

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O PROCESSO DE VIVER DE TRABALHADORES DEPENDENTES  
QUÍMICOS: UM MOVIMENTO DE “BUSCA DE SER FELIZ”**

CONSUELO COELHO HAVIARAS

ORIENTADORA: Profa. Dra. ZULEICA MARIA PATRÍCIO

FLORIANÓPOLIS, 31 DE MARÇO DE 1999

**CONSUELO COELHO HAVIARAS**

**O PROCESSO DE VIVER DE TRABALHADORES DEPENDENTES  
QUÍMICOS: UM MOVIMENTO DE “BUSCA DE SER FELIZ”**

*Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem - Área de Concentração: Assistência  
de Enfermagem.*

**Orientadora: Profa. Dra. Zuleica Maria Patrício**

**FLORIANÓPOLIS**

**1999**

Ficha catalográfica elaborada por Susana Margareth Arruda CRB-14/242

H388p Haviaras, Consuelo Coelho.  
O processo de viver de trabalhadores dependentes  
químicos: um movimento de "busca de ser feliz". /  
Consuelo Coelho Haviaras. – Florianópolis, 1999.  
93 p.

Dissertação ( Mestrado) – Universidade Federal  
de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Florianópolis, SC, 1999.  
Orientadora: Zuleica Maria Patrício.

1. Drogas e emprego. I. Patrício, Zuleica Maria.  
II. Título.

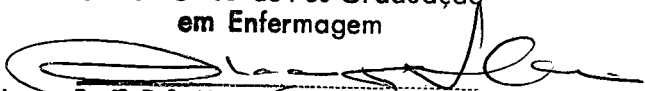
364.272  
CDU

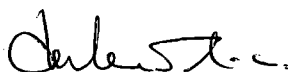
# CONSUELO COELHO HAVIARAS

## O PROCESSO DE VIVER DE TRABALHADORES DEPENDENTES QUÍMICOS: UM MOVIMENTO DE “BUSCA DE SER FELIZ”

Dissertação submetida à banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Assistência de Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

UFSC - Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem

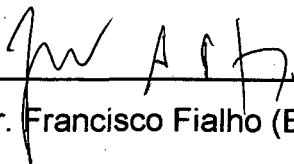
Banca Examinadora   
Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Coordenadora



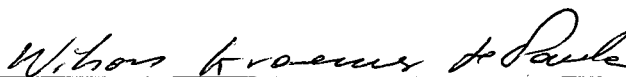
Dra. Zuleica Maria Patrício (Orientadora)



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (Examinadora)



Dr. Francisco Fialho (Examinador)



Dr. Wilson K. Paula (Examinador)

Florianópolis, 31 de março de 1999.

Dedico esse estudo às pessoas que acreditam no poder de transformação do amor.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Nicolau Jorge, pelo apoio e incentivo, por mostrar sempre o caminho da competência e dedicação.

Aos meus filhos Marcelo, André e Guilherme, por compreenderem o meu processo de busca e por ensinarem o desafio do “amor incondicional”.

Aos meus pais, por ensinarem desde cedo as primeiras lições sobre amor, dedicação, ética, companheirismo, por mostrarem o valor do trabalho no nosso processo de evolução.

Ao Grupo Viver Feliz, por aceitar compartilhar seu processo de vida, permitindo o meu aprendizado para esse estudo e crescimento para buscar ser feliz na vida. Por ensinar a “ser um Grupo” e mostrar que o amor realmente vale a pena.

À Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício, por ensinar os primeiros passos dessa caminhada no processo de pesquisar, por seu carinho, dedicação, paciência, solidariedade e amor durante todo o processo de construção desse estudo.

Ao amigo Carlos Schmitz, pelo apoio e dedicação desde as primeiras idéias, as primeiras dúvidas, ajudando a compreender e embelezar esse estudo.

À amiga Rosângela, pelo apoio, carinho, por mostrar sempre um final feliz.

Aos colegas de equipe da empresa, especialmente a Sandra Regina e Liege, por darem continuidade à minha presença nos meus momentos de ausência.

Aos companheiros de equipe do Programa de Dependência Química da empresa, em especial a Tânia Esthér, Cleusa, Carlos Alberto e Dr. Cláudio, por acreditarem no meu trabalho.

À ELETROSUL, pela liberação para cursar o mestrado, em especial, ao gerentes, João Henrique e Jorge da Silva Mendes, que sempre incentivaram, desafiando-me a buscar o crescimento profissional.

As colegas de turma do Mestrado, por compartilharem experiências, conhecimentos, alegrias, tensões, festas e tudo mais. Em especial, às novas amigas Carin e Carol.

À Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Souza, por me fazer resgatar a paixão e o dom de escrever.

À Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Eardman, pelo estímulo, mostrando o caminho do amadurecimento para cursar o mestrado.

Agradeço, especialmente, ao meu anjo de guarda, que sempre me orienta, enviando intuições, mostrando o caminho, e a Deus por me permitir estar aqui, por mais vinte quatro horas, participando dessa maravilha, que é a vida.

## SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO .....	1
2 O PROCESSO DE ESCOLHA E A ELABORAÇÃO DO TEMA .....	4
3 MARCO REFERENCIAL DE ENFERMAGEM .....	18
3.1 Conceitos Gerais do Marco Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico .....	19
3.2 O Processo de Enfermagem Segundo o Referencial do CHE .....	26
3.3 Conceitos Específicos Elaborados a Partir do Referencial do CHE .....	37
4 DESENVOLVENDO O PROCESSO DE CUIDAR COM OS TRABALHADORES: Aprendendo a ser-estar com eles .....	39
4.1 Entrando no Campo: Primeiros Momentos de Interação na Empresa ..	40
4.2 Ficando no Campo: Momentos de Interação no Processo de Cuidar e Conhecer a Realidade dos Trabalhadores .....	42
4.2.1 Os Encontros com o Grupo .....	45
4.3 Saindo do Campo: Momentos de Interação no Processo de Encaminhamentos para a Formação do Grupo de Ajuda Mútua na Empresa .....	60
4.3.1 Reconstruindo os Conceitos Específicos .....	63
4.3.2 Aspectos Éticos e Educativos Envolvidos no Processo de Cuidar ....	65
5 O MOVIMENTO DE "BUSCA DE SER FELIZ": O PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL DO GRUPO .....	70
6 REFLEXÕES FINAIS .....	79
7 BIBLIOGRAFIA .....	83
8 ANEXOS.....	87
- Anexo 1: Diário de Campo	
- Anexo 2: Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos	
- Anexo 3: Convite	
- Anexo 4: Planejamento da Oficina 1	
- Anexo 5: Oração da Serenidade	



## RESUMO

Estudo Qualitativo, desenvolvido com um Grupo de Trabalhadores Dependentes Químicos, numa empresa estatal de Florianópolis, Santa Catarina, no período de março de 1997 a março de 1999. Teve como objetivo conhecer e compreender o processo de viver desses trabalhadores através de conceitos e pressupostos do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício. O estudo mostra, a partir da análise dos dados que emergiram do processo de cuidar-pesquisar desses trabalhadores, categorias que caracterizam o processo de viver daquele Grupo, como um **movimento de busca de ser feliz**. Nos vários encontros com o Grupo, foram desenvolvidos diferentes tipos de técnicas de abordagem, através das quais se identificou o processo de viver desses sujeitos e suas possibilidades e limitações na “busca de ser feliz”. O estudo apresenta uma proposta participante de compreensão do processo saúde-doença de trabalhadores em situação de dependência química, na qual a enfermagem tem um papel de mediadora na transformação dessa realidade.

## **ABSTRACT**

A Qualitative study was developed with a group of chemical dependent workers in a state company at Florianopolis, Santa Catarina, between March 1997 and March 1999, aiming to know and understand the process of living of these workers through concepts and presuppositions from the Holistic-Ecological Care referential of Patricio. From the analysis of the data, which emerged from the care-research process of these workers, this study shows categories that characterize the process of living of that Group as a " movement to search happiness". Throughout several meetings with the Group, different kinds of approach techniques were developed, in which the process of living of these people was identified in addition to their possibilities and limitations in this "search of happiness". This study presents a proposal to understand the illness-health process of workers in a chemical dependency situation, in which nursing works as a mediator to transform this reality.

# 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho, representa a síntese de uma elaboração acadêmica desenvolvida durante todo o curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem. É um estudo qualitativo, que apresenta a descrição de um processo de cuidar participante e cujos dados possibilitaram conhecer e compreender o processo de viver de trabalhadores dependentes químicos, sua relação com as drogas e com a vida.

