava e comemorava o sucesso das colheitas; após o sacrifício dos jovens, seus corpos e seu sangue eram espalhados pelas videiras.

Esses sacrifícios foram muito criticados e gradativamente abandonados por volta dos anos 500 A.C., com o aparecimento dos ilustres filósofos como Platão, Aristóteles, Sócrates e Hipócrates. Platão pregava a proibição do consumo de bebidas alcoólicas até os 18 anos, uso moderado para adultos e liberdade de consumo para idosos. Os astecas, da mesma forma, permitiam o livre consumo para os idosos e puniam severamente a embriaguez nos jovens (Martiny 1964).

Ao longo da história foram muitos os homens ilustres que se tornaram etilistas. Alexandre, O Grande, rei macedônico, um gênio militar para sua época, comemorava as vitórias bebendo com seus soldados e generais. Morreu precocemente aos 33 anos (323 A.C.). Entre os romanos, imperadores como Tibério, Calígula, Cláudio e Nero eram etilistas. Calígula ficou famoso pelas orgias que promovia, nas quais distribuía cerveja e vinho ao povo e Nero pela libertinagem e crueldade, pois, declarava-se bissexual.

Tempos de sobriedade voltaram com o imperador Marco Aurélio que defendia a ética acima de tudo, mas isso não foi suficiente para

salvar Roma das conseqüências dos excessos antes praticados e o magnífico império romano decaiu, política e economicamente, passando ao domínio dos bárbaros no ano de 476 D. C.

O cristianismo tomou o lugar das religiões pagãs gregas e romanas e propôs moderação no uso de bebidas, recomendando que os cristãos da época podiam beber, mas não se exceder. O próprio Cristo fez o milagre de transformar água em vinho para que as pessoas se alegrassem na festa das bodas de Canaã da Galiléia; ele mesmo consumiu vinho às refeições e na última ceia abençoou o pão e o vinho como símbolos de sua carne e de seu sangue.

Com o cristianismo triunfando e se disseminando pela Europa, a Igreja Católica se fortaleceu ao longo da Idade Média, passando a exercer um domínio sobre a sociedade. As normas eram mais rígidas, o excesso de álcool era combatido, mas seu uso era permitido em festas. Os mosteiros passaram a deter o controle das técnicas de fermentação e de produção de bebidas, descobrindo algumas novas, como licores e champanhe. Os padres bebiam tanto quanto os leigos e muitos integrantes do clero também se tornaram etilistas.

Vários concílios surgidos entre os séculos IV e IX eram contra o abuso do vinho, para os clérigos e para os leigos. Carlos Magno por volta de 780, não bebia e pregava a sobriedade a todos, combatendo os abusos. Os bebedores eram chibatados e, se recaíssem, eram levados ao pelourinho.

O café e os efeitos da cafeína foram descobertos em 850 pelo árabe Kaldi, ao observar suas cabras ficarem excitadas após comerem as

folhas e os frutos de um certo tipo de arbusto. Fez diversas experiências e elaborou a gostosa bebida preta que desde então é consumida em todo o mundo por pelo menos 1/3 dos seus habitantes. O café é extraído dos frutos da planta *Coffea arábica* e espécies correlatas. Os primeiros documentos escritos sobre o café são de origem árabe, e surgiram por volta do século X, apesar de haver evidências do cultivo e mastigação das frutas maduras desde o século VI, na Etiópia. Até o século X, a principal forma de consumo de café era um líquido escuro denominado “qahwah”(do árabe = vinho). Saindo da África, o nome foi se adaptando aos diversos idiomas: Kaffe, coffee, qahvé, caffee e café. No Brasil, o café foi introduzido em 1727 no Pará pelo sargento-mor Francisco de Mello Palheta, trazido de Caiena, Guiana Francesa, sendo que no Rio de Janeiro ele chegou em 1760, entretanto, no século XIX éramos o maior produtor mundial (Sielski, 1999).

Albucasis, um químico árabe, descobriu no século XI a técnica da destilação utilizando o alambique, onde obtinha bebidas fortes com alta concentração de álcool. Essa técnica difundiu-se rapidamente e descobriram-se novas bebidas, sendo que a simples destilação do vinho deu origem ao conhaque. Os destilados foram inicialmente utilizados com fins medicinais, sendo ingeridos sob a forma de licores.

As bebidas destiladas foram chamadas de “água da vida” pelo professor de medicina Arnaldo de Villanova (França). Segundo ele, a “água” prolonga a vida e melhora as energias, podendo ser usada como tônico para combater doenças e infecções, como analgésico para aliviar as dores, combater o reumatismo e melhorar o rendimento no trabalho. Durante o Renascimento e com menos controle ideológico da Igreja

Católica, surgiram as tabernas e os cabarés, locais onde se reuniam os intelectuais e a sociedade europeia, tendo o álcool como estimulante para se fazer amigos e se divertir.

A disseminação do álcool para outras partes do planeta sofreu influências culturais, religiosas, sociais e econômicas. Entre os índios da América Central e da América do Sul as bebidas alcoólicas já eram conhecidas quando chegaram os portugueses e espanhóis. Obtinham-nas de diversos sucos de fruta e das raízes da mandioca. Na América do Norte a maioria dos índios só conheceu o álcool com a chegada dos colonizadores europeus.

Em 1488 foi descoberto o uísque, uma bebida mais sofisticada do que o conhaque, no idioma gaélico “uisge beathe” que nada mais significa do que “água da vida”. Era a bebida preferida dos irlandeses.

No Brasil de 1500 a bebida dos índios era o cauim (do tupi kawi), um fermentado obtido a partir da mandioca, do caju e ou do milho. Os engenhos começaram a produzir açúcar de cana e a aguardente, aqui chamada cachaça, que os senhores distribuíam aos escravos nos dias de feriados e festas religiosas para que se alegrassem.

Em 1672, a partir da aguardente, um holandês criou o gim adicionando bagas de zimbro (*juniperus communis*) no fermentado de cereais (cevada, trigo, aveia), criando uma bebida aromatizada.

Com a Revolução Industrial, a produção de bebidas se multiplicou em todo o mundo com a criação de inúmeras destilarias e pontos de venda, pois as bebidas baratas eram vendidas em todos os

lugares. Os empregados ganhavam bebida de graça para ficarem mais satisfeitos com o trabalho, aumentando assim os casos de alcoolismo.

Na Rússia, o grande czar Pedro por volta de 1700, estimulava o abuso do álcool pois promovia grandes festas e noitadas com muita bebida.

Na França e em outros países, em pleno século XVIII, as bebedeiras eram comuns nas festas da corte, as quais incluíam orgias sexuais.

- A maconha chegou à Europa somente no final do século XVIII, trazida da China, Índia e Oriente Médio, seguindo posteriormente para a África e Américas. Foi classificada por Linné, em 1753, como *Cannabis sativa*, e utilizada pelas suas propriedades têxteis e medicinais. No Brasil, chegou na época das capitanias (fins do século XVIII), sendo usada principalmente para a produção de fibras. Até 1937, quando foi proibida por lei nos Estados Unidos, onde também era usada na forma de chás para combater a dor, a asma e o estresse, mas pouco ainda se conhecia sobre a planta. Foi em 1964 que o pesquisador Raphael Mechoulan, da Universidade de Tel Aviv, em Israel, descobriu o THC (*Tetrahydrocannabinol*), princípio ativo responsável pelos efeitos da planta.

O aprendiz de farmácia Friedrich Wilhelm Adam Serturner em 1785, na Farmácia da Corte de Paderborn, descobriu o primeiro componente do ópio que chamou de ácido mecônico. Após mais 57 estudos, verificou que não era um ácido o responsável pelos efeitos e sim um alcalóide, que denominou “mórfio”, mais tarde morfina (Sielskim, 1999).

A codeína (outro alcalóide) foi descoberta por Georg Pierre Jean Robiquet em 1832 e Merck descobriu a papaverina em 1848. A heroína foi sintetizada por Dreser em 1896. Em 1896 iniciou-se a produção em grande escala. (Guillén, 1987).

A nicotina, princípio ativo do tabaco, foi isolada em estado puro por Reiman e Pousselt, em 1828. O tabaco é uma planta da família das Solanáceas, com diversas espécies, sendo a principal a *Nicotiana Tabacum*. Ela teve este nome em homenagem a Jean Nicot, diplomata e filósofo francês, que em 1556 enviou de presente à rainha Catarina de Médicis as primeiras sementes da planta. Antes da descoberta do Novo Mundo apenas os nativos das Américas conheciam o tabaco, cujas folhas, as quais se pensavam ser medicinais, queimavam durante as cerimônias e diversos rituais tribais. O objetivo era atingir alguma experiência transcendental, ou como uma oferenda aos deuses e também, para afastar mal espíritos. O tabaco foi disseminando em Portugal em 1558 na Espanha em 1559, Inglaterra em 1565, Cuba 1580, Brasil 1600 e Estados Unidos em 1612 nos quais formaram-se as primeiras grandes plantações de tabaco, sendo que em meados do século XIX já era plantado em mais de 90 países.

Em 1843 desenvolveram-se as primeiras fórmulas farmacêuticas que permitiram a efetiva produção industrial de substâncias químicas. Surgiram assim os famosos comprimidos (tablete), seguidos de pílulas, drágeas e ampolas, quando começa o uso da droga injetável.

Entre os anos 1849 e 1864 o famoso botânico inglês Richard Spruce, viajando pela Amazônia brasileira, equatoriana e venezuelana, começou o estudo científico da planta Ayahuasca (daime que significa

vegetal). Essa planta era muito utilizada no início do século XVI pelos nativos da Bacia Amazônica em rituais com finalidades religiosas e mágicas, bruxarias e tratamento de doenças. Ainda hoje, grupos de pessoas de várias camadas da população, estão envolvidos neste tipo de religião, a qual utiliza-se deste chá. Dentre estas religiões encontramos as religiões cablocas, que tem atraído a classe média urbana, como a do Santo Daime, da União do Vegetal. Esta seita foi criada em Rondônia pelo seringueiro baiano José Gabriel da Costa. Ele aprendeu a preparar o chá ("vegetal", para os fiéis) na fronteira boliviana. A ayahuasca contém dois alcalóides potentes: a harmalina, no cipó, e a dimetiltryptamina, que vem da chacrona, folha misturada ao chá para potencializar seus efeitos, utilizado para concentração nos cultos (Sielski, 1999).

O histórico apresentado a seguir é fundamentado em Sielski (1999). Este autor assinala que em 1858 a cocaína foi isolada por Albert Nieman, a qual foi utilizada pela primeira vez como anestésico oftalmológico, em 1884, por Carl Koller. Em 1887, um cientista alemão sintetizou a anfetamina, também chamada de benzedrina. Entretanto sua comercialização só ocorreu a partir de 1932 quando descobriu-se que era um potente descongestionante nasal. Até 1946 a indústria farmacêutica catalogou quase 40 aplicações clínicas para a anfetamina.

Em 1903 dois cientistas alemães, E. Fisher e Von Mehring, fazendo experiências com o ácido barbitúrico obtido a partir do malonato de etila e uréia, descobriram o barbital, o primeiro barbitúrico lançado no mercado com nome comercial de Veronal (Sielski, 1999).

O LSD foi isolado em 1938 pelo químico suíço Albert Hoffmann, sendo o componente derivado de um fungo que infecta a cevada e outros grãos. Hoffman ingeriu uma pequena dose da substância e relatou seu estado como “um delírio não desagradável caracterizado pela excitação da fantasia”. Em 1955, o químico Leo Sternbach descobre os tranqüilizantes ou benzodiazepínicos, substâncias muito mais eficientes e com menos risco que os barbitúricos no controle da ansiedade e da insônia.

No início deste século, o descontrole no uso das bebidas alcoólicas nas grandes cidades americanas e da Europa, deflagrou uma reação severa de médicos, religiosos e governantes, que determinou a proibição da elaboração e comercialização de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos, Rússia, Grã-Bretanha, Noruega, Finlândia, Bélgica e Islândia. Os norte-americanos, como diversas outras culturas, sempre foram muito ambivalentes quanto ao uso do álcool; somente o excesso era combatido, entretanto, foi necessária uma lei mais rígida, a chamada lei Volstead ou lei seca, a qual estabeleceu a proibição do uso de bebidas alcólicas de 1919 a 1933. Esta proibição gerou muitos problemas de violência e tráfico clandestino, o que forçou a revogação da lei na década de 30 ! (Sielski, 1999).

Atualmente a produção de bebidas alcoólicas, de cigarro e de drogas de todos os tipos é muito grande em todo o mundo. A mídia especializou-se em seduzir o consumidor e incentivar o consumo em todas as camadas da sociedade; os interesses econômicos de grandes grupos que aí investem, agradecem pelos astronômicos lucros que estão obtendo. Esse “derramamento” de drogas é, sem dúvida o maior de toda história da

humanidade e tende a se expandir mais devido à grande produção patrocinada pelos grandes cartéis e por fortes grupos econômicos, mantendo a ciranda: mais droga = mais dinheiro = mais droga. Com a quantidade de droga disponível a preço cada vez mais acessível, a experimentação aumenta, o abuso é mais freqüente e a dependência mais incidente. Caminhamos teoricamente para uma intoxicação de grandes proporções, nos próximos anos, principalmente porque o sistema que mantém a ciranda é altamente perverso e extorsivo.

Sielski (1999) sente gradualmente o prenúncio de uma grande intoxicação, que segundo o próprio autor, será a quinta da nossa história. A primeira ocorreu com os fermentados (vinho e cerveja) que desde os tempos dos gregos e romanos deixou marcas lamentáveis. A segunda grande intoxicação da humanidade deveu-se aos destilados, fabricados e consumidos em grande escala no período da Revolução Industrial; nunca os alambiques trabalharam tanto. A terceira ocorreu nos anos 40 e 50 (II Guerra Mundial) com as tropas norte-americanas consumindo a fabulosa quantia de 200 milhões de bolinhas de anfetaminas enquanto que em 1954, detectou-se uma epidemia com mais de 2 milhões de usuários, só no Japão. A quarta ocorreu mais recentemente nas duas últimas décadas, tendo como astro principal o tabaco, que enfumaçava tudo: ônibus, aviões, taxis, restaurantes, locais de trabalho, atingindo a fantástica cifra de 1 bilhão de fumantes no mundo.

Nesta perspectiva, Sielski (1999) deduz que a quinta grande intoxicação da humanidade será a das drogas proibidas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, heroína e outras), que infelizmente não cedem só à proibição

mas trazem juntamente com si as drogas legais, para aumentar ainda mais o numero de substâncias químicas.

Aspectos sócio - culturais da farmacodependência

Considerando que o fenômeno do uso de drogas tem vinculações socioculturais e sócio - políticas, além de econômicas e psicológicas de grande amplitude e se situa num quadro de interações complexas, Bacerra (1978) menciona que *"segundo a situação, o lugar, a cultura, uma mesma droga pode produzir diferentes efeitos, disto se infere que é necessário estudar tanto as pessoas que usam as drogas, como também as circunstâncias nas quais o uso das drogas conta com a aprovação dos demais..."*

Segundo Medeiros (1986), os indígenas dos planaltos andinos há séculos mascam folhas de coca (*Erythroxylon Coca*). O hábito de mascar coca está relacionado com a fadiga, com a ignorância, miséria, subalimentação, insalubridade do ambiente e o isolamento em que viviam a maioria das populações indígenas daquela região. Os índios do Sul dos Estados Unidos e México vem mastigando o cacto peiote, a fim de obter os efeitos da Mescalina nos seus rituais religiosos. Na Malásia é comum o uso do ópio e da heroína, assim como na Jamaica a Marijuana (Maconha) vem sendo consumida há mais de cem anos. No Brasil, os índios bebiam "cauim", chás de ervas como infusão alucinógena, feita do "caapi" e outras poções, segundo a tradição, folclore e religião. Da África, muitos escravos

trouxeram para o Brasil a "diamba" (Maconha) que aqui se difundiu ao longo dos anos.

Na opinião de Vizzolto (1987), cada país, cada povo, tem a sua droga de acordo com sua própria cultura, seus valores e suas tradições. O povo afegão usa a Maconha (*Cannabis Sativa*), enquanto os ocidentais usam a cafeína, o álcool e a nicotina sem qualquer implicação legal.

Especialistas como Sanchez & Sanchez (1982), Medeiros (1986), Vizzolto (1987), advertem que, praticamente em todas as culturas e povos encontram-se referências ao uso esporádico de drogas durante as cerimônias religiosas e cerimônias grupais como citamos no levantamento histórico.

No Brasil como em outros países, logo cedo, as pessoas aprendem a ingerir bebidas alcoólicas, inclusive em suas próprias casas. Sendo a ingestão do álcool, então, o reflexo deste traço cultural observado com mais frequência em relação às outras drogas, deixa-se de dar a devida atenção para o prejuízo à saúde da população.

Vizzolto (1987) salienta que diferente do feiticeiro que consumia drogas em uma cerimônia para mistificar sua imagem e vivenciar uma proximidade com suas entidades divinas, o homem ingere a droga ou para relaxar seu sentimento censor e integrar-se aos sentimentos de alegria do grupo festivo ou por mera esperança de aceitação e aprovação pelo grupo.

Karniol (1981), acentua a importância de salientar que *"na cultura primitiva os efeitos desejáveis ou não da droga são socialmente*

aceitos, havendo regras naturalmente obedecidas que norteiam o seu uso como idade apropriada, período do dia, ..."

Por outro lado, Gennaro (1987), evidencia que o uso não terapêutico das drogas sempre existiu e pouco tem a ver com o fenômeno do consumo nos dias atuais, entre os jovens.

A pesquisa histórica antropológica mostra que nas sociedades do passado o consumo era quase sempre confinado ao adulto sem a participação dos jovens. As drogas eram usadas por determinados grupos com fins de ordens místicas, religiosa ou como ritual, em certos momentos, circunstâncias especiais ou esporadicamente.

Um aspecto fundamental deste tipo de consumo era a ausência de dependência à droga. Com o surgimento, porém, do uso de morfina, heroína e cocaína, foram constatados casos de dependência em adultos, mas segundo o referido autor, até meados dos anos 60 o número de casos constatados de dependência em adultos era tão reduzido que o fenômeno não chegava a alcançar nenhuma dimensão social e nenhum significado cultural e assim passava despercebido, e que *"somente nos finais dos anos 60 o uso de drogas começou a ser difundido entre os jovens e adolescentes, sob a forma de ondas epidêmicas incontrolláveis, com dimensão intercontinental, tornando-se um flagelo mundial"*. (Gennaro, 1987).

A Organização Mundial de Saúde em 1973 substituiu o conceito de toxicomania para o de farmacodependência que define como sendo:

"Estado psíquico e às vezes físico produzido pela interação entre um organismo vivo e uma substância (formação); caracteriza-se a

farmacodependência por modificações do comportamento e por outras reações que compreendem sempre um impulso irreprimível a tomar o medicamento, em forma contínua ou periódica, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e, muitas vezes, para evitar o mal-estar produzido pela falta do medicamento. A dependência pode ou não se acompanhar de tolerância. Uma pessoa pode ser dependente de um ou mais medicamentos" (Siqueira 1997).

Qualquer que seja a palavra usada, contudo, para qualificar o uso compulsivo de drogas, a questão permanece complexa, apesar de encontrar-se vários níveis de explicação na literatura específica que trata do assunto. O pesquisador de laboratório se interessa pela neuroquímica e a influência da droga na transmissão do impulso nervoso, assim como pelos mecanismos que determinam a tolerância e a síndrome da abstinência. O psicólogo enfatiza o caráter do comportamento que surge com a farmacodependência, considerando a experiência da droga como elemento de reforço que leva ao hábito, vendo também o problema sob o enfoque da aprendizagem que se produz quando as síndromes de abstinência são atenuadas por uma dose suplementar de droga. O sociólogo procura compreender as causas sociais do consumo de drogas, as pressões exercidas por certos grupos e natureza do meio social que de alguma forma predis põem ao uso de drogas. O antropólogo acentua o simbolismo da droga e considera que os ritos e as situações ligadas ao uso estão enraizadas na cultura dos indivíduos.

Edwards e Arif (1982), observam estas questões e mencionam:

"O cientista natural pensará que só a sua ciência é capaz de esclarecer a natureza profunda da farmacodependência, e que na verdade se reduz à sinapse dos neurônios. O especialista em Ciências Sociais pode também se sentir tentado a afirmar que opera a uma distância absurda da realidade social da farmacodependência. O microscópio eletrônico, apesar de seu poder, não revela como é construído o povoado ao pé da serra do fumante de ópio, e não mostra absolutamente a realidade do universo urbano do viciado em heroína". (Edwards e Arif, 1982)

A proximidade da realidade do indivíduo farmacodependente, torna possível observar e perceber suas necessidades, carências, problemas e os fatos que o levaram ao uso da droga, facilitando o trabalho preventivo, educativo e até, tratamentos alternativos.