Esse processo de construção de conhecimento, se concretizou mais especificamente a partir da disciplina "Prática em Assistência de Enfermagem", integrante do currículo do curso acima referenciado, cujo principal objetivo era o de possibilitar ao mestrando aprender a ler teorias e marcos conceituais, operacionalizar e avaliar a aplicação de um marco teórico no processo de cuidar. Essa aprendizagem foi desenvolvida no período de 20.05.97 a 21.07.97, numa empresa estatal localizada em Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

Escolhi como tema a Assistência ao Trabalhador em Processo de Dependência Química, tendo em vista a sua importância e repercussão na saúde individual e coletiva, bem como na sociedade de forma geral.

Naquela oportunidade desenvolvi com eles atividades de grupo denominadas "Oficinas de Saúde: Qualidade de Vida na Situação de Dependência Química", que além de atender ao objetivo de realizar um estudo

que me permitisse compreender a realidade desses trabalhadores, também possibilitasse transformar a realidade, ajudando-os a construir um novo estilo de vida que os mantivesse saudáveis a partir da prevenção das recaídas<sup>1</sup>

Todo o processo de cuidar foi desenvolvido com técnicas de trabalho de campo conforme estudo qualitativo a saber: o levantamento dos dados, através da observação participante e entrevista; o registro através de Diário de Campo (Anexo 1) e a análise através do estudo das categorias e temas que emergiram dessas Oficinas.

Escolhi para guiar o meu olhar à essa realidade, o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE) de Patrício (1995), que tem sido base para trabalhos de pesquisa e extensão no Núcleo TRANSCRIAR/UFSC (Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável), podendo ser considerado como uma abordagem construtivista de situações de saúde-doença.

A partir dos conceitos gerais e de pressupostos desse Referencial, elaborei alguns conceitos específicos referentes a trabalhadores em situação de dependência química.

A análise dos dados que foram emergindo nas interações do processo de cuidar com esses trabalhadores, mostrou situações de saúde-doença que caracterizou o processo de viver daquele grupo, como um **movimento** de “ser feliz - ser infeliz”, de “estar saudável - estar doente”, de “estar em sobriedade - estar em recaída”.

A realidade emergida da leitura da experiência vivida, motivou a aprofundar o estudo, a buscar compreender melhor esse “movimento” de saúde-doença dos trabalhadores, bem como a maneira pela qual o cuidado prestado pelo enfermeiro pode representar possibilidades de colaborar para que esse movimento seja mais saudável.

Ao longo desse estudo, abordarei as razões que levaram a escolher esse tema, os fundamentos teóricos do marco referencial escolhido para guiar a leitura e compreensão da realidade, todas as etapas do processo de cuidar, a análise dos dados que mostram as categorias que emergiram das Oficinas, análise da

---

<sup>1</sup>Recaída: “É um colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar ou modificar um comportamento alvo” (Marlatt, Gordon, 1993, p.28).

utilização do marco referencial, as sínteses elaboradas a partir dos encontros com o grupo de trabalhadores, ***o movimento de busca de ser feliz*** desses trabalhadores e reflexões finais.

Espero que esse estudo possa contribuir para a melhoria da assistência prestada no campo da enfermagem do trabalho e qualidade de vida da população trabalhadora, mostrando um trabalho que pode ser desenvolvido em outras empresas, dentro de princípios éticos e científicos.

## **2 O PROCESSO DE ESCOLHA E A ELABORAÇÃO DO TEMA**

Durante toda a minha vida profissional, tive como preocupação desenvolver um trabalho que acima de tudo, fosse feito com qualidade, ética, competência técnica e amor.

Trabalhando há quinze anos na área de saúde do trabalhador, senti necessidade de retornar ao meio acadêmico para trocar idéias, experiências, dúvidas, de contar histórias sobre a riqueza que essa área de atuação proporciona aos profissionais que nela atuam. Retornei aos estudos acadêmicos, cursando a Especialização em Administração de Serviços de Saúde e Enfermagem, que me fez estreitar a relação com as “coisas” da enfermagem, conhecer o que existe de novidade na arte de cuidar do ser humano, sempre visualizando a saúde do trabalhador.

Ao Iniciar o mestrado, estava ainda envolvida pelas idéias de busca contínua de melhorias no processo de cuidar e no próprio processo de trabalho do enfermeiro, estimuladas pelo curso de especialização.

Além da preocupação com a qualidade da assistência, ao longo desses anos atuando como enfermeira do trabalho, muitas inquietações surgiam das reflexões que fazia sobre a realidade da qual participava enquanto ser humano, profissional e também trabalhadora de saúde, entre elas a que mais me sensibilizava, que é o sofrimento humano.

Tenho observado que não se pode esperar do trabalhador o esquecimento de todas as suas angústias, as preocupações com a família, e todas as relações – situações vividas fora desse contexto de trabalho. Ele é um ser integral, visto e tratado pela empresa em partes, o que tem gerado momentos de angústia e sofrimento. Não é mais possível imaginar que o trabalhador ao entrar no seu ambiente de trabalho, se transforme apenas num homem-máquina sem preocupações, sem família, sem experiências de vida, quando ele mesmo sente necessidade de compartilhar suas experiências de vida com seus colegas, o que poderia promover um processo de crescimento mútuo.

No campo da enfermagem do trabalho, temos como principal objetivo mediar um processo educativo com os trabalhadores para que busquem viver a vida com mais momentos de felicidade e saúde, identificando situações que representem riscos à manutenção do equilíbrio. Nesse processo buscamos fazê-los refletir sobre seus hábitos de vida e suas repercussões sobre a saúde, para que possam perceber nos seus diversos contextos, principalmente no ambiente de trabalho, as situações de risco que se apresentam, evitando-as ou atenuando-as.

Em 1994, elaborei junto com a equipe de saúde da empresa onde trabalho, um programa de prevenção e tratamento de trabalhadores dependentes químicos, que tinha como principal objetivo sensibilizar e educar os trabalhadores sobre os malefícios do uso de drogas. Desenvolvemos vários seminários, tanto para gerentes como para empregados e demais integrantes da equipe de saúde, enfocando o tema **dependência química**. Queríamos despertar a atenção dos trabalhadores e da direção da empresa, para a gravidade do problema.

O programa alcançou seus objetivos iniciais, entretanto, me sentia insatisfeita com o trabalho, sentia que ainda faltavam etapas a serem implementadas. Eu me achava fora da problemática do dependente, não compreendia o que acontecia com eles, não conseguia responder aos inúmeros questionamentos que me fazia ao “atender” trabalhadores doentes, queria saber o que desencadeava tudo isso, queria “conviver, estar e ser com eles”. Na verdade queria não simplesmente atendê-los, mas sim “cuidar” deles, compreendendo o significado dessa doença para suas vidas.

Comecei a observar mais a evolução dos casos de trabalhadores que já tinham sido submetidos a diversos tipos de tratamentos, entre os quais, os ambulatoriais, a internação hospitalar, psicoterapias, e constatei que muitos deles retornavam ao uso da droga.

Buscando aprofundar o estudo do tema, encontrei em diversas literaturas e dados estatísticos que a dependência química é caracterizada por “recaídas crônicas”.

Marlatt & Gordon (1993, p.28) definem recaída como “um colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar ou modificar um comportamento alvo”.

Passei a me perguntar porque esses trabalhadores não conseguiam mudar a sua relação com as drogas? O que faz com que eles retornem ao uso, se resulta em tantos problemas, tanto sofrimento? Como eles se relacionam com as outras pessoas, com a vida e consigo mesmo? Quais seriam os fatores que desencadeiam essa necessidade de usar as drogas? Como poderia mediar um processo educativo que os fizessem refletir e transformar essa realidade? Que referencial poderia me guiar nesse trabalho, e que daria conta dessa complexidade? Os questionamentos eram muitos!

Foi então que decidi iniciar esse estudo, com a mesma sensação de prazer de estar iniciando uma viagem, só que através dos caminhos da literatura e do compartilhar com esses trabalhadores, esperando encontrar respostas para os questionamentos.

Nos objetivos do estudo se localizava a direção da bússola, na bagagem levava a vontade de aprender, a certeza de poder encontrar respostas que ajudassem a compreender o que estava acontecendo com esses seres humanos, e no coração um amor muito grande, pronto para ser compartilhado, para crescer a ponto de poder transformar a realidade, mesmo a mais difícil. Assim foi o início da trajetória.

Nas primeiras leituras entrei em contato com as histórias contadas ao longo dos tempos sobre o uso das drogas e seus efeitos, as pesquisas realizadas, a sua influência no processo de viver das pessoas, o que fez com que pudesse sentir ainda mais a importância do tema, principalmente no que se refere a saúde do trabalhador, haja vista as repercussões no trabalho.



Selecionei alguns aspectos, os quais considere mais interessantes nos achados históricos para apresentar nesse estudo, por mostrarem o surgimento do uso das drogas de uma forma bem natural como ainda hoje, está acontecendo na vida as pessoas.

O contato com as drogas e seu uso tem um histórico muito antigo. Desde aquela época, tem seu início movido pela curiosidade e pela busca do prazer. O uso da maconha, por exemplo, tem origem no mundo antigo. Contam as histórias do folclore indiano, que o deus Shiva teria trazido a planta do Himalaia para dar prazer aos grupos de arianos que invadiram a Índia em 1500 a. C.

Segundo a lenda, Shiva descobriu a planta quando passeava pelos campos, por estar irritado devido a uma briga de família. Para fugir do sol quente, Shiva procurou proteger-se entre as folhas da Cannabis (planta de onde se origina a maconha), onde atendendo aos impulsos da sua curiosidade, mastigou algumas folhas, vindo a sentir sensações de prazer, de frescor.

A partir dessa experiência, a planta passou a ser sua comida predileta. Passou a chamar a planta de "Bhang", ou seja, "comida dos deuses".

Bhang também era o nome dado a um preparado feito com as folhas de maconha, condimentos, açúcar e leite. Essa bebida era muito popular na Índia (Kusinitz, 1988, p.15-41).

Segundo a versão árabe, descrita por Kusinitz (1988), a descoberta dos poderes da Cannabis, se deu quando Haydar, fundador da ordem religiosa dos sufis, andava pelos campos após um longo retiro. Esse fato, segundo os árabes teria acontecido por volta do ano 1155.

Haydar retornou do campo demonstrando um ar de felicidade. Ele explicou aos seus discípulos que conhecera essa planta muito estranha, pois ela se comportava de modo muito diferente das outras plantas. Segundo ele, ela dançava à luz do sol, ao invés de ficar parada. Ele, curioso, comeu algumas folhas, passando então a se sentir eufórico.

Em uma das histórias da literatura árabe, **As Mil e Uma Noites**, contada por Scheherazade para divertir seu marido o sultão, descreve a "Lenda do Comedor de Haxixe" (mistura elaborada a partir das folhas, flores e resina prensadas e secas da Cannabis), onde o jovem esbanjava seu dinheiro em

haxixe e outras formas de prazer, sob efeito da droga. Seus amigos, cansados dos “ultrajes” do jovem, expulsaram-no do banho público (Kusinitz, 1988, p.16).

Aqui já aparece um dos primeiros relatos dos comportamentos indesejáveis em decorrência do uso da droga.

A partir do século XIII, começaram a ser relatadas histórias sobre efeitos das drogas nos seres humanos, por comerciantes vindos do Oriente, o que desperta a atenção dos europeus, sobre os efeitos psicotrópicos.

Ao longo dos séculos, inúmeros pintores incorporaram as drogas em seus trabalhos. Algumas pinturas medievais sobre o sabã das feiticeiras, mostraram grupos de mulheres remexendo drogas em seus caldeirões. Na literatura francesa, há poucas referências à Cannabis. Somente a partir do fim do século XVIII, quando o exército de Napoleão ocupou o Egito, descobrindo o Haxixe. Os cientistas que acompanhavam Napoleão começaram a estudar a droga, e enviaram amostras para seus colegas na França, dando início à pesquisa sobre drogas alucinógenas na Europa (Kusinitz, 1988, p.18-20).

A *Erythroxylon coca*, planta da coca, foi cultivada durante centenas de anos pelos índios sul-americanos dos Andes. Os trabalhadores rurais da Bolívia e Peru, ainda mascam diariamente folhas de coca para suportar a vida nas altitudes, onde o trabalho é duro e a comida escassa (Kusinitz, 1988, p.20-3).

Sigmund Freud, médico vienense, pai da psicanálise, usou a cocaína e em 1884, escreveu o artigo, **Uber Coca**, no qual propôs que a cocaína fosse considerada um estimulante como a cafeína e não um narcótico como o ópio. Recomendou seu uso para o tratamento da dependência de narcóticos. Ele continuou usando cocaína e escrevendo sobre seus efeitos.

Freud tomava o alcalóide por via oral, e após a sua entrada na circulação sangüínea, conduzia experiências sobre a sua força muscular, fadiga (medida pelo dinamômetro) e outras coisas. Ele só abandonou o uso com a morte de seu amigo Fleischel, a quem introduzira no uso da cocaína. Foi um consumidor de cocaína; escreveu relatos enfocando os efeitos estimulantes, anestésicos e afrodisíacos da cocaína.

Segundo Alfaro, a experiência de Freud com o álcool não teria sido muito boa; ele teria se embriagado na juventude, “e parece ter sido bastante

desagradável, perdeu o controle, quando ele fazia questão de manter a lucidez das idéias” (Alfaro, 1993, p.92-93).

Louis Lewin (1924, citado por Alfaro, 1993) foi um dos autores que criticaram a visão cor-de-rosa que Freud tinha das drogas. Segundo ele,

o abuso toxicomaniaco prolongado provoca gradativamente, sintomas mais graves, cujas manifestações são evidentes entre aqueles ansiosos comedores de coca da América do Sul, os coqueiros. Física e moralmente eles se comportam como fumadores de ópio. Um estado de caquexia aparece, com extraordinário emagrecimento, acompanhado de gradativa mudança de conduta. Ficam velhos antes de serem adultos. São apáticos, inúteis para todos os propósitos mais sérios da vida, sujeitos a alucinações e exclusivamente governados pelo único e apaixonado desejo pela droga, perto da qual tudo o mais na vida passa a ter um valor inferior ... a força de vontade se reduz e a indecisão, a falta de senso do dever, a índole caprichosa, a obstinação, o esquecimento, a prolixidade na escrita e na fala, a instabilidade física e intelectual se estabelecem... O consciencioso é substituído pelo negligente, o verdadeiro se torna mentiroso, e o amante da sociedade procura a solidão (Alfaro, 1993, p.233-303).

Em 1895, Freud fala de uma primeira relação entre álcool e a sexualidade, quando estudava o mecanismo da paranóia, o fenômeno da projeção, de que o alcoólico (dependente), se utiliza, quando afirma que “o álcool me tornou impotente”. Segundo ele, o dependente rechaça a idéia projetando seu conteúdo no exterior. O dependente promove o deslocamento do objeto álcool para o exterior, assim, ele passa a ser infeliz por causa de fatores externos a si, onde atribui a culpa de ser infeliz à mulher, ao chefe, ao emprego, ao mundo e nunca ao álcool (Alfaro, 1993).

Freud desenvolve o conceito de projeção: “uma defesa contra o desprazer de uma lembrança desagradável”.

Abraham, citado por Alfaro (1993, p.93), destacou os efeitos do álcool na liberação de sentimento e emoções reprimidas na convivência em sociedade, entre elas, o homossexualismo masculino. Na observação do comportamento de homens alcoolizados, percebeu que liberavam seus afetos, se permitindo beijos e abraços, o que em outras circunstâncias não são aceitas socialmente.

O dependente busca no álcool atingir o estado de harmonia, de prazer, de bem-estar, conhecido no budismo como *nirvana*, ou seja, retornar ao nível zero de tensão, atingindo a satisfação total.

Freud, citado por Alfaro (1993, p.97), entende alcoolismo com “uma atividade que visa satisfazer necessidades auto-eróticas”. Para Freud, “as pulsões auto-eróticas existem desde o início, quando o indivíduo ainda não existia como unidade psíquica estruturada, não há ego. Este se desenvolve a partir do auto-erotismo, para dar forma ao narcisismo; simultaneamente ao aparecimento do narcisismo surge o ego, que se constitui no jogo das relações intersubjetivas nas quais a identificação tem um papel decisivo”. Distinguem-se assim duas formas de identificação complementares: a primeira, muito rudimentar, determina o corporal interior-exterior; a segunda, é a identificação especular, pela qual a criança apreende a imagem unitária do seu ego corpóreo no espelho e no outro.

Talvez seja esta a nova ação psíquica necessária para passagem do auto-erotismo ao narcisismo. Esta relação especular está no centro daquilo que Freud intuiu como algo de essencial no tema do narcisismo: a noção do espelho, ele é “o objeto de amor onde se reflete a imagem daquele que não é capaz de amar senão a si mesmo ou a outro enquanto duplo de si mesmo. Não será o álcool uma espécie de fonte onde o alcoólico busca desesperadamente encontrar sua imagem?” (Alfaro, 1993, p.97-99).

Talvez por isso, os Grupos de Alcoólicos Anônimos, obtém melhores resultados, lá ele encontra sempre a imagem de outro como se fosse o duplo de si mesmo.

O álcool satisfaz o desejo narcisista do bebedor, cuja essência é sentir-se superior aos outros, o único, o melhor, o diferente.

Talvez por isso, seja tão difícil para o dependente renunciar a esse tipo de satisfação. No discurso alcoólico é necessário sustentar a crença onipotente, afastando qualquer possibilidade que altere o sentimento de perfeição (Alfaro, 1993, p.112).