O desafio que representa o esforço de compreender o uso das drogas e a farmacodependência vai além dos problemas imediatos: sua finalidade é ultrapassar as explicações unidimensionais, abrangendo o todo até se chegar ao real motivo do uso. Para se chegar a compreensão do porquê do camponês dos Andes mascar coca, é preciso, ao mesmo tempo, compreender as propriedades farmacológicas da cocaína, a natureza psicológica da experiência com a droga, as condições de trabalho deste camponês, e o modo como aquela sociedade vê a prática do mascar a coca. Qualquer que seja a droga, portanto, a análise deve ser feita em todos os níveis, incluindo o contexto social, cultural, psicológico e econômico.

Por outro lado, segundo diferentes perspectivas médicas, sociológicas, a propagação da farmacodependência entre jovens e crianças está gerando novos e delicados problemas para pais e educadores, fazendo com que estes busquem compreender o verdadeiro caráter e o alcance deste fenômeno e tendo-o sempre presente em suas mentes ao cumprirem suas ações dentro do processo educativo que lhes dizem respeito. Sielski (1999), assinala também, que algumas pessoas insistem que a decisão do abuso de drogas é de natureza pessoal e que só afeta a quem as usa. Sabe-se todavia, que o efeito abusivo de drogas desintegra as famílias e enfraquece sociedades inteiras com sobrecargas de perdas econômicas, custos de saúde e aumento da ilegalidade e do crime.

Causas sociais e pessoais da farmacodependência

Na opinião de Alencar (1988); Medeiros (1986); Murad (1982); Kalina (1986); Vizzolto (1987); Sanchez e Sanchez (1982); Sielski (1999); as principais causas possíveis de levar o homem a fazer uso de drogas, são as descritas a seguir.

Curiosidade, é a qualidade natural do ser humano, experimentar a droga para ter suas próprias vivências e saber o que sente com o uso de determinado produto.

Vontade de ampliar as percepções, juntamente com a curiosidade, corresponde ao querer descobrir o desconhecido, sentir-se diferente, sair do padrão, misturar os sonhos e fantasias que possam ser

sentidos e alcançados com a química, em uma espécie de ideal ou objetivo que possa ser descoberto; alucinar, delirar, enfim, ir além.

Busca de prazer, pois o efeito da droga é extremamente sedutor; "no início é muito bom", dizem os usuários que já foram dependentes e pararam. Alguns conseguem ficar só com o prazer que a droga proporciona, em doses pequenas, outros não conseguem e sofrem com as grandes doses das quais dependem. Alguns usuários-equiparam-o prazer da droga ao prazer sexual.

Auto-afirmação, a decisão de experimentar e usar alguma droga pode coincidir com a necessidade de reforçar a capacidade do jovem de decidir algo para si, ou por si só. "Eu decido a minha vida", mesmo que seja para algo proibido, "eu sou capaz".

Poder, a auto-afirmação se estabelece para romper os vínculos mais agregantes entre pais e filhos. O filho acredita que tem o poder de usar a droga quando quiser, e parar quando achar que deve, ou então, não parar.

Liberdade, que é a soltura, o escapar do controle, da atenção, do limite; as fronteiras desaparecem, os braços se abrem e os olhos se perdem no infinito. Porém, "liberdade sem responsabilidade não dá certo" (Sielski, 1999).

Influência dos amigos, o jovem que ainda está inseguro, tímido e imaturo pode valer-se da "força dos amigos" para "entrar em sua onda"; isso o faz sentir-se "pertencendo" ao grupo. É uma identificação que mantém acesa a chama entre esse jovem e aqueles outros com os quais se identifica.

Sentimentos negativos, jovens que tem baixa auto estima por terem sido abandonados pelo pai ou pela mãe, ou por uma separação muito prematura deles e não tiveram uma proteção adequada, usualmente se ligam mais às drogas. Podem ser jovens que viveram em lares desorganizados, com violência e abuso de vários tipos, ou vivido em sociedade que não acolhe, não protege, não sustenta. São comuns os sentimentos de tristeza, depressão, angústia, agressividade, desejo de morrer, – rebeldia, desobediência, transgressão, falta de limites, medo, inconformismo, tendência a sofrer, e o perfeccionismo. “*Quem usa drogas de modo destrutivo é porque se sente, de verdade, muito infeliz*” (Sielski, 1999).

Falta da droga, a necessidade de continuar consumindo a droga é um fator de manutenção do uso pois a sua falta provoca reações características como inquietação, irritabilidade, insônia, tristeza. Apesar de algumas pessoas até desejarem parar de usar, muitas vezes não conseguem devido à síndrome de abstinência, a qual produz grande desconforto.

Falta de heróis, toda criança e todo jovem precisa de uma mãe ou de um pai herói, a quem seguir e de quem se orgulhar.

Fatores diversos, como desejo de emagrecer, de se distrair, de fazer mais sexo, para se integrar socialmente, para chamar a atenção ou simplesmente para ser diferente.

Segundo Leal (1983), as causas são díspares e se umas concernem à própria natureza humana (uma predisposição congênita de certos indivíduos para o consumo de drogas), outras são inerentes à sociedade moderna, tecnocrata e de consumo. Há como que um

"*esvaziamento do sentido de viver*", gerando imediatismo, medo, solidão, tédio, frustração, agressividade e conflito, o que leva a pessoa a procurar algo para livrar-se de suas ilusões.

Rosa (1982) reforça que junto a influência dos modismos e os comportamentos de revolta e apatia, somam-se também, mecanismos de promoção indireta pelos instrumentos de comunicação de massa e a atuação de grupos criminosos, os quais estão sempre atentos às possibilidades de ampliar seus mercados consumidores.

Kalina (1986) analisa que o surgimento de dependência no indivíduo em relação ao uso de uma droga, ocorre em função da ação conjunta de três aspectos: 1. Características pessoais e antecedentes; 2. Natureza do meio sociocultural geral ao qual pertence; 3. Características farmacodinâmicas da droga em questão, levando-se em consideração a quantidade usada, a frequência e a via de administração (ingestão, inalação ou injeção).

Conforme este autor, quando se produz o encontro do sujeito com a droga, inicia-se uma ação recíproca na qual o homem passa a depender dos efeitos e modificações psíquicas e físicas da substância que escolheu.

Bacerra (1978) considera que as três causas possíveis do uso de drogas são: 1. Uma personalidade que adoece de "insuficiência psicológica"; 2. Passar por uma situação de crise; 3. O convite ao consumo de drogas realizado em momento crítico. Este autor, Peter Laurie enfatiza que "...quanto mais perto estamos do núcleo do problema, tanto mais perto

nos encontramos do dilema fundamental: "são as pessoas que utilizam as drogas ou estas utilizam as pessoas?".

Alguns destes autores, nos quais baseia-se este trabalho, concordam que as drogas são substâncias que podem afetar tudo aquilo que o homem sente, sendo que este é o seu maior atrativo.

Gallo (1984) observa que as pessoas adotam as drogas porque elas julgam poder provocar sentimentos de satisfação, de confiança em si mesmas, ou dar a impressão de que se vive em paz com o mundo exterior, embora se saiba que estes sentimentos são totalmente ilusórios e passageiros, que provocam reações negativas e que podem deixar marcas naqueles que as consomem para o resto da vida. Adverte o autor que quando alguém resolve aderir às drogas apenas porque não está adaptado à sociedade em que vive, esta pessoa não está contribuindo em nada com sua forma de reagir, para melhorá-lo.

Esta afirmação encontra apoio na opinião de Vizzolto (1987), ao afirmar que o problema das drogas tem suas raízes na sociedade, na família e na própria pessoa, e que de alguma forma a sociedade contemporânea estimula as pessoas ao uso abusivo de drogas. Na origem do uso de drogas existe sempre um problema de ordem psicológica, social e econômica ou sócio familiar, pois, analisando as regiões de onde provêm a maioria dos farmacodependentes, verifica-se que são áreas de desagregação.

Segundo Zekcer (1985), uma das causas da farmacodependência é o problema social; isto se reflete na juventude

brasileira. Sendo pois o Brasil um dos países com maior número de jovens os quais sentem falta de uma sociedade mais humana, tem-se como a razão mais comum citada pelos não farmacodependentes mais do que pelos próprios, que o uso de drogas representa uma fuga aos problemas graves da realidade do dia a dia e aparentemente de difícil solução. Este autor reafirma que a problemática básica não é aquela da qual se quer esquivar, mas a fragilidade da personalidade que é incapaz de enfrentá-la e buscar as soluções. Ferrarini (1982) enumera outras possíveis causas tais como: facilidade do uso (acesso), influências de amigos, frequência a maus ambientes, enriquecimento rápido, propagandas, falta de orientação na escola, falta de desportos, ressaltando que estas causas da dependência, variam de pessoa para pessoa.

Mais que explicar seus efeitos, cabe a nós profissionais, ajudar a quem ficou refém e ou escravo da droga, a mudar o curso deste caminho aparentemente sem volta e sem saída, indicando sim, que depois do túnel sombrio existe uma luz. A estrada principal estará logo ali, reforçando o sentido da vida.

"Ser homem é encarnar sentido" (Rezende, 1990).

Kalina (1999) apresenta na primeira parte do seu livro intitulado "Drogadição Hoje", o aspecto da drogadição como sendo uma conduta psicótica e o delírio como um emergente histórico de caráter psicossocial.

As primeiras contribuições de valor psicodinâmico sobre a drogadição foram feitas por Sigmund Freud. São, reflexões ocasionais,

formuladas no decurso de seus múltiplos estudos, e nunca idéias amplas e minuciosamente desenvolvidas pelo criador da psicanálise. Freud (1976) relacionou a psicopatologia da mania e do humor com o alcoolismo e a embriaguez, oferecendo assim as bases para uma compreensão profunda das farmacodependências.

Ao final do século passado, Freud considerava as toxicomanias e o alcoolismo como sucedâneos da masturbação, que para ele, constituía o "hábito primário". Depois, e com referência específica ao álcool, Freud afirma que, sob a influência do álcool *"o homem adulto passa a comportar-se cada vez mais como uma criança que encontra prazer, tendo à sua disposição, livremente, o curso dos seus pensamentos, sem submeter-se à compulsão da lógica"*. Freud (1976), considerava que o alcoolismo manifestava impulsos regressivos que permitiam acreditar que o álcool, sem deixar de ser um sucedâneo, não era, primariamente, o substituto de necessidades masturbatórias adolescentes, mas sim infantis. A medida em que relacionava as diferentes formas de drogadição com satisfação de necessidades infantis primárias, Freud afirmava que as origens da toxicomania devem ser procuradas na fase oral do desenvolvimento.

Moreira (1994) descreve o processo da drogadição como sendo o mais profundo, ligado ao elo familiar e a afetividade, relacionados ao significado do ser desejado, desde o ventre de suas mães. Aqueles que foram desejados e que tiveram no ser o desejo dos pais em forma de carinho, amor e afeto puderam realizar o seu destino. Aqueles que não foram desejados, que não se sentiram como objetos do desejo dos pais, não puderam viver uma vida verdadeiramente humana. Passando pela vida

como "zumbis", de um lado para o outro, sempre "viajando" nos vários sentidos, até a última viagem, a morte, ao encontro dos pais primordiais: "céu e terra".

Emediato (1984), estudando jovens abandonados, usuários de drogas, atribuiu o uso ao "Complexo de Telêmaco" em que o filho sai em busca da figura paterna. Nesta caminhada de busca incessante depara-se com inúmeras situações conflitantes, tentando suporte nas drogas.

Após esta revisão, com o intuito de melhor situar o leitor no mundo das drogas e suas conseqüências emergentes, apresento o objetivo do trabalho.

03. OBJETIVO

Desenvolver um processo metodológico para que os usuários de drogas possam compartilhar suas experiências em busca de novos caminhos para sua recuperação, alicerçados no referencial teórico de Remen (1993).

04. REFERENCIAL TEÓRICO

Apresento nesse capítulo o alicerce teórico que utilizei para desenvolver o trabalho com um grupo de usuários de drogas de uma Casa de Recuperação e as estratégias de implementação desse referencial teórico.

A Trajetória em Espiral da Doença segundo Remen.

A agonia vivenciada pelos indivíduos que estão numa busca verdadeira para solucionar ou encontrar uma saída para o problema da farmacodependência, tem levado muitos a buscar soluções que nem sequer imaginam, como é o caso dos grupos que estão em casa de recuperação evangélicas. Eles foram para lá sem saber do que se tratava, mas em busca de algo.

Descobrir e desenvolver um trabalho numa destas casa com farmacodependentes, foi e é para mim uma expressão verdadeira de ajuda como profissional e pessoal, podendo dar alguma contribuição para que outros profissionais também possam desenvolver um trabalho sério com qualidade e competência.

Quando iniciei minha busca para compreender os significados da farmacodependência através da literatura, deparei com alguns estudos que se definiram como fatores reflexivos, e entre estes sobressaiu o de Remen (1993), “O paciente como ser humano”, livro que me conduziu na caminhada para atuação com estes indivíduos portadores de uma "doença" um tanto obscura de se tratar —a farmacodependência.

Remen (1993) interpreta os passos da doença como se fossem estágios e os apresenta numa trajetória em espiral. (Fig.1 p.65)

Necessariamente, não temos sempre em mente estes estágios pois, muitas vezes, passamos por eles e não os percebemos. Para alguns entretanto, esta percepção permite uma colaboração mais consciente do que está ocorrendo no processo da doença e do tratamento, auxiliando na recuperação.

A capacidade de aprendizagem a partir da experiência vivida é considerada, pela referida autora, como natural e inata ao ser humano.

Algumas pessoas encaram o fato de que estar doente pode representar um tempo importante de reflexão e compreensão, tanto de sua doença e dos fatores interrelacionados como de sua própria existência e humanidade; para tanto, fazem do tempo presente um momento de aprendizagem, economizando o tempo que seria gasto, em maiores proporções, no decorrer da doença.

Outros porém, não conseguem perceber a doença como um processo composto de fases distintas e anseiam por ultrapassar o período de doença, mostrando-se despreparados para despender este tempo em considerações sobre suas causas e conseqüências ou sobre o que poderiam aprender nessa etapa de sua vida. Geralmente, essas pessoas não conseguem passar do primeiro para o segundo e terceiro estágios da trajetória descrita por Remen (1993) e, simplesmente, retornam à suas vidas no ponto em que foram interrompidas, agradecidos por terem passado pela doença do modo mais rápido possível.

Para alguns, a doença pode ser uma tomada de consciência de sua finitude. Alguns se amedrontam com esta perspectiva e outros podem perceber este momento como crucial e passam a valorizar o tempo de vida de maneira diferente, com mais lucidez.

Ao acreditar na capacidade humana para aprender e evoluir, pode-se transformar a dor e a doença em fatores que propiciam esta capacidade fazendo destes, uma oportunidade para o auto-conhecimento e, conseqüentemente, amadurecimento e não somente sofrimento.

As situações de vida inesperadas como as doenças, podem ser uma forma de nos obrigar a pensar em nós mesmos, a refletir sobre a vida, uma vez que estes hábitos não fazem parte do nosso cenário cultural. A doença passa a ser então uma oportunidade para este tipo de reflexão, desde que o ser humano se permita usar este momento e o use com esta finalidade, e não apenas para lamentá-lo como infelicidade.

Quando existe esse momento de reflexão, um segundo e terceiro estágio, — a pessoa é levada a pensar na sua condição de ser humano vulnerável a uma situação como a doença. Experiências como esta entre outras, levam a pessoa a repensar seus valores, crenças e suposições segundo os quais vivem.

Para Remen (1993), a pessoa é vista como um processo dinâmico, portanto, em constante desenvolvimento. A doença é vista como uma força propulsora que muda o ritmo e a direção do processo individual de vida e não apenas produz uma alteração física. Ainda para Remen (1993), é necessário, abordar a doença reconhecendo tanto a capacidade

para aprender como para sofrer, tornando a experiência, como as demais da vida do ser humano, parte integrante do processo de aprendizagem e amadurecimento. Reconhecer este potencial de aprender é vital para que o processo de saúde seja mais próximo da realidade vivenciada pelos seres humanos.

A trajetória em espiral da doença, apresentada a seguir, possui estágios que a autora considera previsíveis e passíveis de identificação, pois a qualidade da existência da pessoa é fundamentada na capacidade para transformar as experiências da vida em algo positivo. Este é um dos motivos da adoção neste estudo do referencial da "trajetória da doença" proposto por Remen (1993).

Primeiro estágio

Para Remen (1993), o primeiro estágio dessa espiral é o da crise aguda, caracterizado pela interrupção de hábitos e padrões comuns à vida da pessoa, no caso do usuário de drogas, quando está no início da recuperação, pois o impacto da doença provoca geralmente um afastamento da sua rotina, da escola, do trabalho, das responsabilidades e papéis do cotidiano. Vale lembrar que o dependente químico na maioria das vezes já está afastado destas atividades, tendo em sua vida outros tipos de rotina, como já mencionei. O período de afastamento, de pausa, tem implicações importantes. Nesse ponto, uma doença é diretamente experimentada como uma força, exigindo mudanças de plano e ignorando escolhas individuais. Nossa doença parece ditar aquilo que podemos ter ou fazer. Muitas vezes

ocasiona certa raiva ou ira, pois o desejo é de estar no controle da própria vida.

Segundo estágio

O segundo estágio é quando o indivíduo começa a voltar a atenção para o exterior, através do desejo de compreender a causa de sua doença, agindo de modo responsável para evitar seu retorno. Embora o primeiro estágio relacione-se ao reconhecimento de sua doença, tornando-o mais oprimente e dramático do ponto de vista físico, o segundo e terceiro estágio, de certa forma apresentam um desafio maior para aqueles que se preocupam com a saúde do paciente.

Muitas pessoas demonstram espontaneamente a transição para o segundo estágio no momento em que percebem o término da crise física e que sobreviveram a ela. Para Reme (1993), geralmente o primeiro sinal de que uma pessoa passou para o segundo estágio é o abandono de uma atitude submissa. As pessoas no segundo estágio costumam ser descritas como "difíceis" e "exigentes". Surgem as queixas sobre o serviço de enfermagem, de nutrição, ou então, aborrecimentos menores que fazem parte da rotina hospitalar tornam-se comuns. Significa que este paciente passou a reparar mais no ambiente, firmando o seu papel em direção à vida e assumindo responsabilidade pelas condições em que vive. No primeiro estágio as pessoas tendem a ser mais receptivas, ou até mesmo passivas, com respeito às decisões que outros tomam por elas. Quando passam para o segundo estágio, tentam assumir um papel mais ativo em seus cuidados e uma

participação maior nas tomadas de decisões; seu comportamento pode ser considerado por aqueles cuidados como rejeição a tais cuidados. O desejo de liberdade e independência permite que o paciente se torne responsável pela preservação de sua saúde.

Terceiro estágio

Inicia-se quando o paciente começa a examinar sua experiência dentro de uma estrutura de significado mais ampla, na dimensão transpessoal e não algo exótico, externo ou incomum, mas a sua parte interior.

Neste processo de exames, quando se desviam do significado de sua doença e começam a dar atenção ao significado mais amplo, o de sua vida, o paciente estará vendo-se interiormente, pontuando os aspectos positivos e negativos de sua vida.

Para Remen (1993), a espiral pode ser considerada como a análise de uma das maneiras pela qual a crise nos permite construir uma ponte entre o consciente superior e a percepção habitual, entre nossa sabedoria, propósito, “insigth” e direção, e nossa experiência diária. É um processo pelo qual a experiência da vida permite aos seres humanos estimular o alcance e refinamento de sua própria humanidade. Ela não é apenas uma maneira de considerar a doença, mas pode ser aplicada a qualquer situação difícil da vida, personalizando e transformando os obstáculos em aprendizado.

Suportes para a utilização do referencial teórico deste estudo

A descrição da “Trajetória da doença” de Remen (1993), orientou-me na condução deste trabalho, pois refletindo sobre a utilização deste método com um grupo, surgiu a idéia de utilizar um jogo educativo que modificasse ou estimulasse a discussão sobre o assunto entre os farmacodependentes, portanto, em grupo. Daí a decisão da utilização do jogo, em grupo de auto-ajuda, dada a complexidade do tema deste estudo.

A opção em trabalhar com um jogo educativo foi baseado no trabalho testado e validado por Stefanelli (1993) e, posteriormente utilizado pela autora na área de educação para a saúde com adultos e no ensino de comunicação para profissionais da área de saúde, no qual, a autora conseguiu estimular o desenvolvimento afetivo, cognitivo e pragmático durante o processo ensino aprendizagem de comunicação terapêutica, bem como o desenvolvimento de ações educativas de conscientização, que podem provocar mudanças e que proporcionam a busca por uma recuperação verdadeira, permitindo reflexão, construção do conhecimento, oferecendo a oportunidade para cada um falar, ser ouvido, usar experiências prévias e favorecer o crescimento pessoal. Isto tornou-se evidente quando trabalhou temas como prevenção da AIDS, da dengue, estimulação ao aleitamento materno, planejamento familiar e comunicação junto com outros estudiosos. Silva & Stefanelli, (1994); Leite et al., (1998); Stefanelli et al., (1998); Santana et al., (1998); Santana & Aranha & Stefanelli, (1999).

Para este estudo o jogo e suas regras serão descritos no capítulo referente ao método.

Para Ferraz (1998), os **grupos de auto ajuda** têm uma vasta amplitude de ação como suporte às pessoas em situações críticas, além de exercer um papel educacional e de apoio mútuo de inestimável valor para os que neles se integram.

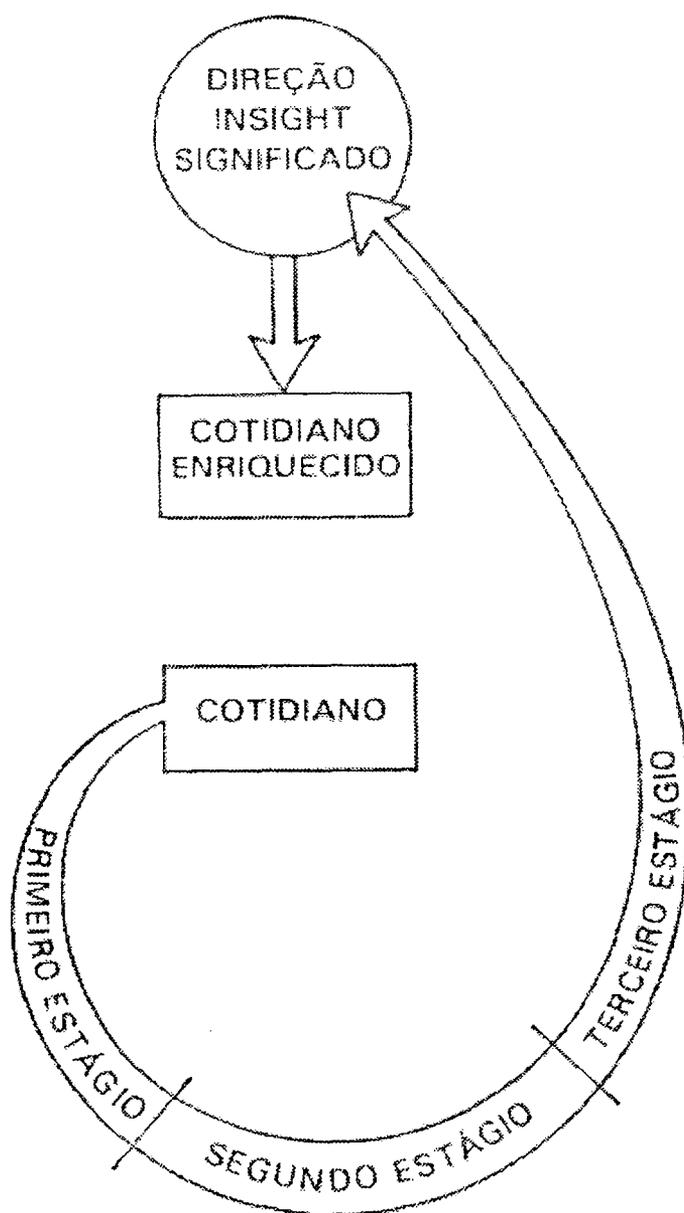
Este mesmo autor conceitua e caracteriza **grupo de auto ajuda** como fontes de apoio mútuo e educacional, que é administrado por pessoas do interior do próprio grupo; refere-se a um único evento desestruturador de vida, é trabalho voluntário, sem finalidades lucrativas ou interesses financeiros; tem como objetivo central o crescimento pessoal dos participantes, inseridos num contexto de grupo, propiciando o compartilhamento das experiências cotidianas, e ainda têm como tônica o anonimato e a confidencialidade (Ferraz, 1998).

Zimerman & Osório (1997) descrevem esses **grupos** como uma modalidade vastamente difundida, com objetivo de ajudar as pessoas a resolverem seus problemas de saúde e educacionais, quase sempre originários de um evento ou fenômeno traumático e desestruturador da vida, geralmente, relacionado a doenças de natureza aguda mas, principalmente, crônicas e às incapacitações temporárias ou permanentes, impostas por esses eventos. Os grupos de auto ajuda são ainda considerados pelo autor, como grupos homogêneos devido ao fato de que seus participantes vivenciam experiências similares em qualidade e intensidade. Eles relatam que pode ocorrer de modo *espontâneo* ou *incentivado* por algum técnico que exerce liderança temporária, ou com participação adaptada às necessidades do grupo. Os grupos de ajuda com farmacodependentes na sua grande maioria são formados com incentivo e apoio de profissionais de

saúde ou técnicos com os quais se tratam e que exercem liderança eventualmente, pois à medida que o grupo vai se estruturando, aos poucos a administração vai sendo transferida para o próprio grupo, ou para uma pessoa mais madura, ou com mais tempo de tratamento.

Para compreensão do funcionamento desses grupos, Zimerman & Osório (1997) apresentam três hipóteses:

1. A da homogeneidade, que é conseguida por mecanismo da identificação que forma a coesão grupal, a partir do surgimento e fortalecimento de laços fraternais e das ações transformadoras;
2. Da modelização, que ocorre na proporção direta em que ocorrer o compromisso emocional com paradigmas geradores de mudanças;
3. De confrontação que caracteriza-se pela necessidade dos participantes do grupo de confrontar sua subjetividade com a realidade e que, quanto maior for esse confronto, maior será a possibilidade de que os participantes desse grupo adotem atitudes saudáveis entre si.



A TRAJETÓRIA EM ESPIRAL

Figura 1 - Representação esquemática da "Trajetória em espiral" da doença, segundo Remen, 1993.

05. MÉTODO

Estava com um problema e um objetivo relativo à recuperação de usuários de drogas, portanto um grupo que se encontrava reunido em uma Casa de Recuperação, com uma meta comum – a recuperação. Tinha um grupo constituído de pessoas do sexo masculino, adultas, pertencentes à classe média baixa, usuários de drogas, com um interesse comum que atende às características do Grupo Focal quanto a sua constituição, e o torna mais produtivo segundo Westphall et al (1996). Tem-se portanto, uma amostra intencional.

Reverendo os métodos de pesquisa optei pelo Grupo Focal que em sua concepção engloba as características citadas.

Segundo Carlini-Contrin (1996) Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa que tem sido amplamente utilizada para melhor estruturar ações de saúde tendo como alicerce a realidade vivida pelas pessoas.

Segundo Westphall & Bógus & Faria (1996), o grupo focal como técnica de pesquisa é realizado em sessões grupais, nas quais as pessoas se sentem mais livres para expressarem-se e discutirem. Não podemos deixar de mencionar a importância de se registrar a comunicação verbal e não verbal dos participantes, daí a importância de se contar com um observador. Dall’Aguol & Trench (1999) comentam nas sessões o enriquecimento se dá com as trocas de informações enquanto os conceitos próprios do grupo vão sendo delineados.

No Grupo Focal as discussões partem em geral, do vivido, da realidade de cada um, a qual é discutida, problematizada e compartilhada. Este tipo de Grupo estimula as pessoas a falarem de suas vidas, fazerem uma retrospectiva dos acontecimentos, tornando a discussão mais rica, pois discute-se a partir da realidade, os aspectos psicossociais e culturais, dentre outros, os quais envolvem um assunto específico.

Segundo Westphal & Bógus & Faria (1996) os grupos devem ser formados com um número de participantes que oscila entre 10 e 15.

Debus (1997), entretanto afirma, que o número de pessoas do Grupo Focal pode ser ampliado quando se quer torná-lo profícuo e profundo.

Para Westphal & Bógus & Faria (1996), o Grupo Focal como técnica de pesquisa propicia oportunidade para se refletir e discutir coletivamente tópicos ou assuntos que fazem parte do cotidiano das pessoas permitindo ao pesquisador conhecer como elas definem, pensam e avaliam suas experiências.

As reuniões devem ser realizadas em ambiente o mais confortável possível, no qual a privacidade dos participantes possa ser assegurada.

O pesquisador, em geral na coordenação do grupo, assume o papel de facilitador valendo-se de um roteiro ou “guia de temas” como denomina Debus (1997), o qual serve para encorajar a expressão dos membros do grupo, evitar divagações e manter o assunto a ser discutido em foco.

O facilitador poderá valer-se de estratégias de comunicação terapêutica retomando o assunto ou resumizando o que está sendo discutido para manter a continuidade da discussão com o foco centrado no tópico estudado.

As reuniões não devem durar mais que 1h30min a 2 horas, para evitar o cansaço, como preconiza Stefanelli (1999), Carlini-Cotrim (1996) sendo que esta última utilizou o grupo focal, sem denominá-lo como tal, em trabalho de educação em saúde sobre HIV/AIDS.

Os aspectos éticos da pesquisa têm de ser esclarecidos bem como as regras de convivência grupal. O respeito às regras deve ser mantido e se violado, deve ser retomado pelo facilitador e pelo grupo.

O sigilo compartilhado, segundo Dall'Agnol e Trench (1999), a respeito do que é discutido, deve ser mantido sendo que, o que acontece no grupo deve se restringir ao âmbito do grupo.

Como o Grupo Focal é considerado um método de pesquisa qualitativa, para coleta de dados, Carlini-Contrim (1996), (embora haja alguns dados quantitativos na caracterização dos participantes), seguiu os pressupostos básicos preconizados por Triviños (1992) que são:

- 1) Os dados são obtidos no contexto natural;
- 2) Tem o pesquisador como instrumento-chave;
- 3) A preocupação é maior com o processo do que com os resultados e o produto;
- 4) A análise dos dados é indutiva.

5.1. Aspectos Éticos

Os aspectos éticos observados neste estudo estão em consonância com a Resolução 196/96 (1996), do Conselho Nacional de Saúde.

Primeiramente foi feito contato com a direção da casa de recuperação, expondo qual era o papel do enfermeiro junto ao usuário de drogas em recuperação, apresentando-se a proposta de assistência juntamente com os benefícios que ela poderia proporcionar, sem prejuízo para a instituição ou as pessoas que lá se encontravam e concomitantemente foi assinado o documento de consentimento. (Anexo I)

Realizamos a apresentação do termo de "Consentimento livre, esclarecido" para o grupo (Anexo II), sendo que manifestaram interesse em participação e deram permissão para a efetivação deste trabalho. Primeiro demonstrei como seria na prática o trabalho, uma vez que, somente a explicação poderia não ser suficiente para o entendimento de todos. Muitos comentaram que gostaram da metodologia e da técnica apresentada, manifestando interesse, desejando saber mais sobre o jogo e sobre as atividades a serem desenvolvidas. Somente após o esclarecimento das dúvidas surgidas é que foi solicitada a assinatura do consentimento.

Aspectos quanto ao sigilo, anonimato e uso que se faria dos dados foram assegurados, bem como o retorno dos resultados aos participantes, trabalhadores e dirigentes da casa. Cabe destacar que só participaram do estudo pessoas com mais de 18 anos.

Os participantes concordaram em gravar as reuniões e autorizaram a filmagem de algumas reuniões, após serem devidamente esclarecidos. Os participantes foram informados que as fitas permaneceriam com o pesquisador, durante e após a conclusão do trabalho.

5.2. Cenário do Estudo

Em meados de maio de 1994 uma família, que vivenciava a recuperação de alguns de seus membros dependentes de drogas, preocupada com o crescente número de pessoas alcoolistas e farmacodependentes, resolveu ajudar pessoas com estes problemas.

A Casa de Recuperação, *Desafio Jovem Vidas Para Cristo*², surgiu em 24 de Maio de 1994, através do idealismo humanitário desta família, sabendo que muitos jovens estavam e estão se degenerando pelo uso de drogas. Sentiram necessidade de ajudá-los, abrigando-os num local que pudessem sentir o amor de Deus e experimentar uma nova vida, ter paz, alegria, esperança e uma nova perspectiva de vida.

"Desafio Jovem Vidas Para Cristo" é uma instituição filantrópica, declarada como de utilidade pública e sem fins lucrativos, que se dedica a recuperação física, moral e espiritual do farmacodependente e alcoolista e a sua reintegração social, mostrando uma nova perspectiva de vida, sem distinção de raça, condição social ou denominação religiosa.

² Utilizando o termo Casa, para fazer referência a "Casa de Recuperação Desafio Jovem Vidas para Cristo".

O "*Desafio Jovem Vidas para Cristo*", não funciona como um hospital, casa de repouso, nem como uma prisão; é uma casa de recuperação onde seus integrantes vivem em comunidade unida (comunhão). O programa de recuperação compreende um período voluntário de 09 meses, divididos em três partes: 1ª fase — 03 meses que chamam de período de desintoxicação e reencontro consigo mesmo. 2ª fase — 03 meses em que o recuperando passa a perceber e sentir com maior profundidade as maravilhas de sua transformação e restaurar o que foi danificado pelo uso de drogas e 3ª fase — 03 meses, onde o recuperando receberá treinamento e acompanhamento para o convívio com a sociedade.

A Casa de Recuperação "*Desafio Jovem Vidas Para Cristo*" possui um terreno de um alqueire, doado para este trabalho. Possui um refeitório, um alojamento para adulto e outro para menores. A dos adultos possui três quartos com beliches, dois pequenos com capacidade para oito pessoas e um quarto maior com capacidade para dez pessoas. No alojamento para menores a capacidade é para dez crianças. Cada um dos alojamentos possui sanitários e chuveiros coletivos. Existe um escritório na portaria e outro anexo à sala de reuniões, onde é realizada a entrevista com a família e a pessoa que vem para se tratar.

Por estar localizada em uma chácara, possibilita aos jovens que ali estão em tratamento, o uso deste espaço para cultivo de hortaliças, cuidado do terreno, plantas, jardinagem, cuidado de aves para abate, tanque para pesca, entre atividades de lazer como jogo de bola e de "pimbolim", artesanato como vasos para flores em peças de cimento. Outras atividades

desenvolvidas pelos recuperandos são o preparo da alimentação, limpeza das dependências, banheiros, quartos, salão de reunião, lavagem de roupas, estudos bíblicos e orações, havendo uma escala para distribuição destes afazeres.

Quatro obreiros (auxiliares) prestam serviços na chácara, ajudando a cuidar das tarefas, e do cumprimento das regras. Eles são ex-dependentes de drogas, como são chamados, que agora ajudam outros a se libertarem, fazendo estudos da Bíblia, cânticos e pregações da Palavra de Deus. Dois dos obreiros são irmãos, filhos do proprietário da chácara, os outros dois são assalariados, com folgas durante a semana.

Ao interagir com os obreiros e com os farmacodependentes tomei conhecimento de que na casa de recuperação existem normas e rotinas para serem cumpridas pelos recuperandos. Elas são compostas por uma lista de disciplina e regras elaboradas pelos coordenadores, a fim de manterem a ordem dentro da casa. Estas normas são estabelecidas desde a entrada do recuperando, quando o mesmo deve assinar uma declaração de ciência e acordo com as regras declarando disposto a segui-las enquanto permanecer no local. (Anexo III).

Apesar da existência de normas e regras rígidas, houve oportunidade de interação entre pesquisador, obreiro e farmacodependente o que facilitou o desenvolvimento deste estudo.

Creemos ser necessário a inclusão destas normas neste trabalho, pois assim poderemos perceber, pela rigidez nelas implícitas, nitidamente qual é a necessidade de termos oportunizado as atividade junto a este grupo.

Os diretores da Casa de Recuperação, bem como seus coordenadores são de religião evangélica, representando fortemente este aspecto da religião nas suas reuniões, entretanto isto não é limitação para aceitação dos que querem se recuperar e a procuram, havendo pessoas internadas de diferentes crenças ou religiões.

Os recuperandos passam o dia em atividades na chácara, em torno de duas horas pela manhã e duas horas e trinta minutos à tarde. Eventualmente os mais antigos vão à cidade para alguma tarefa específica; às vezes participam de torneios de futebol na cidade. As atividades que são mais "cobradas" além das rotineiras são as reuniões de estudo bíblico, com horários rígidos; caso haja o não cumprimento, perde algumas regalias ou recebem algumas tarefas extras.

Num dos primeiros encontros em que me reuni com o grupo, quando estava chegando na casa de recuperação, ouvi uma música que me chamou muito a atenção e foi quando cheguei bem perto para ouvir a letra, percebi que ali estavam reunidos adultos e crianças, e que todos cantavam com grande devoção e fervor a seguinte música:

*"Jovem para que sofrer ?
Se existe alguém que alegra seu viver.
Jovem para que morrer ?
Se existe alguém no mundo que ainda ama você.
Não deixa as drogas te levar ao desespero e te matar.
Sai desta vida, sai correndo, nós queremos te dizer:
Que Cristo é a solução para tirar você dos vícios*

*E te dar libertação !
Vai correr nas tuas veias uma força diferente
É o sangue de Jesus que já libertou a gente !*

Fortemente a canção tocou minha pessoa, e tocaria qualquer um que estivesse por ali; o modo como as pessoas se reuniam neste momento mostrou que apesar da rigidez das regras de convivência da Casa é possível manter um ambiente harmônico entre os que lá residem.

Regras da casa de recuperação

5.3. Participantes do estudo

Participaram do estudo 25 usuários de drogas em fase de recuperação, internados na Casa de Recuperação Desafio Jovem Vidas para Cristo, situada no município de São José dos Pinhais, Br. 376, estrada da Roça Velha, estado do Paraná, distante 60 quilômetros do centro da cidade de Curitiba.

Os participantes dos grupos foram identificados por meio de nomes fictícios, nomes estes de personagens bíblicos, uma vez que a casa faz sempre referências aos cristãos da Bíblia, optei em prestigiá-los com este fato.

Para melhor situar o leitor apresentamos inicialmente apresentamos uma síntese das informações sobre os participantes.

Participaram deste estudo 25 usuários de drogas em fase de recuperação, do **sexo masculino**, com **amplitude de idade** de 18 a 50 anos com predomínio de idade superior a 30 anos. Os gráficos em anexo completam estas informações (anexo IV).

Dos 25 participantes, 48% **iniciaram o uso das drogas**, entre 8 e 10 anos de idade; 26% entre 11 a 15 anos; 17% entre 16 e 20 anos e 9% com idade acima de 21 anos. Percebemos a precocidade no início das drogas, quando ainda crianças já estão utilizando drogas.

Quanto ao **tempo que utilizaram drogas**, estes participantes informaram tê-las usado por um período variável entre menos de 3 anos 22,0%, mais de 11 anos 52,0%; alguns durante 4 a 6 anos 22,0%; e 4,0%, por período de 7 a 10 anos, predominando o uso por mais de 11 anos (52%).

De um modo geral os participantes se **iniciaram no mundo das drogas** com a maconha, sendo esta a mais utilizada pelos usuários 44,0% seguida do álcool 26,0%, cigarro 24,0%; crack 4,0% e outras drogas 2,0%. Alguns incluíram, também, inalantes, chás e medicações.

Citaram como **motivos que os levaram** ao uso da droga, em ordem seqüencial: a curiosidade 43,5%; a influencia de amigos 17,4%; depressão e solidão 8,7%; desestrutura familiar 8,7%; baixa auto-estima 8,7%; problemas emocionais e financeiros 4,3%; falta de compromisso com Jesus 2,1% e outros não explicaram o motivo 8,69%.

Quanto a situação destes usuários que participaram do estudo, 68% encontravam-se desempregados; 12% afastados do emprego para tratamento; 16% pararam de estudar para tratamento e 4% eram estudantes.

Destacamos que apesar dos coordenadores fundadores da Casa de Recuperação serem evangélicos e esta religião ser adotada na casa e estar fortemente presente nas suas regras de convivência, apenas dois dos participantes eram evangélicos, os demais eram de diferentes credos, porém não especificaram a religião à que pertenciam, dizendo-se apenas, serem cristãos ou católicos.

5.4. Procedimentos

Sempre no início de cada sessão, antes de usar o jogo, fazia um resumo do significado da trajetória da doença traçada por Remen (1993), exemplifico a seguir:

"Se aceitarmos que cada um de nós é potencialmente um transformador de experiência, pode haver uma maneira "saudável" de se ter uma doença, uma maneira "saudável" de se enfrentar uma crise. Pode haver uma maneira de se utilizar esses eventos comuns da vida como uma indicação para identificar o que já foi superado, para encontrar novas e melhores maneiras de ser e realizar. As tragédias e dificuldades da vida cotidiana podem se tornar uma maneira de saber quem somos e como desejamos viver".(Remen, 1993)

Todas as sessões foram gravadas e algumas filmadas, para tornar mais fidedigna a obtenção de dados e para que pudéssemos voltar a estes tantas vezes quantas fossem necessárias para esclarecimento de dúvidas e validação dos resultados, uma vez que não contávamos com o observador para registro da comunicação verbal ou não verbal. Utilizamos o “Diário de Campo” para retomar as situações das reuniões, bem como as fitas K7 foram transcritas e as filmagens assistidas várias vezes só para obtenção dos dados verbais e não verbais como validação dos grupamentos e categorias.