Alfaro (1993, p.111-113) considera que “através da própria linguagem o alcoólico defende o uso da bebida, visando sobretudo a manutenção das suas

crenças narcísicas, negando o seu alcoolismo, pois não aceita nenhuma possibilidade de crítica, conforme a imagem idealizada que apresenta de si mesmo. Através do seu discurso, nega-se a comparar o que diz com a realidade; um exclui o outro. A realidade é que ele fala, acredita que sua palavra é a própria realidade e não admite contestação nem alteração”.

Ainda, Alfaro (1993, p.112) “se o alcoólico bebe é porque deseja mudar uma realidade que considera penosa, preferindo o estado da embriaguez. Este estado é melhor porque com ele consegue afastar temporariamente aquilo que lhe é desagradável, reduzir tensões, mantendo a ilusão de sua auto-imagem idealizada”.

A negação muito utilizada pelo dependente, para Alfaro (1993, p.111) serve para

afirmar algo acerca do sujeito. Podemos supor que a função derivada, como acreditamos, vise confirmar a crença, ou seja, é uma auto-sustentação. Alguns alcoólicos, confirmam que através da bebida reconquistam a confiança, o sentimento de adequação, a coragem. Há de fato um efeito farmacológico que modifica o humor do sujeito, pois esta mudança indica que ele se torna um outro; este outro é aquele idealizado. Esta é a crença onipotente que o afasta de toda crítica.

Como nos mostram esses autores, o alcoolismo tem uma relação com o mito do narcisismo.

Procurando compreender um pouco mais sobre os mitos, busquei o significado da palavra e encontrei o seguinte: “Mito provém do Grego Mythos, que tem duas nuances; num sentido o mito é uma história e no outro implica um esquema ou plano”. Os mitos não tem forma concreta, nem realidade temporal ou espacial; são tendências, intenções, fatores de ordenação: imagens de padrões instintivos.

É o que Jung chamou de arquétipos, figuras que representam e catalisam padrões de desenvolvimento, temas; os mitos contêm movimento, não são estáticos: descrevem processos, dinâmicas como características qualitativas. Todos os povos criaram mitos que se configuram como visões de mundo, necessárias para inserir o homem na realidade, para buscar e dar sentido à existência. São linguagens que estas estruturas subjetivas e seus conteúdos

também afetivos e impregnados de emoções que nos falam do homem e da sua busca, carregam verdades que anunciam o sentido da vida e dos caminhos que o homem precisa trilhar para realizar seu destino. As patologias são os meios através dos quais os mitos penetram em nossas vidas e tornam-se concretos (Alfaro, 1993, p.16-20).

Continuando a viagem através da literatura, encontrei dados bem interessantes sobre o alcoolismo. Alguns deles, extra-oficiais, estimam que cerca de 98 milhões de pessoas no Brasil consomem álcool, e que cerca de dez milhões estão em algum estágio do alcoolismo. O uso do álcool faz parte da nossa cultura, estando presente em muitos momentos da nossa vida social, cultural e espiritual. A bebida é fonte de alegria e de dor.

O álcool já existe há mais de dez mil anos, bem como o alcoolismo, que hoje se constitui num dos maiores problemas de saúde pública no mundo de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “e uma das maiores causas de morte clínica em muitos países” (Alfaro, 1993, p.21).

Afeta tanto o usuário da droga, quanto aqueles que convivem com ele, nas suas relações familiares e sociais de modo em geral, incluindo-se as relações de trabalho.

Estima-se que 5 a 10% da população adulta, é dependente do álcool e que o alcoolismo é responsável por 70% dos acidentes de trânsito fatais, como também é de 60% das ocorrências policiais (PRAD, 1994).

Por ser o álcool uma droga lícita, seu uso é mais difundido, especialmente entre os trabalhadores. Na empresa onde desenvolvemos nosso trabalho, o número de dependentes do álcool é bem superior ao de outras drogas, razão pela qual, abordarei mais sobre o tema alcoolismo.

Bastos, citado por Alfaro (1993), define alcoolismo como “uma patologia da liberdade em face do álcool, ou seja, a perda da capacidade de abster-se ou deter-se uma vez iniciada a libação alcoólica”.

Alcoólicos Anônimos (AA) definem alcoolismo como “uma doença progressiva, fatal e incurável” (Alfaro, 1993, p.24).

Twerki (1991) citado por Alfaro (1993, p.24), afirma que “quando qualquer função normal se torna dependente do álcool, não importando a quantidade

consumida – comer, dormir, socializar-se, ter relações sexuais – são funções normais. Quando qualquer uma destas funções ou mais de uma se torna dependente do consumo do álcool para a sua execução, pode-se dizer que existe alcoolismo” (Alfaro, 1993, p.24).

A busca de causas para explicar o aparecimento do alcoolismo passou por varias fases, até os dias atuais, onde considera-se o alcoolismo como uma doença multicausal.

A literatura nos mostra várias formas de abordagens, tentando descobrir as causas que desencadeiam o processo de situação de doença, buscando as melhores alternativas de tratamento.

Até bem pouco tempo, salientava-se a importância dos fatores biológicos de adicção, onde presumia-se que o adicto<sup>2</sup> não pode controlar voluntariamente seu comportamento de consumo da droga, devido à influência de forças psicológicas internas, tais como “fissuras” ou “premências irresistíveis” (Marlatt, Gordon, 1993, p.5-15).

Outro modelo descrito por esses autores é o “moral”, que atribui a falhas morais a dificuldade de controle frente aos impulsos de beber (Marlatt, Gordon, 1993, p.5-15).

Após o fracasso da abordagem moral, surge o modelo de doença que entende que “os comportamentos adictivos estão baseados em uma dependência física subjacente e a atenção é focalizada sobre os fatores fisiológicos predisponentes, que se presume ser geneticamente transmitidos como a causa subjacente da adicção” (Marlatt, Gordon, 1993 p. 5-15).

Uma das conseqüências do uso do álcool é a incompatibilidade com a realização de determinadas tarefas que permeiam o dia-a-dia, que implicam integridade de reflexos e perfeita coordenação motora.

A empresa como um dos contextos do trabalhador, também sofre os reflexos da problemática das drogas. Esses reflexos são identificados no acompanhamento realizado pelos profissionais de saúde ocupacional, quando da

---

<sup>2</sup> Adicto: “Alguém que não consegue controlar seu comportamento adictivo” (Marlatt, Gordon, 1993, p.5).

realização dos exames de saúde, periódicos, da análise dos índices de absenteísmo, dos acidentes de trabalho e do próprio processo de trabalho.

No histórico de trabalhadores dependentes químicos há uma incidência maior de faltas, principalmente nas segundas e sextas-feiras, aparecimento de doenças decorrentes do uso das drogas, alterações nos exames laboratoriais e no exame físico, redução da capacidade produtiva, conflitos com colegas e maior propensão para se acidentarem.

Outra característica importante da dependência química, são as recaídas que acontecem com esses trabalhadores, mesmo já tendo sido submetidos a diversos tipos de tratamentos.

Segundo Marlatt & Gordon (1993, p.6) a doença alcoolismo “está presumivelmente latente mesmo antes de o alcoólico tomar a primeira dose (devido à predisposição genética) e permanece ativo (embora temporariamente em remissão) , sendo portanto, caracterizado por recaídas crônicas. A recaída é o resultado mais comum para o tratamento do alcoolismo”.

São muitas as dificuldades em relação ao tratamento do alcoolismo, e os índices de recuperação muito pequenos em comparação com as recaídas.

Mansur (1991, p.45) refere que a abstinência após tratamento está em torno de 20 a 30% em seis meses, 10% em dois anos e que poucos programas atingem 35% em dois anos.

As estatísticas mostram que a maior parte dos clientes submetidos a tratamento retornam aos hábitos alcoólicos antigos. Junto com o retorno a esses hábitos reaparecem os problemas decorrentes da situação de doença, como a queda na produtividade, maior propensão a acidentes do trabalho, aumentando a incidência de ausências ao trabalho, citadas anteriormente, bem como, conflitos familiares, interferindo diretamente na qualidade de vida desses trabalhadores, incluindo o processo crescente de diminuição da auto-crítica.

Assim, a partir do que encontrei na literatura e do que observei, senti a necessidade de desenvolver um trabalho de prevenção das recaídas com esses trabalhadores, pois os tratamentos a que tinham sido submetidos representavam apenas o início da caminhada. Era preciso estimulá-los a continuar o processo de mudança de estilo de vida, diferente do que vinham praticando até então.



Ao vivenciar a realidade junto desses trabalhadores, ao lidar com as angústias, com o sofrimento e com as repercussões na vida de um ser humano que vivencia uma situação de dependência química, é que compreendi a importância de desenvolver um trabalho com essas pessoas, e que possibilitasse a prevenção das recaídas. Mas, ainda me perguntava, qual seria a proposta metodológica de enfermagem que poderia desenvolver junto à equipe de saúde da empresa para fazer um trabalho que resultasse na manutenção dos trabalhadores longe de situações de dependência química? Qual seria o marco referencial de enfermagem que daria conta da diversidade do ser humano?

A complexidade do tema escolhido fez com que eu buscasse um referencial que permitisse ampliar o olhar sobre a realidade, tentando aproximar ao máximo da diversidade e complexidade desses seres humanos, nas suas interações com os outros e consigo mesmo, nos seus diversos contextos. Aliada a essa ideia pretendia desenvolver processo de cuidar em grupo e no próprio ambiente da empresa, já que tinha conhecimento através da própria literatura, dos resultados satisfatórios dos trabalhos de grupo.

Nessa viagem através da literatura, reforçei as convicções de desenvolver um trabalho de grupo com os trabalhadores, em autores como Mansur (1991), Zaleski (1996), Vigotsky & Wallon (1995). Na concepção de Vigotsky, citado por Haviaras et al. (1996, p.6), "o ser humano constitui-se enquanto tal na sua relação com o outro social e só se desenvolve no interior de um grupo cultural".

Para Wallon, citado por Haviaras et al. (1996) "a identidade do sujeito é produto das relações com os outros. Neste sentido, todo indivíduo está povoado de outros grupos internos na sua história".

Mansur (1991, p.46) nos mostra a importância dos grupos quando diz que "a ideia de se identificar com um grupo, de ter um lugar, de ser ouvido, é obviamente uma coisa muito boa para quem em função da dependência, perdeu ou está perdendo família e/ou amigos".

Zaleski (1996) em uma de suas palestras no programa desenvolvido na empresa abordou que "a associação de apoio profissional e de grupos de auto-ajuda é a alternativa mais eficaz para a reinserção de dependente químico a uma vida sem substância psicoativa".

A experiência de Alcoólicos Anônimos (AA) também nos mostra a importância dos trabalhos de grupo.

O AA foi fundado em 1935, nos Estados Unidos, na cidade de Akron, Ohio, durante uma conversa entre um corretor da Bolsa de Nova York (Bill) e um médico de Akron (Bob). Nesse encontro o corretor contou ao médico que numa conversa com um amigo também alcoólico, este lhe falava sobre ter-se recuperado do alcoolismo através da religião, o que fez com que Bill passasse a acreditar em um poder superior a ele, entregando-se ao tratamento, reconhecendo a existência de Deus.

Segundo seu relato, teria passado por uma “experiência espiritual”, reconhecendo seus erros e passando a experimentar fortes sentimentos de triunfo, paz e serenidade. A partir dessa experiência, decidiu dedicar-se à recuperação de outros dependentes.

Ele percebeu que ao falar para outros dependentes, se sentia revitalizado, o que o ajudava a manter-se sóbrio. O médico e o corretor fundaram a organização de AA, fundamentada na teoria que “somente um alcoólico poderia ajudar outro alcoólico a recuperar-se, a evitar o primeiro gole, ou seja, a ajuda mútua conforme os doze passos de AA (Anexo 2). Descobriram que um ex-bebedor desenvolve habilidades para lidar com dependentes na ativa, principalmente por sentirem mais confiança e por falarem a mesma linguagem.

A partir daí foram-se criando vários grupos de AA em todo o mundo.

AA definem o dependente como “aquele que tem problemas com a bebida, sejam eles econômicos, familiares, transtornos de conduta, acidentes”.

A experiência de vida tem me mostrado que conviver com grupos de pessoas que vivem situações parecidas com as nossas, ajuda-nos a compreendermos nossos próprios processos, a crescermos mais e é muito enriquecedora.

Restava agora a escolha do referencial de enfermagem!

No decorrer da construção de meu arcabouço teórico-prático, nesses anos de profissão, já havia tido a oportunidade de ler e conhecer referenciais com os quais simpatizei. Em um desses referenciais, percebi nos conceitos gerais e na forma de abordar a realidade, a preocupação com a integralidade do ser humano.

Considerarei que poderia elaborar, a partir desse referencial, conceitos específicos para esse estudo com trabalhadores dependentes químicos.

Assim, escolhi o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE) de Patrício (1995) para melhor me orientar de forma que permitisse me aproximar da realidade e de compreender o processo de saúde-doença desses trabalhadores.

Saber da importância desse trabalho para os trabalhadores, para a empresa, e para a sociedade, em razão do grande número de pessoas que recaem após tratamento, voltando a sofrer devido aos problemas decorrentes dessa situação, bem como ver nesse referencial a possibilidade de transformar essa realidade, fez com que me sentisse ainda mais motivada a realizar esse estudo.

### 3 MARCO REFERENCIAL DE ENFERMAGEM

Como citado no capítulo anterior, procurei em vários referenciais de enfermagem, aquele que permitisse uma aproximação maior da realidade dos trabalhadores dependentes químicos, vendo-os de uma forma integral.

Escolhi então o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE) de Patrício (1995), tendo como princípio a utilização de seus conceitos gerais para fundamentar a construção dos conceitos específicos, relacionados a situação dos trabalhadores dependentes químicos.

O Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico vem sendo construído desde a década de 80, pela autora, através de atividades de ensino, pesquisa e extensão, especialmente no TRANSCRIAR/UFSC (Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável). Segundo a autora, esse referencial foi elaborado com base em vários autores, a partir de concepções de Leininger e de Gramsci, sobre o Cuidado Cultural e o Ser Humano sociocultural, respectivamente.

O foco central desse referencial é o **ser humano**, na sua unidade e diversidade, na sua totalidade ( individual e coletiva), **em relação recíproca com o meio ambiente** (natural e social): nas suas expectativas individuais e coletivas; seus sentimentos e sua cultura, em seus valores, em suas crenças e práticas de saúde, sua história de vida; nas suas condições de crescimento e

desenvolvimento, e nos seus recursos (em todas as dimensões, inclusive afetivas) para atendimento de suas necessidades de bem viver no mundo.

Neste capítulo apresentaremos algumas idéias que compõem esse Marco Referencial.

### **3.1 Conceitos Gerais do Marco Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico**

Os conceitos<sup>3</sup> do Referencial do CHE que serviram de base para guiar esse estudo são os seguintes: ser humano, ambiente, família, saúde e cultura.

Para Patrício (1995), o conceito de ser humano precisa estar baseado em pressupostos de Gramsci. Para ele, o "homem" deve ser concebido como uma série de relações ativas, um processo, no qual; se a individualidade tem a máxima importância, não é todavia o único elemento a ser considerado. A humanidade que se reflete em cada indivíduo é composta de diversos elementos: 1) o indivíduo; 2) os outros homens; 3) a natureza. O homem não entra em relação com a natureza simplesmente pelo fato de ser ele mesmo natureza, mas ativamente por meio do trabalho e da técnica, e mais: estas relações não são mecânicas. São ativas e conscientes, ou seja, correspondem a um grau maior ou menor de inteligibilidade que delas tenha o homem individual. Daí ser possível dizer que cada um transforma e modifica todo o conjunto de relações do qual ele é ponto central. Para Gramsci, o homem deve ser concebido como um bloco histórico de elementos puramente subjetivos e individuais e de elementos de massa. O homem concebido não isoladamente, mas repleto de possibilidades oferecidas pelos outros homens e pela sociedade das coisas da qual não pode deixar de ter um certo conhecimento. Assim todo homem é filósofo, todo homem é cientista. Possibilidade quer dizer "liberdade". Entretanto, que existam

---

<sup>3</sup> Conceito para a autora é "uma idéia ou um conjunto de idéias organizadas que representam, que dão significado próprio a imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois relaciona-se com outros conceitos. Pode ser modificado continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita aí interagir com o mundo das idéias. Desta forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente, em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico" (Patrício, 1995).

possibilidades objetivas de não se morrer de fome e que, mesmo assim, ainda se morra de fome, é algo importante a ser considerado, diz Gramsci (apud Patrício, 1995).

“O que cada indivíduo pode fazer para modificar é muito pouco, com relação às suas forças. Isto é verdadeiro apenas de um certo ponto já que, segundo Gramsci, o indivíduo pode associar-se com todos os que querem a mesma modificação podendo multiplicar-se para um elevado número de vezes, obtendo uma modificação bem mais radical do que a primeira vista parecia possível” (apud Patrício, 1995).