5.4.1. Os instrumentos de coleta de dados

Foram usados os seguintes instrumentos no desenvolvimento do Grupo Focal para a coleta de dados: a observação, a entrevista em grupo e o “jogo” denominado “Em busca de um novo sentido para a vida na recuperação de farmacodependentes”.

Observação

A observação foi utilizada durante as sessões grupais, tentando-se captar ao máximo as manifestações verbais e mudanças nos padrões de comportamento dos participantes do grupo.

Não foi tarefa fácil pois os 25 usuários internados na Casa de Recuperação quiseram participar do estudo. Ocasão em que me vi diante de dilema ético de rigor da pesquisa, pois para o desenvolvimento do Grupo

Focal o máximo de participantes permitido, encontrado na literatura foi de 15 (Westphal & Bógus & Faria, 1996), embora Debus (1997), afirma que este possa ser ampliado em algumas circunstâncias.

Considerei que como profissional não poderia privilegiar uns e privar os outros, tendo em vista a ansiedade dos internos em participar de algo que poderia ajudá-los no seu processo de recuperação, porém então a filmagem de 50,0% das sessões para completar posteriormente a observação registrada no meu diário de campo.

Assim valendo-me da triangulação na coleta de dados associei a observação à filmagem.

Entrevista em grupo. Segundo Bogdan & Biklen (1994) este tipo de entrevista permite ao entrevistador adentrar e participar do mundo das pessoas do grupo. Reunidas são estimuladas e encorajadas a se expressarem sobre um tópico de interesse comum, obtendo-se assim novas idéias, informações sobre crenças, valores, costumes, visão do mundo dos participantes. Às vezes torna-se difícil controlar o grupo pois sempre há os que insistem em dominar as sessões. Neste estudo como utilizamos o jogo educativo como guia de temas, não foi tão difícil conduzir as entrevistas pois, suas regras ordenam de certa forma a sessão, porém sem perder de vista a flexibilidade para gerar e discutir novas idéias.

Todas as sessões foram gravadas, após assinatura do consentimento para tal.

A transcrição foi algo muito trabalhoso, exigiu muito tempo mas, ouviu-se as fitas várias vezes e foi validado o conteúdo da transcrição com a gravação das 8 fitas das sessões desenvolvidas.

A filmagem, de metade das sessões, após o consentimento dos participantes, permitiu acompanhar e analisar posteriormente, de forma mais acurada o desenvolvimento das entrevistas.

Jogo: “Em busca de um novo sentido para a vida na recuperação de farmacodependentes”.

Após a decisão do referencial teórico, surgiu a dúvida sobre como vivenciar a Trajetória de Remen (1993), em grupo, com os farmacodependentes participantes deste estudo.

Refletindo sobre a literatura existente a respeito de educação em saúde voltada para população leiga, por meio de trabalho em grupo, veio a nossa mente o uso da estratégia do jogo educativo como validada e preconizada por Stefanelli (1993) e Stefanelli & Cadete & Aranha (1998) entre outros. Esses autores se valeram de princípios da andragogia, pedagogia problematizadora e conscientização como propostas por Bordenave (1986) e Freire (1995). Adaptamos o jogo educativo para trabalharmos com farmacodependentes, criando assim as frases que veremos à seguir.

Utilizei um jogo de cartas, no qual veremos a seguir, que é uma adaptação do jogo educativo de Stefanelli, (1993). Este foi construído para

ser utilizado como coadjuvante da terapêutica de ajuda através da comunicação e interação entre o enfermeiro e o paciente em tratamento, dependente de drogas, considerando-se as técnicas de comunicação terapêutica segundo Stefanelli (1993).

Objetivo do jogo

Com o jogo tinha-se como objetivo estimular a reflexão e discussão, em grupo, sobre a dependência de drogas, ou seja, a farmacodependência, utilizando as mensagens emitidas nas cartas do jogo, para estimular cada um a refletir sobre sua vida, a droga, sua saúde, doença, família, proporcionando a cada participante deste estudo a possibilidade de falar e refletir sobre si e visualizar a possibilidade de encontrar um sentido novo para sua vida, ou seja, obter, descobrir significado, "insight" de situações em que se encontra tornando seu cotidiano enriquecido.

Cada estágio do jogo foi vivenciado em dois encontros cada um, mais dois para as avaliações, totalizando doze encontros para realização do jogo.

Duração

Uma hora e meia a duas horas.

Número de participantes

25 pacientes adultos em fase de recuperação.

Número de cartas

25 cartas para cada estágio, sendo que algumas das cartas se repetem dentro do mesmo estágio, ocorrendo uma participação maior com troca de opinião e discussão entre os membros do grupo que receberam cartas iguais.

Espaço necessário

Sala de reuniões, para que o grupo possa jogar sem sofrer interferências externas.

Regras do jogo

1. As cartas são distribuídas eqüitativamente, ao acaso, de modo a assegurar que todos os participantes do grupo receba-as, e que sejam analisadas e discutidas pelo menos 15 das cartas distribuídas aos participantes dos grupos em cada estágio.
2. Na primeira rodada do jogo, após cada um ter escolhido uma das cartas, ele lê o seu conteúdo.
3. Na segunda rodada do jogo, o participante relata os significados que emergiram para ele, da leitura das frases contida na sua carta.
4. Após cada participante ler a frase para o grupo e expor o significado da mensagem para ele, todos do grupo poderão participar com suas idéias a respeito de cada mensagem, podendo completar, ajudar, ou questionar, falando ou discutindo significados expostos.

5. O facilitador do grupo encerra a rodada após a participação de todos, fazendo uma reflexão e exposição dos pontos positivos e negativos que mereceram destaques, em conjunto com os participantes.

6. No segundo momento do primeiro estágio, após os jogadores descreverem seus sentimentos sobre o significado que as mensagens tem para suas experiências de vidas eles participam do diálogo do grupo apoiando as idéias expostas ou questionando-as. Nesta hora após as falas, o facilitador pode também fazer o encerramento com a intenção de avaliar com os membros do grupo a discussão havida.

Usamos o jogo educativo para facilitar o desenvolvimento dos três estágios distintos, do referencial teórico adotado (Remen 1992) com cartas contendo mensagens voltadas para o propósito de cada um deles.

Após pesquisa bibliográfica, convivência com a população local da casa de recuperação, visitas a outras casas para usuários de drogas para familiarização com o seu linguajar, aplicação de entrevistas com ex-dependentes, dirigentes e dependentes, elaboramos uma lista de mensagens sobre o tema “drogadicção”. A aproximação com estas pessoas fez com que as mensagens fluíssem naturalmente. As frases foram elaboradas de forma a estimular a reflexão dos participantes sobre a sua institucionalização, a farmacodependência, o relacionamento social, crenças e valores, saúde, doença e possibilidades, a fim ajudá-los na busca de um novo significado para suas vidas, ou seja, de um ressignificado.

Esta lista de mensagens foi também analisada e revista por mim várias vezes e em conjunto com a orientadora. Após, testamos a

mesma com profissionais da área de saúde de um município do Estado do Paraná, como sugere Stefanelli (1993), para validação das mensagens. Optamos em deixar as mensagens sob a forma de frases em aberto (reticentes), para que os participantes do jogo pudessem completá-las, segundo os significados que cada mensagem trazia para si, e então, discutí-las em grupo.

Construí as mensagens das cartas do Jogo Educativo tentando acompanhar os três estágios do desenvolvimento da trajetória de Remen (1992), com mensagens voltadas para o propósito de cada um deles.

No primeiro, o objetivo foi trabalhar os significados da farmacod dependência (doença), suas perturbações, mudanças, limitações, tratamentos e conflitos, sendo este estágio considerado por Remen (1992) como o da “crise aguda”, caracterizada pela interrupção de hábitos e padrões comuns à vida da pessoa.

No segundo estágio, quando a pessoa começa a voltar a atenção para o exterior, através de compreensão da causa de sua doença, agindo de modo responsável para evitar seu retorno ou sua recaída, trabalhamos então com as cartas no sentido da busca da causa da doença, significados simbólicos, coletivos ou negativos da doença, saúde/ doença, família, trabalho, bens, amizade, educação.

O terceiro estágio se inicia quando o indivíduo começa a examinar suas experiências dentro de uma estrutura de significados mais amplos. Os significados da doença, autenticidade, valores, qualidade de vida e o próprio ser humano.

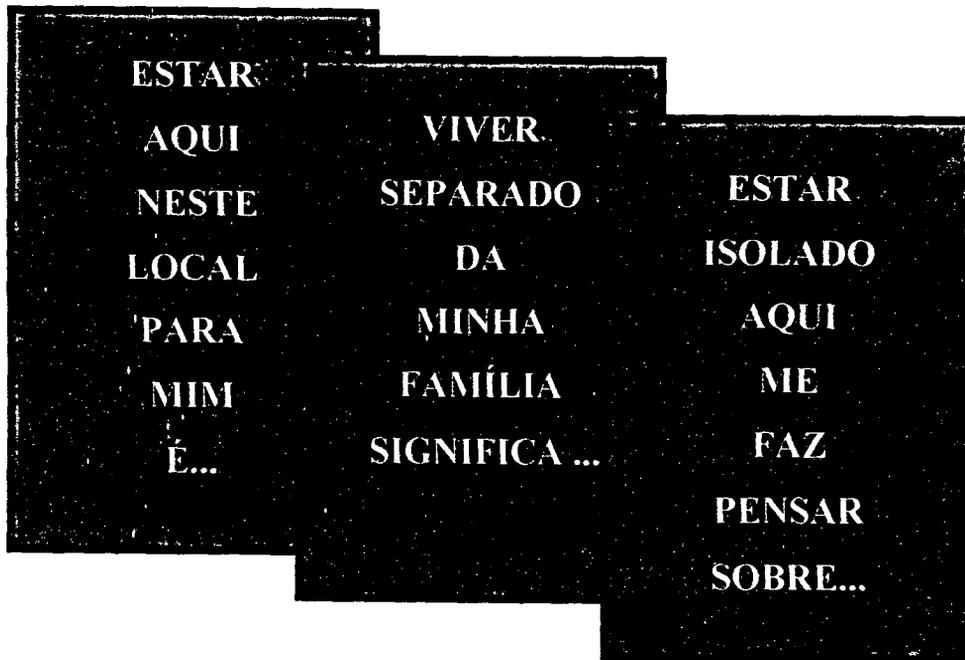
Mensagens

1.º ESTÁGIO

- . Estar aqui nesta instituição para mim é ...
- . Viver separado da minha família significa...
- . Estar isolado aqui me faz pensar sobre...
- . Recuperação para mim significa...
- . Para mim usar drogas é...
- . Quando sair daqui eu quero...
- . Estar longe das pessoas que me amam é...
- . Quando uso drogas eu....
- . Quando não uso drogas eu...
- . Dependência para mim é...
- . Doença para mim significa...
- . Saúde para mim significa...
- . Estar aqui com este grupo significa...
- . Quando lembro as coisas que fazia, eu sinto...
- . Quando lembro da droga eu sinto...
- . Quando sinto desejo, eu...
- . Quando penso no que me trouxe até aqui neste lugar, sinto...
- . Para mim o que me prende às drogas é...
- . Quando usava droga eu sentia...
- . Eu usava a droga porque sentia...
- . As coisas ruins que passei foram...

- . O meu maior medo é...
- . Quando vejo uma criança usando drogas...

Exemplificando:



2º. ESTÁGIO

- . Após estar recuperado vou...
- . Quando sair daqui ...
- . Quando sair da instituição...
- . Para mim, ter usado drogas significa...
- . Estar com minha família significa...
- . Trabalho para mim significa...
- . Indo para casa de meus pais, minha vida será...
- . Ter a minha família próximo de mim significa...
- . Saúde para mim significa...
- . Sair da droga significa...

- . Tentarei resolver meus problemas de...
- . Enfrentarei a realidade...
- . Meu projeto de vida é...
- . O sentido da vida para mim é...
- . Para mim, estar liberto significa...
- . Para mim, não usar drogas é...
- . Para mim, os aspectos religiosos implicam em...
- . Para mim, o que liberta da droga é...
- . Quando vierem as tentações eu...
- . Estar liberto das drogas significa...
- . Me vejo fora das drogas como...

Exemplificando:



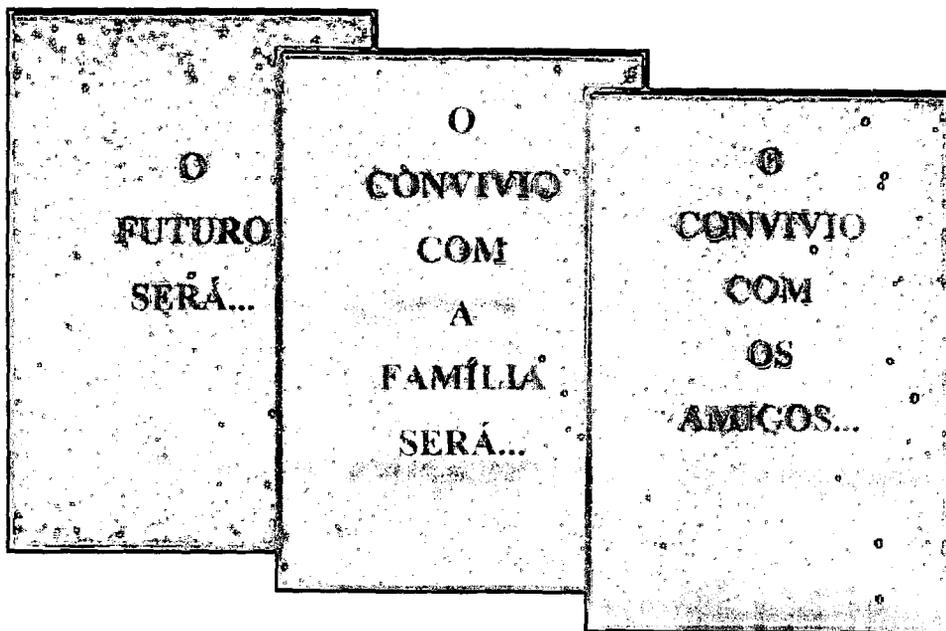
3ª. ESTAGIO

A terceira fase deste Jogo foi construída após levantamento das necessidades, das dificuldades e das propostas, ou seja, a partir do que eles, os recuperandos, apresentavam nos estágios anteriores, nas discussões, por ocasião do uso do instrumento elaborado, o jogo.

- . O sentido da vida para mim é...
- . Estou aqui porque...
- . O caminho que devo tomar agora....
- . O futuro será ...
- . O convívio com a família será...
- . O convívio com os amigos...
- . Quando sentir vontade de usar novamente...
- . Quando sentir saudades da droga...
- . Eu sei que posso...
- . Quando passar perto do grupo...
- . Quando encontrar meu grupo...
- . Vou me reabilitar...
- . Tenho porquê deixar a droga...
- . Viver sem a droga é...
- . Estarei ajudando a outros...
- . Saúde é...
- . Viver é...
- . Libertação é...
- . Concluo que saí das drogas porque...

A vida sem a dependência é...

Exemplificando:



A estratégia do jogo educativo foi utilizada pelo pesquisador e participantes nas sessões grupais, durante o período de 60 dias, uma vez por semana, com grupos de dependentes de drogas em fase de recuperação, internados no local destinado a este fim, descrita no cenário.

Durante as sessões grupais, com a utilização do *jogo*, algumas necessidades dos usuários emergiram, principalmente em relação à necessidade de informação sobre assuntos relacionados com a farmacodependência como:

- ⇒ Saúde mental: necessidade do equilíbrio;
- ⇒ Qualidade de vida;

- ⇒ Efeitos das drogas no organismo: pulmão, esôfago, fígado, células, sistema nervoso, cérebro, sistema imunológico e outros;
- ⇒ Efeitos psicológicos das drogas: álcool, tabaco, maconha, inalantes, crack, cocaína, anfetaminas e outros;
- ⇒ As causas da dependência da droga: família, estudo, trabalho, amizade;
- ⇒ Os aspectos que levam o indivíduo a utilizar drogas até tentativas de abandono, recaídas, busca de ajuda e tratamentos alternativos;
- ⇒ Doenças sexualmente transmissíveis: sífilis, cancro mole, cancro duro, gonorréia, HIV.

Para não interferir no foco das sessões grupais que era a farmacodependência, após discutir com o grupo, ficou acertado que antes de cada sessão eu faria uma explicação sobre um dos temas. Foram destinados para essa atividade trinta minutos, motivo pelo qual as reuniões em geral duraram duas horas.

5.4.2. Rigor da Pesquisa

Em toda pesquisa o rigor na coleta e análise dos dados deve ser observado. No presente trabalho associamos alguns critérios descritos por Sandelowski (1986); Leininger (1991) que descreve-os como sendo de: credibilidade, confirmabilidade, o significado no contexto, a padronização

recorrente, a saturação e a transferabilidade. Estes critérios são fundamentais para que o pesquisador conduza sua pesquisa.

A **credibilidade** é verificada quando os resultados são submetidos aos membros do grupo e eles os reconhecem como sendo suas descrições sobre o tema, o que foi feito durante a evolução das sessões grupais.

A **confirmabilidade** ocorre quando pessoas do grupo estudado reconhecem a relevância dos dados, vendo-se retratadas nas descrição dos dados. No presente estudo isto foi verificado durante as sessões grupais.

O **significado** no contexto ocorre quando o sentido dado às coisas ou fatos são respeitados e expressos como se apresentam no relato da pesquisa. As gravações foram transcritas com apurado cuidado, para manter-se o linguajar utilizado pelos participantes respeitando-se fielmente o sentido que os participantes atribuíam aos fatos e coisas.

A **transferabilidade** ocorre quando os leitores percebem que os dados e os resultados apresentados são semelhantes a de outros grupos com características semelhantes e podem ser transferidos para outros locais ou grupos. Foi verificado com profissionais da área, e coordenadores da Casa de Recuperação tanto em relação aos resultados parciais como às estratégias utilizadas.

A **verificabilidade** da descrição de pesquisa fornece “pistas” suficientes para permitir a outro pesquisador seguir o caminho trilhado. Acredito que este critério também foi seguido. Tentei deixar, o mais fielmente possível o meu caminhar nesta pesquisa.

5.4.3. Análise das informações

Para a análise dos dados adotei o que preconiza Bogdan & Biklen (1994).

Após um breve período de quinze dias de afastamento dos dados colhidos, no qual pude repensar a respeito dos mesmos com mais profundidade, algumas categorias começaram a criar forma mentalmente, o que facilitou meu trabalho na codificação e elaboração de mais categorias de codificação, pois durante a coleta de dados elas começaram a surgir após a imersão nos dados a procura de regularidades, padrões e tópicos presentes nos dados. Fui escrevendo palavras, frases, ou que se repetiam, ou que se destacavam. Algumas indagações e preocupações da pesquisa dão origem às categorias, bem como à algumas fundamentações teóricas, principalmente quando há um referencial teórico que pode oferecer subsídios para a codificação. Foram considerados os códigos de contexto "código de definição de situação", "perspectivas dos participantes", "pensamentos dos sujeitos sobre pessoas e objetos" e "códigos de processo". Este último facilitou a categorização da seqüência dos eventos existentes nos dados ou da vida das pessoas.

Como no Grupo Focal em geral se propicia um relato retrospectivo de experiências da vida dos participantes esta codificação foi bastante utilizada.

Outros tipos de codificação ainda são apresentados por Bogdan e Biklen (1994), como "codificação de atividade", úteis para atividades ou padrões de comportamento que se repetem; "codificação de

acontecimentos" relacionados especificamente aos que ocorrem no ambiente ou na vida dos participantes que são relatados durante o estudo; contexto de estratégia refere-se à prática, técnicas, tramas, modo como as pessoas de forma consciente realizam algumas de suas ações; "código de relação e estrutura social " refere-se aos padrões regulares do comportamento das pessoas não definidas oficialmente, são as que os autores denominam de "relações "; "código de método" é destinado mais para investigação de problemas, dilemas e sentimentos.

Estes códigos auxiliaram-me muito na organização dos dados e a codificação que deu origem às categorias preliminares, levando-me novamente a imergir nos dados para então elaborar criar as categorias descritivas do estudo.

Com as categorias elaboradas e descritas fiz uma imersão nestas, voltando aos dados quando necessário, chegando a uma categoria central e respectiva sub categoria, que deram origem ao capítulo 08 desta pesquisa.

06. RESULTADOS

A organização das falas obtidas nas entrevistas coletivas durante as sessões grupais e as notas de campo possibilitou a elaboração das categorias, que serão apresentadas a seguir.

Tornando-se usuário

Ao relatarem como se tornaram usuários, os participantes deste estudo referiram-se ao tipo de relacionamento familiar, o qual, na maioria das vezes apresentava problemas, descrevendo relações problemáticas, com o pai, às vezes com a mãe, esposa e irmãos. Fizeram também uso da autocritica, tecendo comentários a seu próprio respeito e à tendência de “colocar a culpa em outra pessoa”. As falas abaixo ilustram como eles atribuem à família ou a um de seus membros a responsabilidade por ter se tornado usuário de drogas.