Gramsci, citando Fuerbach: “o homem é o que ele come”, na medida em que a alimentação é uma das expressões das relações humanas em seu conjunto e que todo o agrupamento social tem uma dimensão fundamental. Mas, considera Gramsci: da mesma maneira é possível dizer que o “homem é seu vestuário”, “o homem é a sua moradia”, o “homem é o seu modo particular de reprodução”, ou seja, a sua família, já que na alimentação, no vestuário, na casa, na reprodução residem elementos da vida social nos quais, de maneira mais evidente e ampla (isto é, com extensão de massa), manifesta-se o conjunto das relações sociais. O ambiente desse homem, para Gramsci, é o conjunto de relações de que o indivíduo faz parte. Essas relações não são simples. Algumas são necessárias, outras voluntárias. Ter consciência mais ou menos profunda delas (conhecer mais ou menos o modo pelo qual elas podem se modificar) já as modifica. Nesse sentido, conhecimento é poder. É preciso conhecer o conjunto das relações não apenas num dado momento, em um dado sistema, mas em seu movimento de formação já que todo o indivíduo é não somente a síntese das relações existentes mas também a história dessas relações (Gramsci, 1987, p. 39-47, apud Patrício, 1995, p.46).

O “homem” – ser humano – é um ser animal. É um ser biológico. Está concretamente no mundo através de um corpo de macho ou de fêmea (homem ou mulher) que representa suas particularidades individuais e coletivas, concebidas através da história. Esse corpo, matéria-prima do gênero humano, gerado por homem e mulher, inicia seu processo de transformação no útero da mulher – seu primeiro ambiente – transformando-se pela relação indireta com o contexto

natural e social do mundo, a partir do corpo dessa mulher, da cultura e das possibilidades que esta venha a ter, ou seja, a partir das interações dessa mulher com o mundo natural e social. Lá ele está construindo um **ser cultural-social**.

Esse ser, quando vem ao mundo, vem com possibilidades de ser, estar, fazer e ter, necessitando, especialmente no início, infância e adolescência, da mediação dos adultos para crescer, desenvolver e transcender.

Esse corpo, esse ser, desde seu nascimento se expressa no mundo pelos seus desejos, necessidades, buscas, criações, satisfações, produções, dores e prazeres. Torna-se em nível crescente de complexidade um **ser cultural-social e espiritual**, através das interações que vai fazendo no processo de viver. É racional e sentimental, através da utilização dos seus dois hemisférios cerebrais, em graus variados conforme tenha sido estimulado em suas relações com os outros seres. Sendo assim, elabora significados a partir de seu contexto, de sua visão de mundo. Nesse processo se dá a construção de sua consciência, individual e coletiva. Suas atitudes éticas e estéticas na vida. É esta consciência e outras possibilidades, incluindo aquelas do inconsciente coletivo, que irão guiar seus caminhos no processo de viver.

Seu processo de evolução – transformação – se dá de acordo com sua cultura, sexo, classe social e características biológicas integrando ou não uma família. Executa cuidados se saúde, individuais e grupais, durante todo o processo de viver, compreendidos dentro de crenças, valores e práticas originadas em seu ambiente através de sua história de vida (Patrício, 1995).

**Ambiente** é o contexto, o espaço, micro e macro onde o ser humano vive. É a natureza física, energética (natural ou já modificada pela cultura-ação), representada pela terra, o sol, a lua, o ar, a água, pelos seres vegetais, minerais e animais... Sendo assim, o homem também é natureza em sua essência. O ambiente também é o meio sócio-cultural e energético-afetivo-espiritual, e tudo o que ele envolve. É representado por micros contextos (família, escola, trabalho, lazer, religião, comunidade ...) dinâmicos e inter-relacionados, influenciando-se e influenciando o ambiente maior, representado pelo país, continente, mundo, universo. Esse ambiente torna-se recurso quando oferece ao ser humano as

possibilidades – incluindo os direitos – de ele desenvolver suas potencialidades de criar, buscar, desenvolver e manter os componentes desse ambiente, incluindo os tecnológicos, econômicos, educacionais, legais, religiosos e de cuidados de saúde, populares e profissionais. Enfim, todas as dimensões de seu espaço que são essenciais à sua **qualidade de vida para viver saudável**.

É esse ambiente que proporciona possibilidades de ser feliz, ter prazeres, primitivos ou culturais, incluindo os momentos de “respiradouros” no cotidiano do trabalho e da vida familiar, por exemplo.

O ser humano é considerado um **ser livre**, mas também um **ser limitado**, em razão do seu caráter social. Geralmente, em nossa sociedade, em nossa cultura, o primeiro contexto social no qual o ser humano se insere é a Família (Patrício, 1995).

**Cultura** é um processo permanente pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações, cuja dinamicidade ocorre a partir das reorganizações das representações da prática social. Envolve crenças, valores, normas e práticas de vida. Apesar dessa dinamicidade, alguns padrões de vida não se modificam, tornando-se característica dominante do indivíduo ou grupo (Patrício, 1990, p.69).

A **Família** é um dos contextos do ser humano. É caracterizada como um conjunto interpessoal-cultural, formado por seres humanos que interagem por diferentes motivos, tais como afetividade e reprodução, ou mesmo por necessidade de convívio coletivo por outras razões. Geralmente é concebida num processo histórico de gerações. Essas interações podem, ou não, ocorrer constantemente num mesmo ambiente físico. A questão é que o conceito de família é relativo, subjetivo. A imagem, a sensação de ter, de ser, de pertencer ou de estar em família é o ser humano que estabelece.

A família é uma relação social dinâmica. Durante todo o seu processo de vida, assume formas, tarefas e sentidos a partir de um sistema de crenças, valores e práticas, estruturados na cultura das gerações que incorpora e na classe social a qual pertence. Assim como o ser humano, indivíduo, a família, enquanto



unidade, reage às influências do ambiente em que vive, podendo ao longo dos anos se reestruturar.

A família é uma unidade que necessita cuidados de saúde, mas também é uma unidade prestadora de cuidados de saúde, dentro de padrões sócio-culturais próprios, sem se perder de vista a individualidade de cada um de seus membros (Patrício, 1990).

Enquanto um contexto físico, sócio-cultural, espiritual, energético e afetivo, a família tanto pode ser um **recurso (possibilidade)** para o crescimento e desenvolvimento saudável de seus membros, como também pode ser uma **limitação** nesse processo, quando impõe normas e tarefas que não façam parte do sistema de valores dos seus membros, ou para as quais estes ainda não estejam preparados; quando limita a liberdade a ponto de oprimir as pessoas; quando não fornece recursos, incluindo o cuidado, para o atendimento das necessidades e expectativas para um desenvolvimento saudável (Patrício, 1990).

O ser humano, enquanto pessoa-cidadão, pode ter todas as possibilidades, ou capacidades de desenvolvê-las, mas é limitado na relação com o mundo, em especial, quando está inserido numa família ou numa cultura que não lhe permita se desenvolver e, principalmente, transcender. No entanto, o ser humano é livre para pensar e é capaz de desenvolver sua liberdade de agir, de buscar, criar e manter recursos para atender suas necessidades de sobrevivência e de transcendência. Suas ações geram uma cultura que orienta novas ações, transformando a si próprio e provocando transformações em outros seres, incluindo limitações a si próprio, à natureza e aos outros seres humanos (Patrício, 1990, 1995).

Um dia esse ser passa a ter consciência que "Eu sou meu Corpo" e que "Ele sou Eu". Passa a refletir que tudo o que faz com o corpo, a partir de suas necessidades, desejos, metas, está fazendo com ele mesmo; que tudo o que faz com o corpo reflete em seu viver. E mais, passa a ter consciência que ele, o corpo, mostra todos os seus signos e que reflete todo o seu viver, de mais dor ou de mais **prazer e felicidade** - o corpo fala (Patrício, 1991, 1995).

**As necessidades do ser humano** são eventos essenciais à vida e ao bem-viver, incluindo o morrer; promovem a reprodução da espécie, o crescimento e desenvolvimento do indivíduo como ser singular e social (coletivo). As necessidades têm caráter dinâmico no processo de viver; possuem dimensão física (natureza, transformada ou não), sócio-cultural, biológica, espiritual, afetiva... Dentre essas necessidades estão a felicidade e o prazer em diversas dimensões, desde as primitivas às culturais; o cuidado do corpo e do ambiente que se integram para a qualidade de vida do ser humano e do planeta. O sentido das necessidades está condicionado à visão de mundo do homem, às suas crenças, valores, suas práticas, seus desejos, expectativas e metas, como ser singular e social, em cada momento da vida e aos recursos disponíveis (Patrício, 1990).

**Os recursos do ser humano** são fatores fundamentais para o atendimento de suas necessidades como ser singular e social. São suas **possibilidades concretas e em potencial**. Esses fatores fazem parte de sua constituição histórica e da natureza. São provenientes de sua hereditariedade, de sua cultura, da qualidade de seu processo de crescimento e desenvolvimento e da sua visão de mundo e postura ao longo da vida. Essa postura inclui o pensar criticamente e o adotar atitudes para transformação de limitações em possibilidades de bem-viver. Os recursos, enfim, dependem dos estímulos que recebe e de sua consciência frente à vida particular e coletiva, incluindo a sociedade e toda a vida do planeta; das condições do ambiente micro e macro em que vive. É a visão ecológica (Patrício, 1995).