“Na realidade, meu pai também nunca foi carinhoso comigo, nunca mesmo. Nunca falou olha meu filho, vamos pescar, vamos bater uma bola, o que eu aprendi foi eu; minha mãe até era carinhosa, por meu pai ser uma pessoa esquisita”.

Davi

“Eu comecei a ter problemas com álcool na gravidez da minha esposa, eu não consegui separar os problemas de dentro de casa com os da empresa, eu comecei a misturar tudo, e comecei a desabafar, antes de chegar em casa, eu passava no boteco, pressão de casa, esposa mudou, tudo mudou, veio para cima de mim”.

Moisés

“Eu vivi a situação como usuário de drogas, e será que o que me levou a usar tenha sido a falta de atenção por parte dos meus pais, querer chamar a atenção, querer mostrar que eu era o tal, que eu era o dono da minha vida?”

Davi

“Eu caí no mundo por causa da separação, eu caí no mundo da bebida. Primeiro vieram os problemas e depois a bebida”.

Abraão

O círculo de amizade, relacionamento social também são apontados pelos usuários como causa de sua dependência.

“Eu bebia junto com os amigos, eles me convidavam para jogar truco, e ofereciam bebida para mim tomar”.

Jeremias

“Eu comecei a usar droga por causa de um amigo, comecei a beber, fumar maconha, festas, jogos de baralho direto na minha casa”

Jeremias

“Sabe o que é isso guri? Isso é maconha, não é um cigarro. Meu pai fuma cigarro, e eu fumei, mas se eu tivesse idéia de onde eu estaria botando o meu pé. Curiosidade. Olha eu estava meio desamparado, meio sem direção, se você me convidasse para pular no rio sem saber que tinha uma pedra lá embaixo, eu pularia também”.

Isaias

Sofrendo por ser farmacodependente

O sofrimento do usuário de droga é perceptível, de forma implícita e explícita, nas suas manifestações de comportamento verbais e não verbais. Ao descreverem seu sofrimento, muitas vezes, ele está sulcado na sua expressão facial que, em geral, exprime *tristeza, ansiedade, duvida, temor, apreensão*, chegando às vezes ao choro.

“Eu estava no ponto de ônibus olhando para dentro da minha vida, o que nós perdemos? E estar agora numa casa de recuperação...”.

Lucas

“A gente se afastou de tudo para se recuperar, não era para ser assim, era para ser diferente, a gente não sabe, todo mundo faz esta pergunta, porque aconteceu comigo?”.

Mateus

“Se fosse tão fácil sair das drogas não ia ter tantos jovens, e não tinha tantas histórias tristes aí de pessoas com 15 anos morrendo. Fica mãe e pai com aquela cicatriz para o resto da vida e também na vida da gente”. **João**

“Eu tive dois problemas com a justiça, um dos grandes, era para mim ficar preso e tudo, eu tive muita luta aqui na casa, e consegui já no outro dia a vitória, que eu teria a liberdade assistida, porque seria para mim muito ruim ficar mais seis meses preso em ..., então quiseram retirar a queixa e retiraram. Está para estourar outro processo” **Pedro**

O sofrimento para o farmacodependente surge também em função da ambivalência, quanto ao usar ou não a droga, como se uma voz lhe desse instruções contraditórias. Sentem-se empurrados por uma força invisível para buscar a satisfação, pensando que a droga pode resolver seu problema ou suprir suas necessidades.

“Sempre tinha duas coisas dentro de mim, uma porque me empurrava para a droga, tipo, vai e pega, o vício no caso, sempre tinha outra voz, outro sentido em mim, que falava não vai, você vai se matar, você vai dar a primeira bola e vai chegar as seis horas da manhã e todo o dinheiro que esta no seu bolso vai acabar e você vai emprestar ou roubar”. **Mateus**

Sentindo-se isolados

As expressões corporais e verbais dos componentes do grupo de usuários de drogas nitidamente transmitiam suas angústias e tristezas, principalmente por estarem separados e isolados de seus familiares e de seus amigos. A ansiedade e o medo do desconhecido acompanham o ser humano sempre que esse se vê face-a-face com situação nova,

principalmente quando se encontra em situação de vulnerabilidade, como é a do farmacodependente, fazendo com que os mesmos reflitam sobre a situação e sintam a separação.

“Nós estamos separados de tudo, droga, bebida e tudo quanto é tipo de coisa, agora lá fora não, a gente vivia exposto, e querendo ou não a gente fica exposto às coisas ruins”.

Mateus

“A gente se afastou de tudo para se recuperar, não era para ser assim, era para ser diferente, a gente não sabe, todo mundo faz esta pergunta, porque aconteceu comigo?”.

Tiago

Em algumas situações o sentimento de isolamento diz mais respeito a ausência da família e das pessoas amadas.

“Estar longe das pessoas que eu amo é triste, é lamentável chegar no ponto que a gente chegou, de uma casa de recuperação”.

Felipe

“Sinto saudades da minha família, já faz um ano e pouco”.

Paulo

Outras vezes, as pessoas manifestavam conformismo com a situação de internação, porque sentem-se seguros na Casa de Recuperação.

“Eu já estou querendo ir embora, minha mãe já ligou e falou que se eu quiser ir embora, eu vou, mas também não tem nada para fazer lá, e se ela quiser vir me visitar ela vem, e aqui é bom, cada dia eu fico aqui e aproveito. Se for vontade de Deus eu vou para casa”.

Pedro

Tendo dificuldades para expressar-se em grupo

A dificuldade para se expressar em grupo também foi mencionada, porque o assunto é polêmico, controverso e traz à baila outros temas como sexo, familiares, timidez.

“É muito difícil falar em grupo, tenho dificuldades porque aí entra mulher, sexo, agitação, filho.”

Josué

Avaliando a consequência da droga

Referindo-se ao perigo e as possibilidades de morrer, em uma briga de gangues, entre traficantes, ou após ter usado droga, refletem sobre a situação dos menores que estão na Casa, mas que não participaram das sessões grupais, aponta para a direção deles e questiona o futuro.

“Deus me livre, você sai na rua, qualquer esquina, cruza, você já era, você vê essas crianças aí”.

Timóteo

“O cara pode morrer de uma hora para outra, é só vacila ”.

Timóteo

Ao comentarem as consequências desta dependência, alguns se reportaram às que afetaram o grupo familiar, o relacionamento social, e a si mesmo.

“É triste tanta coisa que a gente perdeu, o futuro que a gente jogou fora, o convívio com a sociedade, a gente se afastou de tudo para se recuperar, não era para ser assim”.

Tiago

“Eu era estourado, e ainda sou, tenho os meus defeitos só que com o tempo eu estou me mudando, eu tenho que recuperar eu primeiro, depois viver daqui para frente a minha vida”.

Jonas

“Eu tive uma briga com minha mãe. Ela não queria que eu tivesse em casa dormindo, não tivesse problema com a bebida, minhas outras irmãs estão bem afastadas”.

Jonas

As conseqüências da droga sobre a própria pessoa também foram mencionadas, lembrando mais os aspectos orgânicos principalmente as relacionadas a problemas hepáticos e de memória, mas, citaram também alterações de “caráter”.

“Estava prejudicando meu fígado”.

Marcos

“Eu passava mal, pressão subia demais, e eu vi que se eu fosse continuar por aquele caminho eu certamente ia morrer”.

Amós

“Sentia ansiedade, febre, euforia...eu já vomitava aquela bile, saía aquelas placas”.

Marcos

“No meu caso eu usei por dois anos droga, só que o meu caráter está totalmente abalado”.

Ezequiel

Assumindo a responsabilidade

Muitos dos usuários de drogas que participaram deste estudo relatam que a droga causou problemas e perdas em suas vidas, gerando sentimentos negativos. Eles assumem a responsabilidade do seu uso e dos problemas gerados por esta ação, assim como a dificuldade de largar o vício. Alguns descrevem a sua situação como se fosse o passado, mas a

expressão não verbal associada indicava mais a preocupação em assumir-se como usuário de droga.

“Minha vida era trabalhar e beber todas. Chegava no final da tarde eu estava "grog", fumava mais um, e ficava doido”.

Ageu

“Tem que assumir que o álcool atrapalhou você, você fala de uma maneira, como se não tivesse problema com o álcool”.

Tito

“Eu ficava muito doido, e para mim isso é muito ruim”.

Samuel

“Aquela vida de amanhecer em bar, amanhecer bêbado, a vida da mediocridade, de você ser mesquinho, de você virar as costas para seu irmão que precisa”.

Oséias

“Algumas perdas que eu tive nesse tempo são grandes”.

Naum

“Porque as drogas como a cocaína, o crack, o álcool, a maconha são vícios muito forte e se fosse fácil sair deles sozinho o mundo não iria estar como está hoje”.

Daniel

Comentando a internação

Alguns dos internos da Casa de Recuperação que participaram dos grupos fizeram comparação com outras casas de recuperação, nas quais já haviam sido internados, ficando evidente que também eram de cunho religioso. Expressaram os aspectos da fé e da esperança, enriquecendo o cotidiano.

“A outra casa de recuperação que fiquei é diferente, mas o Deus é o mesmo, hoje eu tenho consciência e vejo o que eu passei, fiz a

experiência, me senti muito bem, mas saindo de lá, lá fora, abandonei tudo o que eu tinha vivido, e agora para mim Jesus é a base”. **Amós**

Houve usuários de drogas que relataram sentir necessidade de ajuda, de ter força de vontade e ir em busca de Deus para poderem vencer as drogas e seus efeitos.

“Não é só porque você veio aqui, não tem mais bebida, então você vai ter força de vontade de parar”. **João**

“Não adianta você falar para o cara ficar se ele não quiser, não adianta, vai da pessoa”. **Felipe**

“Eu cheguei a conclusão que sem ajuda a gente não consegue. Eu preciso de ajuda, principalmente daquele lado que a gente não conhecia, que é na verdade a vida com Jesus, e hoje eu estou conhecendo. **Josué**

“Se eu não quisesse me libertar não estaria aqui nesta casa de recuperação. **Naum**

“Eu estou me sentindo em paz total aqui. Bem diferente, lá de fora, aqui nos estamos procurando a Deus, estamos orando, estamos totalmente diferente aqui”. **Abraão**

Apesar das regras rígidas estabelecidas pela direção da Casa, os usuários elogiavam o ambiente em que se encontravam, expressando que realmente era aconchegante.

“O ambiente aqui está sendo muito bom, para mim eu estou me separando do alcoolismo”. **Paulo**

“Aqui é bom a amizade entre nós, diferente do mundo lá fora, aqui a gente vive uma outra vida, numa libertação, buscando a Cristo”. **João**

“Aqui tem as regras, tem horários para dormir, para comer, tudo cedo, lá fora eu não tinha horário para nada”.

Timóteo

Alguns referiram que ainda não pensaram na internação, outros disseram que de início não preocuparam-se com este fato mas, sim, de como conviver com os outros que já estavam internados.

“Eu não pensei ainda, semana que vem que eu vou pensar”.

Ezequiel

“Você pensa no começo, vou ficar com esta turma de loucos aqui”.

Tito

Alguns dos recuperandos faziam referência sobre o período de internação na Casa, como não sendo necessário nove meses, tempo estipulado pela Direção da Casa, acreditando não ser este tempo fator importante para a recuperação.

“Porque eu fiz um propósito de nove meses com Deus. Então se Ele não me responder de uma maneira que eu possa enxergar na palavra ou que use uma pessoa para falar claramente comigo eu não vou desobedecer e sair antes dos nove meses, posso passar o que for, provação, luta ou o que vier”.

Davi

Eles, também, tecem comentários sobre o período de tempo estipulado pela Direção da Casa, como sendo o necessário exigido para a internação. Alguns acham que nove meses é muito tempo, outros se dispõem a permanecer o tempo que for preciso, outros discutem ainda, que não é o tempo que importa.

“Nove meses, mas tem muita gente que saiu daqui com nove meses e caiu, não é a quantidade de tempo, o mais importante é o cara ter consciência que sozinho ele não vai conseguir”.

Jeremias

"Se eu não agüentar, se eu sair com seis meses posso me arrepender, posso pensar que estou saindo antes porque não agüentei ficar longe da droga".

Abraão

"A gente acaba chegando a conclusão que o tempo não determina, não é o tempo que vai libertar, o que te liberta é a cruz, é Cristo, Ele é o libertador. O homem adotou o mês, mas é Cristo que liberta".

Paulo

"Eu pretendo ficar os nove meses, mas tem uma coisa, eu já vi, tem pessoas lá fora, que não procuram casa de recuperação, procuram a igreja e se libertam totalmente, e não vão para a tentação".

Jonas

"Tem algumas pessoas que vem e querem ficar dois meses e não estão nem aí".

João

"Você tem que estar aqui na casa mas dando valor, por mais pequeno que seja, dar valor para aquele que chega e fala, não vá embora já, fique mais um pouco, porque ele falou aquilo do coração, você tem que dar valor pelo que ele falou. De um tempo e vê se é isso que você quer, os caras lá fora, da tua roda, querem que você fique usando, então aqui dentro entra este conflito, de que eu preciso ficar os nove meses.

Marcos

Discutindo sobre a recuperação

A discussão sobre recuperação foi centrada em pontos de vista diferentes. Uns acham que ela está relacionada com a fé, poder divino, outros acham que depende de cada pessoa; abordaram-na ainda como algo que não é fácil de se conseguir.

"Eu vim para esta casa justamente porque aqui o tratamento é mais espiritual, o remédio que se usa aqui é a Palavra de Deus".

Samuel

"A recuperação é individual".

Tito

"Se eu conseguisse me recuperar sozinho eu não estaria aqui".

Naum

“Isto é, porque todo mundo que está aqui já resolveu seu problema de vício,...ou então se você não conseguiu resolver ainda e está falando que já resolveu alguns problemas e que quando você sair vai conseguir resolver mais esse que é da droga, do cigarro, então você não resolveu nenhum”.

Daniel

“Chegamos aqui eu pensei que era uma coisa, que tinha psicólogo, médico, fomos ver e não tinha nada disso, tinha Jesus aqui dentro”.

Davi

“Viver sem droga é o motivo pelo qual eu vim nesta casa, eu vim aqui, com objetivo de parar com a droga”.

Mateus

Descrevendo suas crenças e valores

Os membros do grupo de usuários de drogas que participaram deste estudo, expressaram suas crenças e valores, cantando hinos de fundo cristão, lendo Salmos e textos bíblicos, silenciosamente, para si próprio ou para os outros ouvirem, e também, durante o “sermão” feito pelo pastor, sendo que poucos falavam neste momento. Este comportamento guarda relação com as regras da Casa, já descritas no cenário. As músicas, os cânticos, a palavra pregada, a leitura da Bíblia e a oração de cada participante do grupo, em geral, afeta-os tornando-os menos defensivos, e então se abrem, na esperança de libertarem-se das drogas, ou como disse um deles:

“Abre-se para o Espírito de Deus tocar”.

Moisés

“Deus me abençoou tanto que apesar de não ter sido cristão, não ir sempre na igreja, eu sempre tive muito respeito a Deus. Nos momentos difíceis eu sempre pedi a Ele...”.

Lucas

"A minha prioridade é Cristo e eu acho que tendo Ele no coração as outras coisas vão vir a mim assim, conforme é a vontade d'Ele".

Isaias

"Eu vou pedir para Deus me dar uma força, dizer não prá droga, porque vou ver meu vizinho todo dia do meu lado. Eu saio lá fora, cigarro não sinto mais vontade, mas as drogas é meio difícil".

Jeremias

Alguns dos participantes que estão há mais tempo na Casa, pediram para ler textos da Bíblia para poder, neste momento, expressarem suas idéias, como:

"Em Gálatas 5-1 diz o seguinte: ""Estás pois firme na liberdade com que Cristo nos libertou, e não tornei a meter-vos debaixo do jugo da servidão, então nós somos livres em Cristo".

Jonas

"Em Romanos 6-18 está escrito: ""E libertados do pecado, fostes feitos servos da justiça"", nós somos libertos do pecado, nós somos servos de Jesus, então quando você é servo de Jesus, você não mais peca, pois você está morto na cruz, então você tem uma nova vida, e você é livre para escolher o que é certo ou errado".

Naum

Na casa de recuperação o tratamento é baseado somente nos aspectos religiosos, não é uma clínica com psicólogos ou que utiliza medicações, tem como fundamento essencial a Palavra de Deus.

" Desta forma que eu por ter aceitado viver uma vida de comunhão com Jesus, que preencheu um espaço vazio em mim, porque eu me sentia vulnerável as coisas, e hoje, eu me sinto mais forte, eu vejo que nEle eu tenho a solução para as coisas, para mim esta é a base, o alicerce na minha recuperação, isto é muito importante".

João

"Ser viciado em Deus é ser viciado pelo resto da vida na vida. Se falarem alguma coisa, entra por um lado e sai pelo outro, o que importa sou eu".

Amós

"O importante é lembrar de Deus não só nas horas que você tem dificuldade, mas nas horas que você também está feliz, deve olhar para o

céu e glorificar o nome d'Ele. Às vezes aquela alegria é graças a Ele. Deve buscar a Deus na alegria, na tristeza ou na doença". **Oséias**

"Não é igreja que salva, não é você estar numa igreja que você vai estar salvo, "Conhecereis a verdade e a verdade vos libertará". **Timóteo**

"Quando você é liberto, não é só da droga mas do pecado, é liberto da religião que escraviza. Tanto quanto a droga, a religião escraviza se a pessoa for viver uma vida religiosa. Nós devemos ser libertos de coisas que estão nos prendendo neste mundo, que de repente a gente vai sair lá fora e continuar fazendo as mesmas coisas, e a gente acha normal". **Timóteo**

"Se somos escravos, precisamos de libertação, o homem não encontra a liberdade nas religiões, nas filosofias ou nas guerras, mas somente quando ele conhece a verdade". **Marcos**

"Se a pessoa tem um novo nascimento, o novo nascimento é a partir do momento que você morre na cruz com Jesus e nasce na sua ressurreição, se você nasceu não tem como você voltar. Infelizmente não foi o que aconteceu com Paulo. Eu acho que não teve um novo nascimento da primeira vez". **Paulo**

Assumindo que é usuário de drogas

Os recuperandos faziam comentários espontâneos sobre seus problemas, assumindo-os, uns dando maior ênfase às drogas que usaram, outros, apesar de fazer comentários na primeira pessoa, pareciam não aceitar a doença, mas esboçava vontade de assumir.

"Comecei a usar droga como álcool, cigarro, maconha, crack, durante uns dez anos. Começou com cigarro até o crack". **Daniel**

"Eu estou dentro da casa de recuperação que é para drogados e alcoólatras, não precisa eu falar que eu tenho problema com álcool". **Ageu**

“Eu estava bebendo uns goles a mais, no outro dia mais, no outro dia mais, no outro mais e mais, e não era só álcool e sim cocaína, maconha, mas isso eu larguei faz tempo, ultimamente era só álcool ”. **Tito**

“Eu comecei bebendo vinho, começava com duas garrafas, agora bebia oito, nove garrafas”. **Samuel**

Avaliando a estratégia utilizada

Após aproximadamente 30 dias do início deste trabalho eu comecei a pensar se “estava no caminho certo...” Resolvi então solicitar aos componentes do grupo que escrevessem o que estavam achando da estratégia, do facilitador e das sessões grupais. Este momento foi muito importante, pois se constituiu na validação do trabalho que vinha sendo realizado pelo facilitador e por cada um dos integrantes do grupo.

Poder falar sobre seus problemas passados e atuais, foi considerado muito importante para a recuperação de cada um. Ninguém consegue deixar seus sentimentos, suas lembranças do lado de fora da Casa; não é como a droga que retiram durante a revista³, quando o usuário tenta trazer para dentro da Casa, estes sentimentos estão dentro, no interior de cada ser.

“a gente convive junto mas não sabe do problema do outro” **Josué**

“A hora que eu sentir angustiado, vou levantar as mãos para o alto. Meu Deus me ajude a sentir o espírito em mim...”. **Felipe**

³ Para entrar na Casa é preciso sujeitar-se a ser revistado.

Os integrantes do grupo manifestaram verbalmente a necessidade de serem ouvidos e também de ouvirem os outros num processo de conhecimento mútuo. O poder falar, ser ouvido e ouvir, foram considerados pelos participantes uma oportunidade para obterem alívio da ansiedade, compartilharem vivências porque puderam falar sem o medo de serem julgados por seu comportamento, o que os levou a se abrirem, exporem seus sentimentos e pensamentos.

"você fala, e assim eles podem aprender com as minhas pequenas coisas, com os erros que eu tive, eu também pude aprender com o que eles falaram".

Davi

"Aqui no grupo é a maneira da pessoa desabafar, dialogar, saber o que cada um tá sentindo verdadeiramente".

João

"está me ajudando com meus conflitos, ajuda a conhecer os irmãos e alivia minha dor".