São recursos do ser humano, enquanto pessoa e cidadão do mundo e do Estado: ele próprio, consciência, liberdade, energia, criatividade, processos biológicos – seu espírito, seu corpo-mente – suas potencialidades, necessidades motivadoras, expectativas, seus valores, desejos e objetivos de vida, suas crenças e práticas, inclusive de responsabilidades (deveres); motivação para viver, para ser, para criar; para fazer; determinação para lutar por crenças, por valores e direitos; conhecimentos, incluindo de direitos e deveres (cidadania); trabalho; produção de bens de sobrevivência e de transcendência; capacidade de

amar e compartilhar, de reproduzir-se; ser feliz, ter prazer, incluindo a sexualidade, possibilidades de desenvolver reflexão crítica de seu processo de viver, incluindo as culturais, ética e estética de viver individual-coletivo; receptividade para estímulos, solidariedade, participação política, visão ecológica, cuidado individual-coletivo.

Esses recursos são desenvolvidos na interação com os recursos coletivos, seu contexto: a rede social com seus pares, sua família, sua comunidade, sua sociedade; sua história, o momento histórico no contexto físico e sócio-cultural em que desenvolve seu processo de viver; cotidiano que lhe dê condições de lazer, de trabalho, presença de lideranças interessadas na qualidade de vida, cuidados de saúde profissionais/populares, recursos econômicos para sobrevivência e recursos para desenvolver capacidades para buscar recursos econômicos para outras necessidades/valores, habitação, solidariedade, desafios, estímulos, amor, educação formal e informal, cultura(s), (crenças, valores, práticas, incluindo ritos, normas, conhecimentos), associação de bairro, de classe, de grupos e outros pares, Constituição Federal e ambiente natural: fauna, flora, sol, lua, água, terra, ar...

Enfim, os recursos se traduzem em "possibilidades" do ser humano no seu processo de viver, ou seja, no seu processo de transformação contínua, incluindo as situações de saúde-doença que necessitam de cuidados de prevenção de limitações e agravos de saúde integral, de promoção ou recuperação do bem-viver.

**Saúde** é um conceito subjetivo, desenvolvido pelo sujeito a partir de suas representações construídas no social. Compreendo que ter saúde é ter possibilidades (recursos) de buscar-manter-recompôr seu bem-viver através de componentes éticos e estéticos, incluindo o modo como o ser humano interage com a natureza e com os seus semelhantes: o **homem ecológico**.

O **processo de viver saudável** do ser humano está relacionado à sua interação com ele mesmo, na sua totalidade-unicidade, com a diversidade e complexidade do universo. A saúde nesse olhar holístico, multidimensional, está relacionada à sua qualidade de vida, ou seja, as diversas possibilidades de ser feliz e ter prazer durante todo o processo de viver individual-coletivo.

“Estar” ou “ser” doente, para o ser humano, é sentir dificuldades (limitações) para atender necessidades e expectativas de bem-viver, ou mesmo apenas viver. Esses momentos do processo de viver são denominados “Situações de Saúde-Doença”. Reportam momentos de busca de superação de condições de mal-viver, envolvidas na multidimensionalidade da vida. Essas situações são expressadas verbalmente ou não-verbalmente, através de queixas e sinais no corpo e em atitudes interacionais com o ambiente (Patrício, 1995).

Essas concepções precisam, também, ser consideradas ao se pensar o conceito "Enfermeira(o)", sozinha(o) ou em interação com outros profissionais, pois essa (esse) é o **ser humano** na profissão do cuidado, do cultivar a vida.

### 3.2 O Processo de Enfermagem segundo o Referencial do CHE

Segundo a autora, **Cuidar é "cultivar a vida"**. Cuidar é desenvolver ações de promoção da vida e tratamento de limitações do bem-viver dos seres humanos em harmonia com a natureza; um processo de educação para a vida saudável, incluindo a garantia da democracia, em todos os seus sentidos, políticos e afetivos (Patrício, 1995).

O **Cuidado** refere-se às atividades, aos processos e às decisões diretas e indiretas – o que vale dizer que **administrar** serviços de enfermagem também é cuidar, ao menos o é em finalidade – , dirigidos ao indivíduo, à família, ao grupo ou à comunidade em situações de saúde-doença evidentes ou antecipadas, que **promovam, mantenham ou recuperem o seu bem-viver** (saúde). Constitui-se em "necessidade" e "recurso" do ser humano (Patrício, 1990).

Atos de cuidar representam a **mediação** no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável, ajudam a viver na saúde e na doença, protegem as pessoas e a natureza, auxiliam a pessoa a nascer e a ser, a desenvolver-transcender, a reproduzir, a criar/transformar, a morrer dignamente (Patrício, 1995).

Atos de cuidar colaboram na redução de estresse e na gestão de conflitos de forma mais saudável. **Aceitar essa idéia é conceber o cuidado como provedor de prazer e de momentos de felicidade, ou eliminador de desprazer, de insatisfações.**

O cuidado de enfermagem se diferencia do cuidado dos demais profissionais por essa dimensão integral de cuidar da vida nas "Situações de Saúde-Doença".

O profissional da enfermagem desenvolve os cuidados através de método próprio, denominado **processo de enfermagem**, com auxílio de uma equipe de trabalhadores de enfermagem, geralmente apoiado também por trabalhadores de outras áreas de conhecimento.

Neste Referencial, Processo de Enfermagem significa **Processo de Cuidar**. Este se caracteriza por **interações** entre o trabalhador de enfermagem e o cliente (indivíduo, família, outros grupos sociais e comunidade).

Essa **interação** com o outro acontece nos **encontros**, através de comunicação verbal e não-verbal e de ações físicas que fazem a mediação no processo de transformação das necessidades de saúde do ser humano com participação ativa deste. Para tanto, **incorpora conhecimentos e saberes, oriundos de diferentes culturas, sentimentos e energia do cuidador e daquele que é cuidado, juntamente com o ambiente.**

A seguir, estão os componentes do **Processo de Cuidar** (Cuidar-Cuidado) que operacionalizam essas interações. Esses componentes têm origem, apoiados em Leininger, em diversos estudos na literatura citado por Patrício (1988) e, em especial, na práxis com a população durante esses últimos anos. A composição desse constructo é flexível e dinâmica; está continuamente aberta para substituição ou incorporação de outros componentes. Representa **objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto** que respondem: "Para que cuidar?", "Quais cuidados?" e "Como cuidar?"

Dialogar, refletir, meditar com, trocar idéias, energias, experiências, promover conhecimentos, esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; criar, educar, desenvolver potencialidades, confortar, tocar (diferente de manuseio),

prevenir; agir para, adotar atitudes com relação a, fazer por, fazer com, ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência, ser empático, autêntico, sincero, observar, analisar, comparar, validar, expressar, manter (preservar), acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar, propor e negociar modos de cuidar, planejar, organizar com, coordenar; estar aberto à outra pessoa, dispensar atenção, demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade, ouvir atentamente (escutar), preocupar-se com o outro, empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza, compreender, calar, tolerar, amar, valorizar, colocar limites, estar presente, comparecer, assumir responsabilidade, compromisso, respeitar, não condenar, aceitar, desafiar, estimular, lutar com, desenvolver capacidade de reflexão crítica sobre crenças, valores e práticas (pensar criticamente), proteger, socorrer, supervisionar - vigiar (segurança com liberdade), executar ações físico-técnicas, como curativos, higiene corporal, massagens e relaxamento, aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer; aceitar expressões de sentimentos negativos, preservar a individualidade e a integridade do outro e de si próprio, demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres, executar medidas de promoção, tratamento e reabilitação, desenvolver afetividade-compromisso entre pares, considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; ter comportamento altruísta somente em caso de emergência, visando sempre resultado positivo também para o cuidador; auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela própria existência e existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo,

em busca de transformação de limitações para bem-viver; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de forma ética e estética; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativa e politicamente consciente nas decisões que envolvem seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; cuidar, baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e práticas culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; focalizar os recursos e limitações, individuais-coletivos de bem-viver (qualidade de vida); focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente; e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas (Patrício, 1990, 1993, 1995, p. 56).

**Esse processo de interação** entre seres humanos se dá através da **troca de energia e de universos culturais**, fundamentado na realidade de idéias e de emoções e na concretude do corpo em relação com o ambiente. Representa, além de atos e técnicas diretas ao corpo do indivíduo, com todas as suas particularidades concretas, um processo dialógico que o tem ajudado no desenvolvimento de sua consciência individual-coletiva, no sentido de repensar suas crenças, valores e práticas em saúde, incluindo a de cidadania, de direito e de dever.