Moisés

"Instrutivo, objetivo, didático".

Jeremias

Na casa de recuperação, até então, não se podia falar sobre os problemas de cada um, seus passados, suas dores ou sobre o fardo que cada um experimenta ou experimentou, pois as regras são bem claras, de que não se pode falar do passado e das drogas, para que não se propague formas de usar as drogas. "Como porém tratar um passado sem falar sobre ele?"

Durante este trabalho, o próprio grupo descobriu suas necessidades, tornando-se evidente a ansiedade para falar, surge a perspectiva de libertarem-se não só das drogas mas das causas que os

levaram a usar as drogas como vínculos mal construídos com a família, uma construção "torta" de auto-imagem, a incapacidade de agir diferentemente do grupo de amigos, "prisões" emocionais instituídas por regras familiares amalgamadas ao longo dos anos, enfim, para libertarem-se de suas próprias histórias de vida.

"Aqui você está isolado, as normas da casa não permite que você fale de coisas do passado, ou seja, teu passado existiu, você simplesmente não pode apagar tua vida aqui, você tem que trabalhar e conviver com o teu passado, porque ele vai voltar na tua cabeça, e com você a gente teve esse espaço, de conversar, de dialogar, até mesmo desses "cutuques" que você dava, sutis. Você queria com isso que o cara se libertasse daquele problema, aquele problema só vai escravizar ele, enquanto ele não extravasar, não soltar aquilo para fora, não trabalhar aquele problema, vai incomodar ele".

Lucas

"Achei muito importante este trabalho, podemos expressar aquilo que nós sentimos no nosso coração, poder falar aquilo que nós vivemos aqui dentro dessa casa". "

Tito

"A semana inteira só aquela reunião, chega na Sexta-feira o cara desabafa, é um pouquinho a mais que vai saindo do nosso corpo, da nossa mente, as coisas más do nosso corpo".

João

A estratégias utilizadas foi considerada pelo grupo (grupo e jogo) como uma força em potencial para o aprendizado e fortalecimento da pessoa para enfrentar o processo de recuperação.

"Cada dia que passa a gente vai se fortalecendo".

Marcos

"Uma força a mais que eu não tinha, uma sabedoria que eu estou aprendendo, com a opinião de cada um".

Davi

"Ajuda a ver o que a droga faz em nossa vida, e tudo que o irmão trouxe eu tirei muito proveito para mim".

Ageu

Os recuperandos de drogas referiram-se também às cartas do jogo, com suas mensagens, abordando a importância do efeito dos conteúdos das frases sobre as pessoas, atingiu-se assim o seu objetivo: estimular as pessoas a falarem sem indução pelo facilitador.

"As frases estão vindo de encontro, foram bem feitas, para mexer com a gente, foi bem bolado, não foram superficiais. Eu mesmo peguei muita carta e quando li, na hora raciocinei coisa que nem tinha passado na cabeça, e principalmente após responder você sente que saiu um peso, é um desabafo".

Paulo

"Para mim tem ajudado muito o grupo, vai ficar marcado, porque eu nunca participei de um grupo assim, é a primeira vez que eu estou me recuperando, espero que seja a última".

Felipe

Com o jogo cada participante pôde falar e escutar procurando absorver as idéias uns dos outros, aproveitando as oportunidades para também perguntar ao companheiro sobre suas dúvidas, curiosidades, ou seja, problematizarem a partir da realidade vivida, exercitando a troca de experiências e exteriorização do eu, na tentativa de vencer as barreiras que todos nós temos.

"Na verdade você está buscando uma resposta para você mesmo, só que como o irmão está ali, sendo alvo, você vai usar ele para procurar uma resposta que você também quer".

Abraão

"Lá fora você não se abre com facilidade, até mesmo com minha esposa eu não me abria, é difícil, e aqui desde que você começou este trabalho, eu comecei a me abrir, mas seu trabalho foi muito mais dinâmico, você mexe mais, o dinamismo das cartas faz com que você se abra".

Lucas

As falas acima nos mostram quão importante foi para as pessoas do grupo se manifestarem, o que se tornou possível a partir das atividades com as cartas, fazendo com que eles refletissem sobre suas vidas, seus problemas, sua doença, sua situação, enquanto dependentes e recuperando. A construção deste trabalho junto a instituição, possibilitou aos participantes do grupo tomarem consciência dos seus sentimentos diante da mudança para o processo de recuperação e fazerem dessa mudança uma possibilidade construtiva para o "insigh" em direção a um novo significado para as suas vidas, como chama Remen, (1993).

Na última sessão grupal foi feita nova avaliação do trabalho onde cada um pôde expressar verbalmente a percepção de si mesmo dentro do grupo, como percebeu a atuação do facilitador, quais as contribuições e os benefícios deste trabalho para a sua vida, em suma, se aprendeu algo, se "cresceu". As falas abaixo refletem a opinião do grupo:

"Estou achando muito esclarecedor, porque eu tinha uma visão diferente e fechada sobre o enfermeiro, e aqui você tem sido mais que enfermeiro".
Josué

"Estou achando muito importante, pois é uma oportunidade para nos abirmos e descobrir o que há de verdade sobre a droga".
Jonas

"Poder ter opiniões reais sobre a vida de um ex-drogado e poder debater abertamente todos os assuntos ligados à droga com o enfermeiro e irmão".
Pedro

"O importante é que pôde se expor todos os assuntos sobre drogas com pessoas em grupo ou individual".
Zacarias

"De poder conversar do que está engasgado e das nossas lutas, e poder ouvir que todos passaram as mesmas lutas, e também que todos querem vencer".

Davi

"Estou crescendo com o grupo, pelo debate, somos uma família, somos irmãos".

Mateus

"O assunto é de uma necessidade profunda para a vida".

Moisés

"Estou sendo orientado sobre o mal das drogas e também das doenças do corpo, principalmente da AIDS que é um dos maiores problemas na sociedade atual. Tendo uma pessoa como você se envolvendo conosco é fundamental para orientar-nos".

Samuel

07. VISUALIZANDO POSSIBILIDADES DE RECUPERAÇÃO DA FARMACODEPENDÊNCIA

O caminhar do usuário de drogas é marcado por sentimentos de solidão, ansiedade, medo e expectativas. Eles acentuam-se quando ele experimenta a rejeição social incluindo, muitas vezes, a da família. Isto ocorre principalmente quando se vêem envolvidos com problemas judiciais ou são internados em casas de recuperação porque, como pode-se observar nos relatos verbais apresentados, a maioria das vezes eles não assumem a responsabilidade pelo uso de drogas e por suas consequências.

No início do tratamento, quando chegam à Casa de Recuperação, geralmente atribuem a culpa à alguma pessoa do seu círculo familiar ou outrem, alegando falta de carinho, atenção e problemas de relacionamento. O discurso de vítima que o usuário de drogas propõe quando entra na Casa de Recuperação vai mudando com a evolução do tratamento, sendo levado a assumir então o papel de autor de sua própria história a reconhecer a importância da família, da fé e da vida, podendo visualizar possibilidades de recuperação e de um viver saudável e feliz, de acordo com a Palavra de Deus.

"Essa experiência é uma lição de vida de cada um".

Timóteo

"Podemos falar do que sentimos e esperamos para o nosso futuro, também das formas de desviar das drogas. descobri que o nosso problema só nós podemos resolver, com a ajuda de Jesus e a força de vontade de largar essa vida".

Marcos

“Quando sair daqui eu quero continuar o que eu faço aqui dentro, a busca de Deus em primeiro lugar, o compromisso real e fiel com Deus não é fácil”.

Isaias

“Quando voltar para casa vou tentar levar uma vida normal, como qualquer outra pessoa, vou voltar a ler o evangelho, vou congrega na igreja, assim ter uma vida normal como todo mundo tem”.

Tito

“Após estar recuperado eu vou continuar a buscar aquele que é o principal, o responsável pela minha recuperação que é Cristo”.

Naum

“Eu vou ter uma vida melhor com Cristo e daqui para frente ser um vencedor”.

João

Alguns referem-se às possibilidades de recuperação atribuindo valores às suas próprias forças.

“Vou vencer aqueles problemas como já venci outros”.

Josué

“Eu vou parar. Eu vim aqui para parar”.

João

“Eu tenho certeza que vou ser um vencedor”.

Davi

A visualização das possibilidades de recuperação foi surgindo à medida que as sessões grupais foram sendo desenvolvidas, como pode ser visto nas categorias apresentadas, o que nos permite afirmar a coerência do referencial teórico adotado para este estudo. Os farmacodependentes trouxeram suas experiências dentro de um clima de confiança e respeito mútuo o que facilitou a livre expressão de cada um, embora alguns tenham tido dificuldades inicialmente. O uso do instrumento – jogo, facilitou e estimulou os participantes do grupo à externarem suas experiências e sentimentos.

É importante lembrar que apesar de apenas dois dos participantes serem evangélicos, conforme os dirigentes da Casa, isto não foi obstáculo para criar-se um ambiente amigável entre todos. Apesar do caráter de religiosidade que é impresso e expresso na Casa, o interrelacionamento de pessoas de diferentes credos, se deu num ambiente aconchegante proporcionado pela estratégia utilizada e pelo facilitador das sessões grupais. Este trabalho proporcionou a auto-confiança, a determinação em lutar, esperança no futuro, enfim, o desejo de abandonar o vício e planejara construção de suas vidas.

"Meu projeto de vida é mudar, mudar o que está errado, é só largar da droga e pronto".

Ezequiél

"Recuperação para mim não só significa largar das drogas mas significa recuperar o meu, o meu espírito, minha pessoa, minha dignidade, minha família que eu perdi. Tudo".

Amós

"Acho que a recuperação tem que se basear em você querer mudar alguma coisa, querer mudar o jeito de agir".

Pedro

"Indo para casa de meus pais, minha vida será diferente da vida que eu levava, com Jesus no coração, vou ter outra vida, outra razão de viver agora, e não para a destruição que eu estava indo, levar uma vida normal com Cristo comigo".

Isaias

"Eu pretendo voltar a estudar, voltar para o meu trabalho, voltar a conviver com os meus familiares, quero levar uma vida normal, ter um relacionamento como eu tinha antes das coisas acontecerem na minha vida".

Jeremias

"Não adianta sair lá fora e começar tudo de volta, ser tudo a mesma coisa que era, não eu vou ter que seguir o evangelho,... a gente já não é mais criança, já está bem na hora"

Ageu

No decorrer de sua trajetória em busca de recuperação a pessoa passa por momentos de oscilação em sua vontade. No momento em que percebe que está se fortalecendo, começa a visualizar possibilidades de recuperação e tende a acelerar esse processo, manifestando vontade de sair da Casa de Recuperação antes de realmente estarem com seu cotidiano enriquecido o suficiente, ou seja, antes de ter condições de dar novo sentido a sua vida.

“Eu pedi para Deus me dê mais entendimento, me fortaleça, me limpe mais, porque daí eu estou pronto”. **Paulo**

“Eu to preparado, até um determinado ponto, eu sei até onde posso ir hoje, mas eu não estou totalmente pronto para sair, pois se chegar alguém e me oferecer a droga eu não sei se conseguiria dizer não”. **Daniel**

“Quando eu sair das drogas, quando for recuperado, eu vou buscar a Deus, e Ele vai ser o meu remédio para o resto da minha vida, mas se acaso eu sair daqui e virar as costas para Ele eu tenho certeza que eu vou cair de novo, isso não tenho dúvida”. **Naum**

Estas manifestações de comportamento guardam aspectos relacionados às suas condições de vida como farmacodependente, caracterizando a existência de momentos de sofrimento, como a separação dos amigos, perda de emprego e doença.

“Eu comecei a ter problema com álcool...pressão dentro de casa, esposa mudou, tudo mudou, perdi o emprego, veio para cima de mim uma avalanche de problemas, chegou uma hora que tudo estava desabando na minha vida”. **Mateus**

“A droga de vida que a gente levava, a gente não sabia dar valor, quando eu me deito e penso na minha família, o que eu perdi, no meu filho, na minha filha, minha esposa, minha mãe. Nós tivemos uma briga, ela não

queria que eu ficasse em casa dormindo, que eu não tivesse problema com bebida. É triste, tanta coisa que gente perdeu, o futuro que a gente jogou fora, o convívio com a sociedade".

Davi

Conforme os relatos de muitos participantes, a importância e a valorização das crenças como possibilidades de recuperação são consideradas e apresentam dois pólos: um deles centrado no valor da pessoa usuária de drogas e o outro fundamentado nas suas crenças.

"Indo para casa de meus pais, minha vida será diferente da vida que eu levava, com Jesus no coração, vou ter outra vida, outra razão de viver agora, e não para a destruição que eu estava indo, levar uma vida normal com Cristo comigo".

Pedro

"Reabilitar-se significa sair da droga, se libertar. Eu não quero viver naquela vida mais não, de vício, drogado. Quero me recuperar buscando a Cristo".

"Eu mesmo quero parar, dá para sentir".

Mateus

Percebemos que o caminhar para a recuperação dos farmacodependentes guarda relação com o referencial teórico adotado Remen, (1992). A pessoa passa por momentos de sofrimento, isolamento e descrença mas, com o trabalho do grupo consegue fortalecer o seu caminhar para a recuperação ao visualizar possibilidades para isto. Planejam tornar realidade e planeja sua nova de enfrentar a vida.

"Eu perdi muito tempo com a droga, agora quero refazer minha vida, só que desta vez de maneira firme e correta".

João

"Quando sair daqui eu vou ter que procurar o meu meio, não adianta sair daqui e procurar os mesmos amigos, as vezes a gente vai bater uma bola e deixa de ir na igreja, de procurar comunhão com os irmãos da fé que nos

ajuda com palavras boas, que identifica os problemas na nossa vida. Eu quero sair daqui e ter uma vida em comunhão".

Moisés

"Recuperação para mim significa, cuidar de si próprio. Por exemplo, se você bebe pinga, se você é viciado, se você quiser parar, você para, vai da tua opinião própria.

Lucas

"Sair da droga, me libertar. Eu não quero viver naquela vida mais não, de vício, drogado. Quero me recuperar buscando a Cristo.

Zacarias

"Eu acredito que vou ter sucesso lá fora, porque se eu sair daqui eu não posso nem voltar no lugar onde eu moro".

Jonas

"Antes eu não tinha estrutura para encarar um problema. Como encarei esses dias...se fosse antes eu teria fugido, tinha me escondido, hoje qualquer problema que vier para mim, eu tenho a certeza que vou ser vencedor".

Samuel

"Por isso eu acredito que você tem que ser moldado aqui dentro, não para largar da droga, porque Deus faz você largar da droga, eu acho assim, você não sentir vontade fácil, se você buscar a Deus mesmo, agora se você for uma pessoa humilde, não hipócrita, ter verdade no teu falar e no teu agir, você é uma pessoa que vê uma coisa errada e não participa e vai falar a verdade, isso é o mais difícil, você conquistar, você firmar o caráter lá fora. Se você não tiver um caráter firme você vai usar a droga de novo".

Amós

"Se você tiver o caráter firme, você diz não e pronto. Você vai olhar para Cristo".

Marcos

Redescobrimo à família

Depois de terem passado pelo tratamento na Casa de Recuperação, quando então já sentem-se com força para abandonar a droga, os recuperandos replanejam suas vidas, dando ênfase à vivência em família e seus valores que antes apontavam como culpados de terem se tornado dependentes de drogas.

"Quando eu voltar para minha casa quero ver se vou ter confiança da minha família, tentar voltar com minha ex-mulher, ter meu filho do meu lado de novo, e ver se eu consigo de novo conquistar o que perdi, arranjar um trabalho, seguir o caminho de Deus, o que eu aprendi aqui dentro, eu quero continuar lá fora também, ter uma vida digna de mim, não fazendo besteira".

Tiago

"Deixo a droga pela minha vida, pela saúde, da minha família, principalmente do meu filho, porque se deixar ele vai esperar o que do pai? Eu tenho que deixar para ser espelho para o meu filho, para minha família até para os meus próprios amigos que usavam drogas, para mudar mesmo, totalmente.

Timóteo

"Vai ser um prazer imenso eu voltar a ver minha família unida de novo".

Jonas

"...o que eu posso passar para minha filha, eu tenho que passar uma coisa boa, fazer alguma coisa que ela se orgulhe do pai que tem, e não que ela se envergonhe do pai que vive chegando bebado".

Amós

"Estar com a família significa alegria, prazer de voltar para casa e estar unido de novo com a família".

Isaias

"Tenho certeza que saindo amanhã daqui, meu relacionamento com os meus parentes, com as pessoas como eu, vai ser diferente, queria que minha esposa me desse a última oportunidade".

Samuel

"Vai ser um prazer imenso eu voltar para minha família".

Naum

08. DO TEMA AOS RESULTADOS — O PESQUISADOR E A PESQUISA

Sinto-me hoje realizado, como ser humano, profissional enfermeiro e família. A escolha do tema não poderia ser mais adequada, bem como os referenciais teóricos e metodológicos. Na minha compreensão houve uma comunhão entre a teoria, ensino e a prática de enfermagem, ou seja a tão almejada integração entre teoria e prática.

Sei que tropeços existiram, pois tudo para mim era novo — o método, — Grupo Focal, a estratégia, o jogo educativo, o trabalhar na Casa de Recuperação com grupo marginalizado pela sociedade — usuários de drogas.

Em cada etapa os passos foram sendo construídos, como se fosse um edifício. Creio que cheguei a revesti-lo, quando realmente criei um espaço para este grupo repensar sua vida, expor suas experiências, pensamentos e sentimentos, apesar da rigidez das regras da Casa.

Estou consciente que a religiosidade existente e as regras rígidas de convivência desta Casa de Recuperação podem ter influenciado, em parte, o comportamento do grupo. Mas, para mim não as vejo como tendo prejudicado a pesquisa, mas sim facilitado, pois o grupo percebeu o trabalho realizado como um momento de abertura para que pudessem “colocar o que estava abafado”. Este trabalho parece ter tornado-os conscientes de que apesar da droga ainda, são seres humanos que podem continuar a ser-no-mundo.

Com o envolvimento do Grupo Focal, valendo-se do jogo educativo e do conhecimento adquirido sobre grupo fui vivenciando a cada dia um novo grupo, com experiências diferentes, mas com perspectivas de uma nova vida, redescobrimo suas possibilidades.

O referencial teórico adotado se constituiu em uma força não só para mim como para os participantes desta pesquisa.

A cada sessão, quando retomava um trecho de Remem, como já exposto no estudo, parecia que os participantes cooperavam com mais vontade de viver uma vida digna.

Percorreram também uma trajetória, passando por vários estágios, o sofrer por ser farmacodependente, vivenciar suas conseqüências, vendo no outro a culpa por ser usuário de drogas, sentindo-se isolado do mundo, família, amigos e colegas. Depois, assumindo a responsabilidade, comentando a internação, descrevendo crenças e valores, assumindo que é usuário de drogas. Esta última marca a entrada em um mundo novo, se é que pode ser tão demarcada a sua trajetória, no qual ele passa a perceber que ainda pode participar da vida em sociedade e começa a visualizar possibilidades de reconstruir suas vidas e vê-se redescobrimo a família como algo a ser reconquistado para o bem-estar de ambos. Estas declarações confirmam o referencial de Remen, adotado para este estudo. As categorias elaboradas a partir do vivido pelo grupo de usuários de drogas que participaram deste estudo evidenciam o caminhar pela “trajetória da doença em espiral de Remen”.

Cabe ressaltar aqui que o trabalho de recuperação do farmacodependente, voltado somente a fazê-lo aceitar-se como dependente e refletir sobre as conseqüências, ou seja um segundo estágio de tal realidade, alcança pouquíssimos resultados. Pensemos que num primeiro estágio o indivíduo passou por perdas; ninguém gosta de perder; algo “positivo” o impulsionava às drogas, somente depois apareceram as conseqüências negativas. Suplantar estas perdas com um novo ganho é o grande desafio. É preciso preencher o “vazio” da perda com um novo sentido para a vida. Palestras, trabalhos de prevenção, campanhas, casas de recuperação são montadas, enfim, um enorme conjunto de esforços baseado somente no segundo estágio: a conscientização acerca dos malefícios do cigarro, da droga, da bebida. Por isso a religião tem alcançado maiores resultados que qualquer campanha. Tem levado grandes e poderosos traficantes a arriscar suas vidas (pois pode ser assassinado pelos antigos companheiros) abandonando o uso e o tráfico de drogas; porque dá a eles algo no lugar do que foi tirado; suas vidas ganham um ressignificado: é o terceiro estágio. Campanhas devem apontar para o futuro, não para o passado.

Ao passarem a usar a droga mergulharam no que Remen (1993) chama de crise aguda no qual a pessoa mergulha em uma crise, que requer forças pessoais e espirituais para encará-la e começar a sair das lamentações, auto piedade e começar a vislumbrar possibilidades novas. Esta mudança, em geral, requer ajuda, apoio, seja da família, do círculo de amizades, profissional e muitas vezes, de todos.

Quando esta ajuda vem do profissional preparado para oferecer ajuda para mudança, para viver a experiência de usuário de droga ou de doença, aceitando-a como algo que lhe propicia crescimento e desenvolvimento pessoal, a mudança se dá de forma menos sofrida.

Nos estudos, quando os usuários “sofriam com a farmacodependência” e sentiram-se isolados, ao vivenciarem o primeiro estágio, com a ajuda das mensagens do baralho, a discussão por elas propiciada, num clima de respeito mútuo, confiança, empatia e envolvimento emocional, entre eles e entre o pesquisador e os participantes da pesquisa o grupo foi impulsionado para o segundo estágio.

No segundo estágio começaram a falar sobre e a analisar suas vidas, como eram suas famílias, o que tinham perdido, a que ponto tinham chegado e começam a assumir que são usuários de drogas. Nesse momento, começa o terceiro estágio da vivência que está ocorrendo, permitindo-lhes visualizar possibilidades de recuperação na convivência grupal. Começaram e vislumbraram caminhos para quando saírem da Casa de Recuperação.

Um fato que merece destaque foi o redescorimento da família, pelos usuários de drogas, como fonte de apoio e conforto. Aquela que antes era apontada como responsável pelo seu estado, agora é retomada como a figura central de apoio para concretizarem suas possibilidades, estando assim com o cotidiano enriquecido e podendo então ressignificar suas vidas.

Não sou ingênuo em afirmar que a ressignificação de suas vidas já ocorreu e que não correm mais o risco de voltarem a ser usuários de

drogas, pois realizamos este estudo, em conjunto, num período de 60 dias em 8 sessões grupais.

Muito há para ser feito, mas uma coisa posso dizer, com base nas próprias avaliações do grupo. Os usuários estão mais fortalecidos e visualizam e verbalizam alternativas para o seu retorno a vida sem drogas.

Com as considerações feitas acredito que o tema deste estudo, o referencial teórico e metodológico e estratégias utilizadas devam ser considerados no ensinar, pesquisar e assistir do enfermeiro, enfatizando a importância desses conhecimentos também para a educação em saúde, para que a população possa se educar a partir da sua realidade, de seu mundo-vida. Os referenciais e estratégias utilizados são alternativas que abrem caminhos para estas três perspectivas da enfermagem.

Para o usuário de drogas é importante que invista-se em pesquisas, que visem a prevenção da droga a recuperação e sua reintegração social, além de estudos englobando sua família, pois este não está só no mundo e a redescobre quando começam a perceberem que ainda há possibilidades para ele.

O todo da pesquisa por si só, é uma forma de assistir, mas precisamos encontrar meios para abranger maior cobertura, considerando a extensão do nosso país e, ainda que este problema é de âmbito internacional.

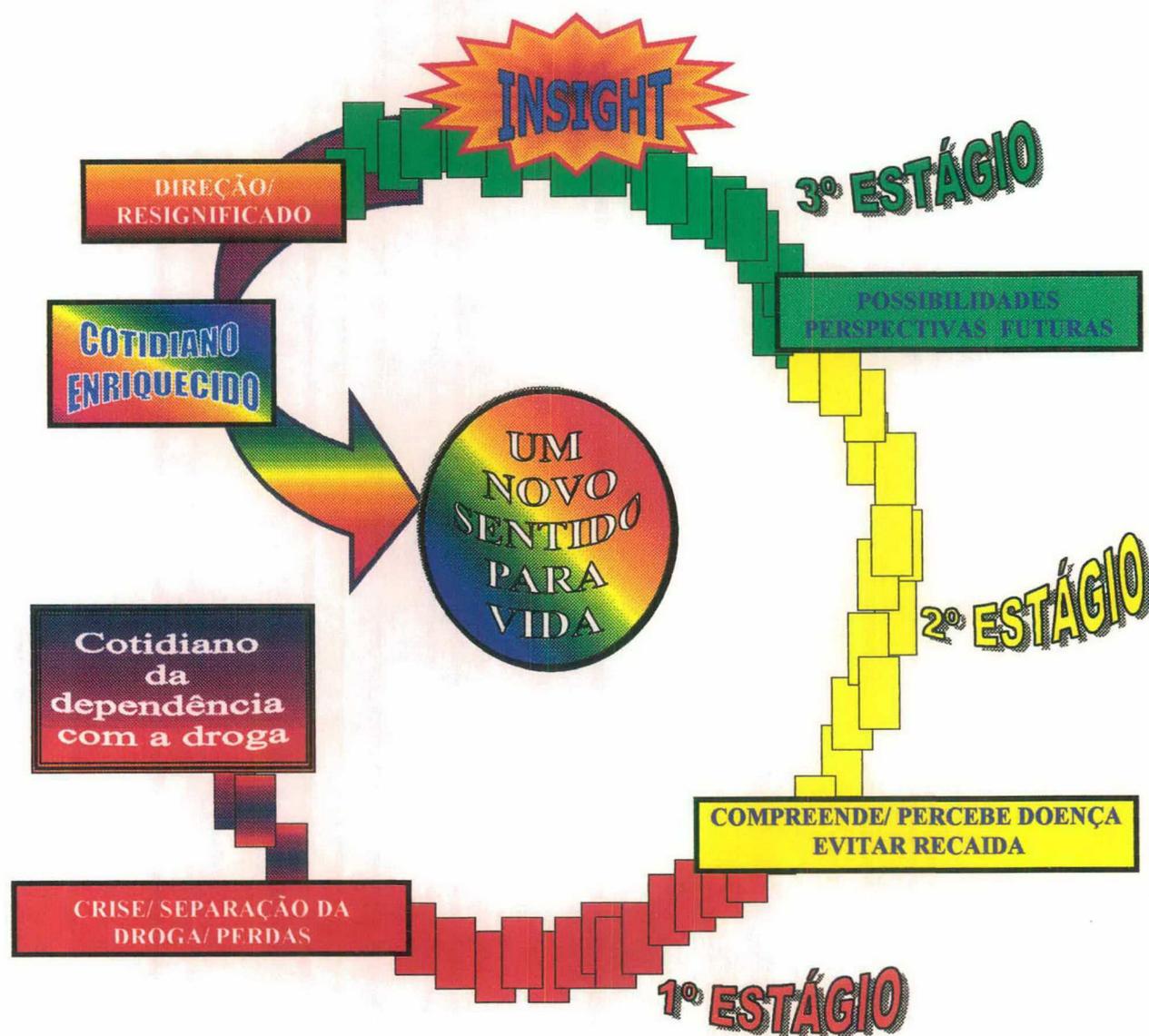
Temos que acreditar na recuperação e reintegração social do usuário droga e de que somos capazes de ajudá-los nestes processos a encontrar sentido para suas vidas.

Para Frankl (1986), o **sentido da vida** é propiciado pela afinação da consciência, levando o ser em busca deste sentido a descobrir em si mesmo o profundo significado de sua vida singular, única e irrepetível, até nas circunstâncias mais trágicas e aparentemente desprovidas de valor; para os ajudar a encontrar a coragem de aceitar a responsabilidade de um viver humano entre os homens, sejam quais forem as situações em que se encontram. Complemento este pensamento com Laurie (1995), Ter sentido para a vida é possuir a capacidade de completar o vazio interior, sendo que para isto a pessoa deve estar imbuída de fé e esperança. Este vazio, segundo Laurie, só é completado pela pessoa de Jesus Cristo.

A seguir apresento a representação esquemática construída a partir da trajetória percorrida com a estratégia do jogo o qual denominamos de: "Visualizando possibilidades de recuperação do usuário de drogas em grupos focais".

Figura 2. Modelo Teórico da trajetória percorrida com a estratégia do jogo.

Visualizando possibilidades de recuperação do usuário de drogas em Grupos Focais.



CARTAS CONTENDO MENSAGENS RELACIONADAS AO 1º ESTÁGIO

CARTAS CONTENDO MENSAGENS RELACIONADAS AO 2º ESTÁGIO

CARTAS CONTENDO MENSAGENS RELACIONADAS AO 3º ESTÁGIO

09. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, R, L.B. **Tóxicos e escola de 1º. Grau:** percepção e ação dos educadores. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1988. Rio de Janeiro.

ANDRADE, O, M., **Os tóxicos** . Rio de Janeiro: Bloch, 1971.

ANDRADE, A. G. et al. **Drogas:** atualização em prevenção e tratamento. São Paulo, Lemos, 1993.

BACERRA, M, R., **Trabajo social em drogadiccion.** Buenos Aires: ECRO.1978.

BIRCH, B. - **Louis Pasteur Beverley Birch.** Ibraima da fonte Tavares. São Paulo : Globo, 1993.

BRAGA, A.C. A chave da alquimia : texto inédito, São Paulo : Três, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília 10 out. 1996.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto editora : Portugal 1994.

BORDENAVE, J. E. D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CARAZZAI, L.R. **Drogas & adolescência** : prevenção e educação Curitiba :1999. Digitado.

CARLINI, et. al. **Medicamentos drogas e saúde**. HUCITEC. São Paulo:1993.

CARLINI-CONTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v.30, n.3, p. 285-93, jan.1996.

CARLINI-COTRIM, B. et al. A mídia na fabricação de pânico de drogas: um estudo no Brasil. **Comunicação e Política**, V.1, n1/ 2, p. 217-230, fev.1991.

CARVALHO, P. de, A didática dos tóxicos. Curitiba, O Formigueiro. 1977

CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas e Psicotrópicos) - Escola Paulista de Medicina. Terceiro levantamento sobre o uso de drogas entre adolescentes de 1º e 2º graus da rede estadual em dez capitais brasileiras (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), 1996.

DALL'AGNOL, C. M., e TRENCH, M. H., Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. 1, p.5-25, jan. 1999.

DEBUS, M., **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p.

EDWARDS G., e ARIF, A. **Educação preventiva contra as drogas : um Estudo da UNESCO**. Correio da UNESCO. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, v.10, n.3, p.2-11, mar. 1982.

EMEDIATO, L.F. - **Geração abandonada**. 7 ed. São Paulo : EMW. 1984.

FERRARINI, E. **Tóxico e Alcoolismo** : o que devem saber pais, professores e jovens. Rio de Janeiro : Auto, 1982

FERRAZ, A, F., **Aprender a viver de novo, a singularidade da experiência do tornar-se portador do HIV e o doente com AIDS**, São Paulo. Tese de Doutorado : Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998, 184 p.

FRANKL, V, E., **Psicoterapia e sentido da vida** : Fundamentos da logoterapia e análise existencial, São Paulo : Quadrante, 1986.

FREIRE, P., **A educação na cidade**. São Paulo : Coprtez. 1995

FREUD, S. **Prefácio à juventude desorientada**, In: _____ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro : Imago, 1976, v.19.

GALDURÓZ, et. al. Visão histórica sobre o uso de drogas : passado e presente; Rio de Janeiro e são Paulo, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. v. 45, n. 4, p.227-236, abr., 1996.

GALLO, F.P. **Drogas, entorpecentes e narcóticos**. Rio de Janeiro: GM Brasil, 1984.

GENNARO, G., **Contra cultura da droga. O Correio da UNESCO**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, v.15, n. 9, p. 4-13, set.,1987.

GUILLEN, D. G. et al. **História dos medicamentos**. Rio de Janeiro: Glaxo do Brasil, 1987.

GRÜNSPUN, H. **Os direitos dos menores**. São Paulo : Almed, 1985.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA E A EDUCAÇÃO). Rio de Janeiro : IBGE, 1998.

KALINA, E. **Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.

_____ **Drogadição hoje**, - Artes médicas : Porto Alegre, 1999.

- KARNIOL, I, G., Algumas considerações sobre o uso não médico das drogas psicotrópicas. In: **Padrões de saúde : a farmacodependência em seus múltiplos aspectos**. São Paulo : Secretaria do Estado da Educação. p. 43-37., 1981.
- LAURIE, G. O Sentido da Vida : **Respostas às grandes questões existenciais**. São Paulo : Mundo Cristão, 1995.
- LEAL, C.B. **A Delinqüência juvenil: seus fatores exógenos e prevenção**. Rio de Janeiro: AIDE, 1983.
- LEITE, A.M.; GONÇALVES, R.; STEFANELLI, M. C.; Jogo educativo na orientação grupal de puérperas em alojamento conjunto: uma estratégia de educação para a saúde. **Rev. Texto e Contexto.**, Florianópolis, v.7, n.3 ,p.59-72 set./dez., 1998
- LEININGER, M.M. **Culture care diversity end universality: a theory of nursing**. New York : National League for Nursing, 1991
- MARTINY, M. **Hippocrate et la médecine**. Paris : Artheme Fayard, 1964.
- MEDEIROS, E. B. **Por que tanta gente faz uso indevido de drogas?** Rio de Janeiro : Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1986a (folheto 1) 12 p.
- MOREIRA, M, J, F., **O grito dos drogados** Campinas : Lemos, 1994.
- MURAD, J.E. **O que você deve saber sobre os psicotrópicos - a viagem sem bilhete de volta**. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982.

NOTO, A. R. et. al. Produção científica brasileira sobre abuso de drogas: como está e para que serve. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.43, n.8, p.423-427. ago.,1994

NOTO & CARLINI, **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro. v.44, n.6, p.287-302., jun,1985

O.M.S. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Classificação Internacional de Doenças. São Paulo, 1978, 809 p.

O.M.S. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Recomendações da nona conferência de revisão, adotada pela XX Assembléia de Saúde, 1975.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comissão de Estupefacientes. Imesc. São Paulo, n.1, v.18, jul/set., 1999.

PORTELLA, E. N., Psicoterapia de grupo em psicóticos. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.317-329 jul/set. 1968.

PROCÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis, ed. Vozes. 1999.

REMEN, R, N., **O paciente como ser humano**. São Paulo : Summus, 1993.

REZENDE, A.M. de. **Heidegger e Melanie Klein: o pensar e a gratidão**. 1990. (digitado)

REVISTA Super Interessante especial, O risco das drogas - /o que você precisa saber para ficar fora disso. n. 06 ed. Abril, São Paulo : Set.,1998.

ROSA, F.A.M. **Patologia Social** : Uma introdução ao estudo da desorganização social. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

SANCHEZ, A.M.T.; SANCHEZ, W.F. **O Consumo da Maconha no Curso de 2º. Grau:** um estudo exploratório. São Paulo: EPU, 1982.

SANDELOWSKI, M. The problem of rigor in qualitative research. **Adv in Nurs Science**, Maryland, v.8, n.3, p.27-37, 1986

SANTANA, *et. al.* Jogo educativo para o aprendizado de comunicação do profissional com cliente na área de saúde. In.: Carvalho E. C. de. **Comunicação em enfermagem**. Ribeirão Preto. Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998

SANTANA, E; ARANHA, M. I; STEFANELLI, M.C. O jogo de combate à dengue. **AMAE** : Belo Horizonte. educando., v.32, n.282 p.21-22, 1998.

SECCO, A. O poder dos barões do tráfego. **Veja** - São Paulo : v.32 n.8/12, dez.1999

SIELSKI, F. **Filhos que usam drogas** : guia para os pais - Curitiba : Adrenalina, 1999

- SIQUEIRA, J. E., **Por uma sociedade sem drogas**, ed.UEL., Universidade Estadual de Londrina. Londrina 1997.
- SILVA, I.A.; STEFANELLI, M.C. Estimulando a reflexão sobre o planejamento familiar – Método de educação para a saúde. **Rev. Paulista de Enferm.**, São Paulo. v.8, n.1/3. p.355~64, mar.1994
- SOLLERO, L. **Farmacodependência**. Rio de Janeiro, Agir, 1987.
- STEFANELLI, M,C., **Comunicação com o paciente** : teoria e ensino, São Paulo : Robe, 1993.
- STEFANELLI, M.C.; CADETE, M.M.M.; ARANHA.M.I. Proposta de ação educativa na prevenção da AIDS – Jogo educativo. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.3, p.158-173, set./dez.. 1998.
- TIBA, I. **Puberdade e Adolescência**: Desenvolvimento biopsicossocial. São Paulo: Ágora, 1986.
- TIBA, I. Abaixo a irritação. **Como desarmar essa bomba relógio no relacionamento com os filhos**. São Paulo :. Gente 1995
- THOMPSON, D.D. Bíblia de referência. Florida - E.U.A. Genesis. Cap.9 Vers. 20 . ed.Vida. 1996.

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo : Atlas, 1992.

VIZZOLTO, M, S,. **A droga, a escola e a prevenção.** Petrópolis: Vozes, 1987.

ZEK CER, I. **Adolescente também é gente.** São Paulo: Summus, 1985.

ZIMERMAN, D.E.; OSORIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.de M., Grupos focais: experiências precursoras em grupos educativos em saúde no Brasil. **Bolet. da Oficina Sanitária Panamericana**, Rio de Janeiro. v.120, n.6, p.472-481, out.1996.

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DA CASA DE RECUPERAÇÃO

Desafio Jovem Vidas Para Cristo

OBRA EVANGÉLICA DE RECUPERAÇÃO DE TOXICÔMANOS E ALCOÓLATRAS

"CONHECEREIS A VERDADE E A VERDADE VOS LIBERTARÁ." (João 8:32)

BR 376 - Km 29,5 - ESTRADA DA ROÇA VELHA, S/n.º - CEP 83005-970
CONTENDA - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS - Pr. Fone: 874-1177

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos o Enfermeiro Rubens Gomes Corrêa a utilizar nome e endereço desta entidade, "**DESAFIO JOVEM VIDAS PARA CRISTO**", na divulgação, deste trabalho de Prática Assistencial, bem como os seus resultados obtidos através das reuniões de grupos realizados pelo mesmo.

Por ser verdade, firmamos o presente

São José dos Pinhais, 09 de Setembro de 1999

Diretor Marcos

Diretor Edson

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimento: "O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos à participar na pesquisa". BRASIL, - Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução: 196/96.

"Com este trabalho pretendo assistir e cuidar de indivíduos em recuperação do uso de drogas, em casa de recuperação, utilizando um jogo educativo de Stefanelli e os conceitos e estágios de doença de Remen, para leva-los à busca de um novo sentido para as suas vidas. Pretende-se num segundo momento, colher depoimentos de ex-dependentes de drogas, sua história de vida, como chegaram as drogas e como foi o processo que os levaram até a recuperação."

Esta prática assegura total respeito ao participante, garantindo-lhe sigilo, segurança e privacidade quanto as informações confidenciais envolvidas;

Os participantes terão toda liberdade de se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento, em qualquer fase deste trabalho, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;

Autorização: Como sujeito deste trabalho, terei garantido o direito de esclarecimentos, antes e durante o curso deste trabalho, sobre a metodologia e os resultados desta, bem como deverei ser informado antecipadamente se correrei algum risco. Os benefícios esperados, métodos alternativos utilizados, formas de acompanhamento e assistência não poderão provocar risco ou dano à minha saúde, sejam estes morais, de saúde física ou emocional.

Estando assim consciente e esclarecido, consinto com este trabalho a ser realizado com minha pessoa.

Permitindo: () Filmar; () Fotografar; () Gravar ; () Publicar.

São José dos Pinhais, / 08 / 1999.

Nome/ Assinatura

Rubens Gomes Corrêa

Rua: Serafim Lucca n.º. 434, casa 04 **Bairro:** Sta. Felicidade - CEP.: 82.320-400

Curitiba - Pr - **fone:** (041) 273-3604/ 9993-8313/ 360-3000.

E-mail: correa@rla13.pucpr.br

ANEXO III

AS REGRAS ESTIPULADAS PELA CASA

Disciplina é uma atividade de correção imposta pelos obreiros. Cada aluno (denominação dada ao recuperando) terá limites e quando encontrar dificuldades em manter o seu comportamento ou o seu andamento dentro do programa de recuperação será aplicada a disciplina, na intenção de ajustá-lo às normas a fim de corrigir-se.

O nível da disciplina varia de acordo com a falha do aluno, e quando aplicada deverá ser sempre cumprida.

1. É proibido fumar ou utilizar remédios químicos. Não será aceito o uso de substâncias tóxicas ou viciosas no interior da casa. O aluno que não respeitar será imediatamente retirado do programa pelos obreiros.
2. Em qualquer circunstância respeite sempre os obreiros.
3. Cumpra sempre os horários, evitando atrasos. Esteja presente em todas as atividades com disposição para executá-las.
4. Mantenha seus pertences sempre bem guardado e arrumado. Será permitido ficar com o aluno somente as roupas e os objetos de higiene pessoal. Não sendo permitido o uso de qualquer tipo de perfume líquido ou spray. Outros pertences, inclusive valores em dinheiro deverão ser deixados sob a guarda dos obreiros responsáveis e lhe serão devolvidos quando do término do seu programa de recuperação.
5. Sempre arrumar sua cama e o guarda roupa, trocar as roupas de cama com a autorização dos obreiros.
6. Apresentar-se sempre bem barbeado, cabelo aparado, banho tomado e roupas limpas e bem passadas.
7. Esqueça os vícios lá de fora, não comente sobre suas experiências. As coisas do mundo: drogas, bebidas, prisões, roubo, sexo, etc., não

ajudam em nada na sua recuperação. A presença de Jesus Cristo exige o respeito e seu irmão recuperando precisa também de bons exemplos.

8. Evite gírias, palavrões, qualquer piadas, apelido ou brincadeiras. Não cante musica! Aprenda melhor louvar ao Senhor com hinos evangélicos.
9. Apresente-se nos cultos, nas atividades e nas visitas importantes de maneira educada e roupa adequada.
10. Nunca apresente-se sem camisa. O uso de camiseta sem manga e bermuda é aceito somente nos momentos de lazer ou de tempo livre. "use".
11. Sempre peça autorização para entrar nas dependências da casa, como cozinha, refeitório quarto dos obreiros, escritório, etc..
12. Sua presença na casa o impede de sair dos limites do nosso terreno. É proibido deixar o local ou realizar contato com os vizinhos.
13. Livros, revistas, musicas e qualquer instrumento de lazer será fornecido pelos obreiros. Nada deverá ser trazido por você.
14. O horário da leitura deverá ser feito em local adequado. É proibido ler deitado ou nas dependências do seu quarto.
15. O que o terreno da casa fornece é para todos, nada poderá ser retirado sem a autorização dos obreiros. Mesmo que seja colher uma fruta do pomar precisa de autorização. A fruta não é só sua, é para todos.
16. A casa não precisa de fiscais ou "caguetas", mas precisa saber e é dever do aluno informar atitudes erradas e comprometedoras de seus colegas não dispostos a colaborar. A disciplina também serve para quem negar informações necessárias a ordem da casa.
17. Não será aceito nenhum tipo de discussão, briga, brincadeira ou desordem entre os alunos. Todos na casa são considerados como irmãos e na nova família o respeito e a consideração serão exigências.

18. As visitas e os pertences deverão ser respeitados. Nenhum aluno deverá aceitar ou pedir objetos ou valores aos visitantes. Quando houver visitas não programadas, a conversa dele será com os obreiros. Ao aluno cabe continuar sua atividade sem envolver-se.
19. A visita programada de familiares ou amigos será em data marcada e com orientação dos obreiros. O namoro não será permitido durante o seu período na casa, para evitar danos ao programa de recuperação. Objetos ou alimentos trazidos serão entregues primeiro ao obreiro que depois entregarão ao aluno. Fica entendido que enquanto o aluno estiver na casa será permitido escrever cartas aos familiares e tanto as que enviar ou que receber, serão vistas pelos obreiros. Tudo isto devidamente autorizado pelo próprio aluno em benefício da sua recuperação.
20. O veículo da casa não poderá ser utilizado ou dirigido pelo aluno, ele é exclusivo ao obreiro para interesse da casa.
21. O horário de recolher-se deverá ser seguido em silêncio, e nada deverá prejudicar esse silêncio até o horário de levantar-se. Sem motivo o aluno nunca deverá deixar a sua cama no período de descanso. O tempo de descanso após o almoço, no quarto, deverá ser usado apenas para este fim. Quem optar em ficar no quarto não deverá perturbar o descanso de quem foi deitar-se.
22. Aconselha-se portanto comportar-se sempre em educação e com higiene. Evite a rotina de que a casa é sua e que poderá sempre ficar a vontade. As atividades e as suas responsabilidades serão cobradas. Os obreiros estarão por perto para mostrar-lhe o caminho correto e se quiser segui-lo saberá agradecer ao Senhor o dia em que lhe colocou na casa Desafio Jovem Vidas para Cristo.

DECLARAÇÃO

O usuário de drogas para iniciar o tratamento, terá que ler e assinar uma declaração, tomando ciência e concordando com a disciplina e normas da Casa de Recuperação Vidas para Cristo, bem como se submeter a estas à partir do momento da internação.

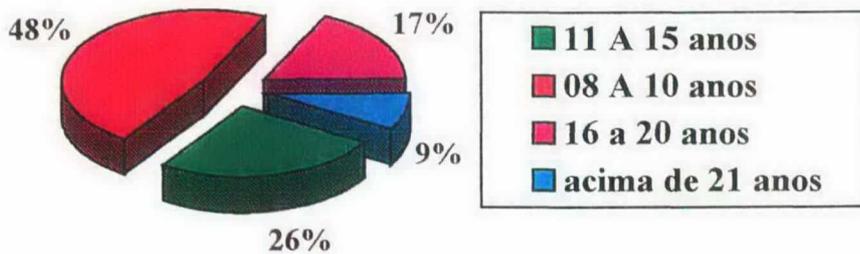
As condutas que se fizerem necessárias por ocasião de alguma infração da parte do recuperando, ficam à critério da coordenação da Casa de Recuperação.

- ❖ Toma conhecimento de que está ciente que todo o programa e suas normas fazem parte da recuperação do vício do qual é escravo.
- ❖ Consciente de que tudo dependerá em muito da sua força de vontade, autorizando o obreiro responsável o fazê-lo cumprir todas as normas para que sua vontade de recuperar seja alcançada.

ANEXO IV

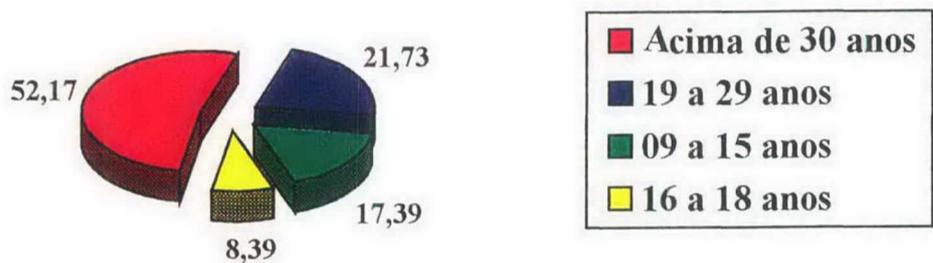
GRÁFICOS REFERENTE AOS PARTICIPANTES

Gráfico 01. Idade que iniciaram a utilizar drogas



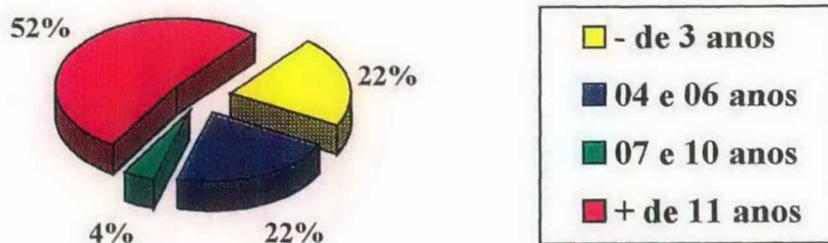
Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC-1999.

Gráfico 02. Numero de dependentes em tratamento por idade na Casa de Recuperação Desafio Jovem Vidas para Cristo.



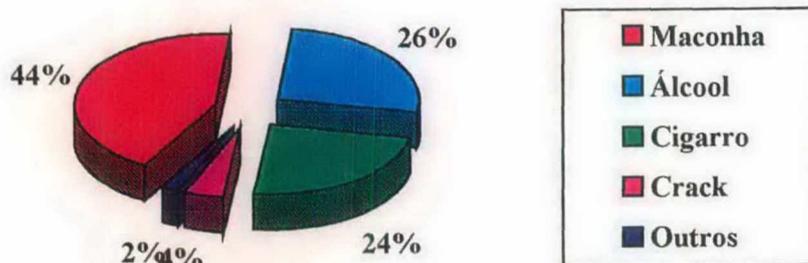
Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC- 1999.

Gráfico 03. Tempo em que permaneceram utilizando drogas.



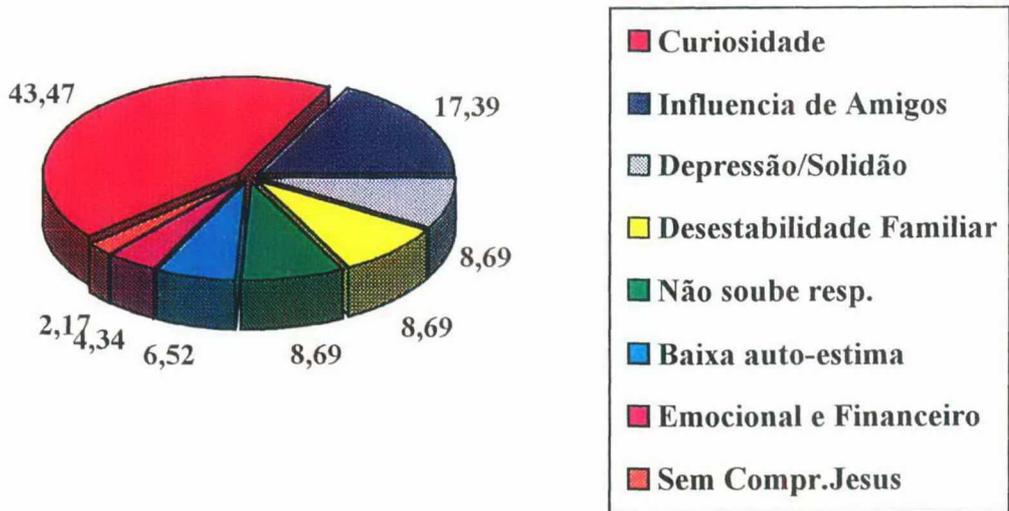
Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC- 1999

Gráfico 04. Tipo de drogas com os quais se iniciaram na farmacodependência.



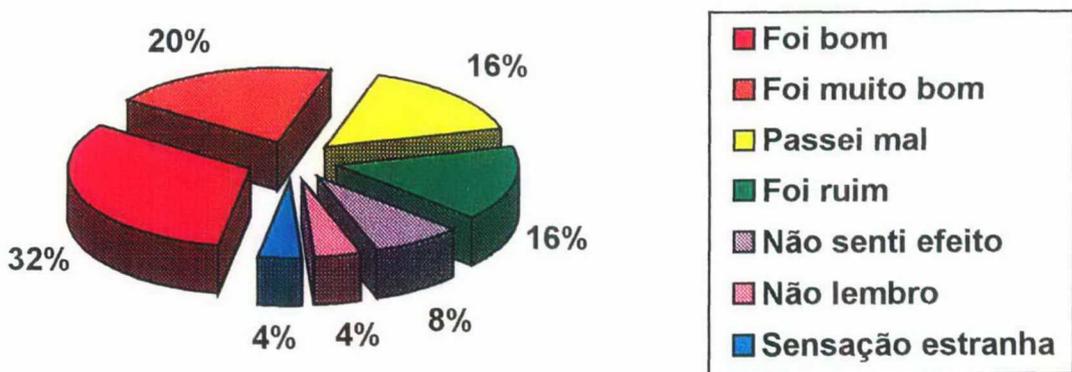
Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC- 1999

Gráfico 05. Motivos que levaram a utilização de drogas.



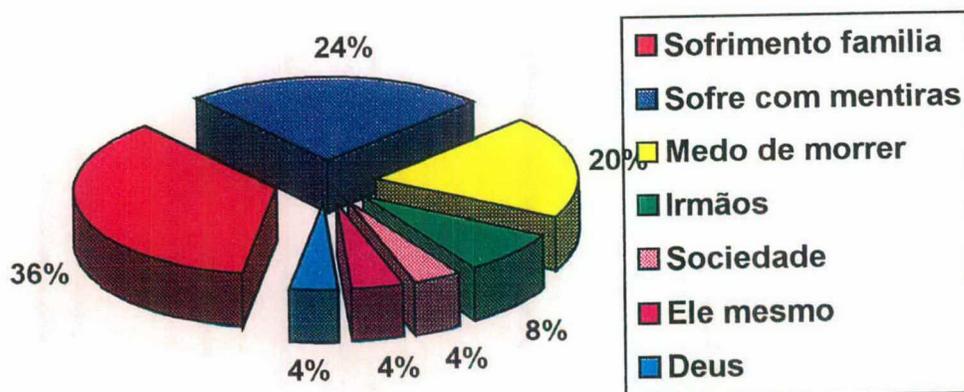
Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC- 1999.

Gráfico 06. Como foi a sensação a primeira vez que usou drogas.



Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC- 1999.

Gráfico 07. Motivos que os levaram a querer parar de usar drogas



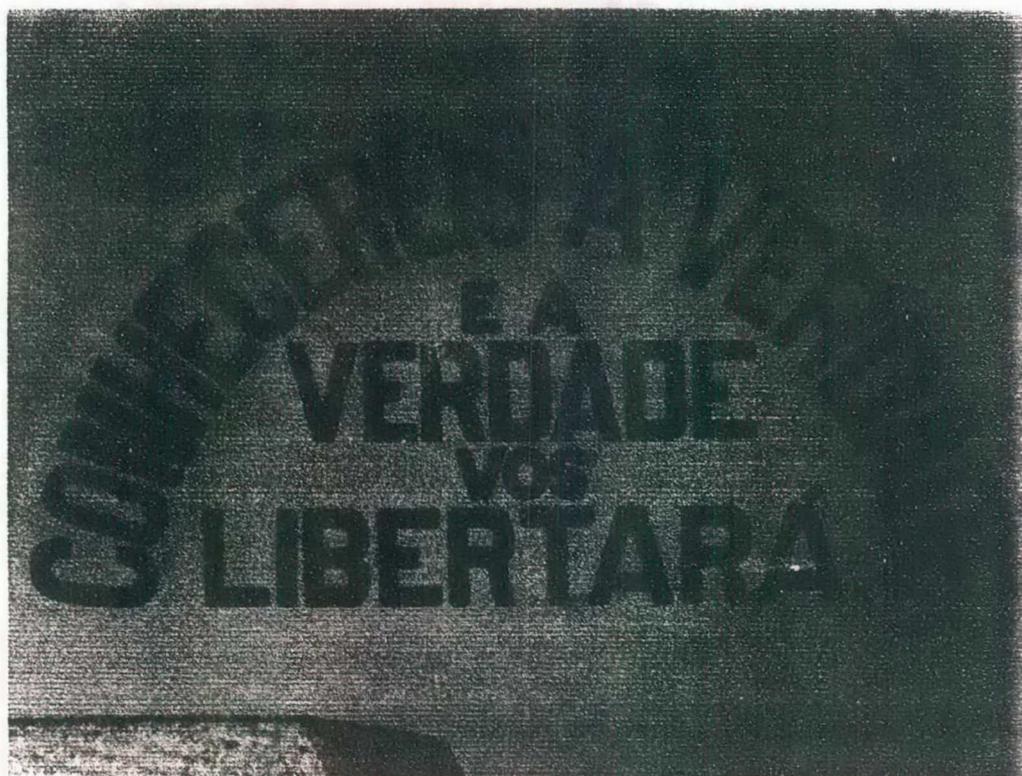
Corrêa, R. G - Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC- 1999.

ANEXO V

FOTOS

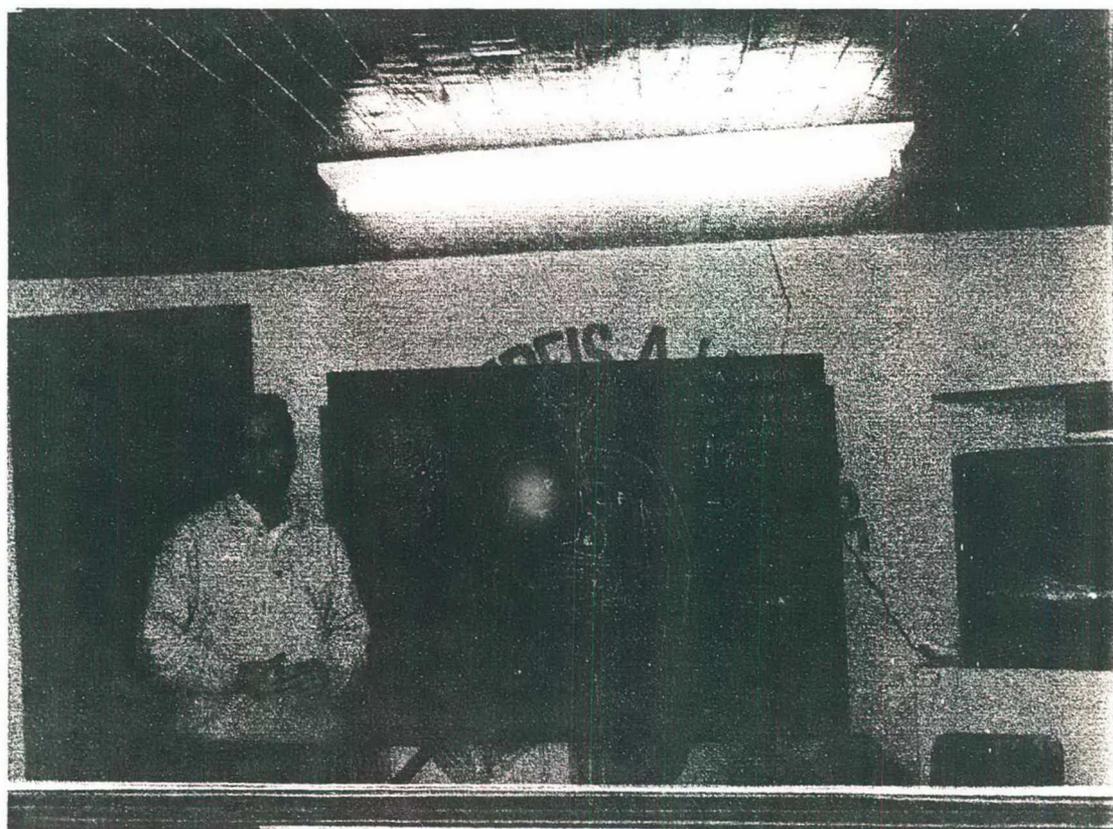


Placa na entrada da chácara de recuperação
"Desafio Jovem Vidas Para Cristo"



"Conhecereis a Verdade e a Verdade vos Libertará"
João 8:32

Dizer pintado na parede da sala de reuniões



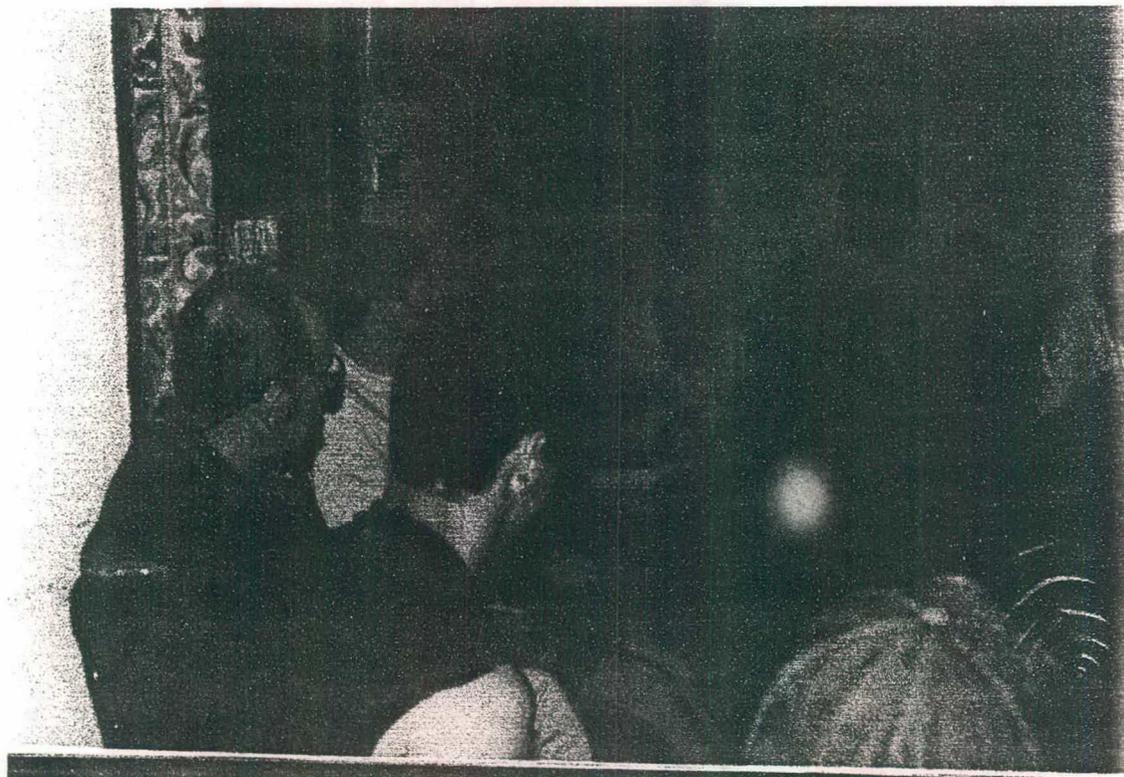
**Ministrando palestra sobre os efeitos da droga
no organismo**



Grupo reunido assistindo uma palestra



Grupo reunido utilizando o jogo



Recuperando lendo uma carta
Grupo reunido utilizando o jogo educativo



Grupo reunido fora da sala de reuniões