As necessidades de cuidado podem ser geradas não apenas por consciência e/ou valor do cliente, mas também do profissional, quando em situações de inconsciência, distúrbio mental, imaturidade, e outras dificuldades e limitações do ser humano no seu processo de viver.

Há momentos em que os trabalhadores da enfermagem, enquanto profissionais, cuidam sozinhos do outro ser humano, mas há momentos em que necessitam de profissionais de outras disciplinas, inclusive de especialistas, integrando a família, a comunidade e outros.

Sabendo que as necessidades de cuidados podem ser atendidas de duas formas – pelo próprio ser humano e pelos outros seres humanos dentro de um contexto popular de saúde, como na família e em outros grupos sociais, e pelo

enfermeiro, enquanto integrante de um contexto profissional de saúde – precisamos entender que os indivíduos se cuidam, individual e também coletivamente. Neste aspecto, ao trabalharmos com famílias e outros grupos, precisamos percebê-los enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde popular e, também, enquanto unidade recebedora de cuidados de saúde, popular e profissional (Patrício, 1990).

Inserir-se nessa visão, as limitações que um ser humano pode estar causando na natureza ou diretamente ao seu semelhante, tanto por agressão cultural quanto física-emocional, incluindo a energética. Este é um princípio coletivo de todo o cuidado.

Essas interações, tanto para cuidar quanto para pesquisar, são mais efetivas quando desenvolvidas em **trabalho de campo**, na comunidade (domicílios, escola, logradouros e outros locais) e em instituições, empresas, ambulatórios, através de diferentes técnicas de comunicação, verbais e não-verbais, **individuais ou grupais**, como: Observação Participante com ou sem entrevista; Entrevistas Semi-Estruturadas; Entrevistas com enfoque nas técnicas de "História de Vida: Alegria-Tristeza", "Relato do Cotidiano da Vida" e nos "Encontros Face-a-Face", conforme rotina de Consulta de Enfermagem; "Estratégias para Visita Domiciliar; "Exercícios para Autoconhecimento".

Os momentos do processo de cuidar são fundamentados em princípios da pesquisa participante. Representa um processo dialético de momentos dinâmicos, flexíveis a partir da realidade, num processo contínuo de agir-refletir-agir, sendo considerado uma abordagem construtivista, sócio-interacionista, nas ações de saúde (Patrício, 1995).

Na linguagem dos projetos do Núcleo TRANSCRIAR (UFSC), que se utilizam deste referencial, seriam momentos de **entrar, ficar e sair** do campo, entendendo campo enquanto ambiente onde se dão as interações, ou seja, é o espaço geográfico, cultural, intelectual, afetivo.

**O primeiro momento de interação (entrando no campo)**, se caracteriza por atitudes de aproximação com os sujeitos. É uma forma de "namoro". Através dele nos fazemos conhecer, colocamos nossas necessidades, expectativas,



apresentamos a proposta de trabalho, solicitamos sua participação e combinamos detalhes de nosso encontro, ou nossos encontros futuros, se for o caso. Nesse momento, e sempre que necessário, se explicam os objetivos e os princípios relacionados aos aspectos éticos do cuidado.

**No segundo momento de interação (ficando no campo)**, iniciam-se ou não os diálogos a partir da explicitação do tema e do método.

Sua duração é variável e depende das circunstâncias, da situação vivida pelo sujeito. É quando inicia-se o trabalho propriamente dito.

**No terceiro momento de interação (ficando no campo)**, desenvolvem-se as técnicas que subsidiarão o conhecimento e compreensão da realidade. Esse momento pode vir ou não acompanhado de intervenção (cuidados), relacionada à concretude do corpo e/ou a diálogo reflexivo, conforme o referencial. É neste momento, em especial, que utilizamos técnicas de comunicação, verbais e não-verbais, individuais ou grupais, tais como: observação participante, entrevistas semi-estruturadas, entrevistas com enfoque nas técnicas de "História de Vida: Alegria e Tristeza", "Relato do Cotidiano da Vida" e nos encontros "Face a Face", conforme rotina da consulta de Enfermagem, realização de visita domiciliar, exercícios para auto conhecimento.

**O quarto momento de interação (saindo do campo)** depende do processo anterior. Pode representar apenas despedidas e agradecimentos pela participação no estudo, mas também, no momento de reflexão conjunta ou mesmo até, se necessário, uma atividade terapêutica individual ou grupal ou ainda um momento de negociação para um novo encontro (Patrício, 1995).

Estes momentos de interação são dinâmicos e ocorrem a cada encontro, ou seja, a cada encontro há o **entrar, ficar e sair**.

Nessas interações desenvolvem-se, conforme necessidade, técnicas de educação e de terapias corporais, individuais e em grupo, como: o pensar, o refletir criticamente através do diálogo, massagens de conforto, Do-In, Shiatsu, Reflexologia, Relaxamento, Imposição de mãos; além de outras técnicas utilizadas nas "Oficinas de Saúde", "Oficinas de Recriação de Referenciais para

Trabalho em Grupo” e “Oficinas de Construção de Processo de Trabalho”, conforme o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (Patrício, 1995).

A técnica de **Oficina** representa um processo de transformações produzido pelo próprio sujeito, através de atividades artísticas de diferentes tipos, com a nossa mediação. A observação participante com entrevista, geralmente reflexiva, acompanha esse processo, durante ou depois do desenvolvimento da atividade. Muitas vezes a história de vida emerge dessas atividades. Esse processo pode ser caracterizado como "um conjunto de expressões envolvendo cognitivo e afetivo, com ou sem estado alterado de consciência. Um conjunto de representações, de crenças, valores, práticas, expectativas, paixões, prazer, desilusões e tragédias, numa dinâmica de movimentos corporais expressando resistências, entrega, revisão de significados e de reconsiderações. Podem ser momentos de grande catarse" (Patrício, 1995, p. 58).

As técnicas são adaptadas às circunstâncias, ao contexto, ao processo de interação – ao momento transpessoal e transcultural – que se dá entre profissional-população, ambos sujeitos do processo. A construção se dá pelas interações, envolvendo encadeamento de idéias, observação, sentimentos, interpretação, reflexão profunda e crítica, calcados em princípios científicos, éticos e estéticos da vida. É um processo de re-construção envolvendo **razão e sensibilidade** (Patrício, 1995).

Em algumas oportunidades, o cliente – o ser humano – é auxiliado a identificar situações, ou mesmo a despertar para outras "verdades". São momentos que por si só representam cuidado. É a "mexida" na consciência, é o levar a refletir, a "pensar criticamente" sobre suas questões de vida; suas interações e co-participação na dinâmica do cotidiano e do contexto macro. Por exemplo, em situações que envolvem preconceitos e questões de consciência holístico-ecológica em suas relações com a natureza e com outros seres, como nas questões sociais do negro, do pobre, da criança e da mulher no Brasil, vivenciadas em grande número de famílias das quais cuidamos, ou até nas questões do lixo ambiental do cotidiano (Patrício, 1995).

Nesse modo de pesquisar-cuidando, ou vice-versa, o próprio processo já desenvolve possibilidades de transformação da realidade em razão do enfoque

educativo que o envolve. Haja vista que durante o diálogo já é possível estarmos interferindo na consciência humana, mesmo que o resultado objetivado somente seja percebido mais tarde.

No processo, considera-se, antes de mais nada, as **expectativas**, os **desejos**, dos indivíduos naquele momento. Posteriormente, vamos para o conhecimento gradativo de sua **história de vida**, de suas **crenças e práticas**, seus **valores**, **sentimentos**, **conhecimentos** relacionadas a saúde; de seus **recursos** (possibilidades), concretos e em potencial, para viver saudável; seus **sinais e sintomas**, suas **queixas e necessidades** pessoais e coletivas que **compõe sua qualidade de vida** (Patrício, 1995).

Considera também nesse processo todos os elementos que compõem o ambiente, incluindo os recursos (possibilidades) que o próprio profissional dispõe, ou necessita buscar para desenvolver o trabalho. Nesses recursos estão, também, profissionais de outras disciplinas e a própria sociedade.

Diante desse conhecimento passa-se para a compreensão das situações “Saúde-Doença”, identificando-se as **possibilidades e limitações** de viver saudável.

Nesse processo é valorizado, em especial, conhecer e compreender as trocas cultural-afetivas do indivíduo em seu cotidiano, espontâneas e impostas, que se dão pelas suas relações sociais, incluindo aquelas com profissionais. São valorizados os padrões culturais que entram no processo de viver dos indivíduos passivamente pelos meios de comunicação, em especial pela televisão, e o efeito destes em seu bem-viver. Essa visão passa pela compreensão do ser humano em múltiplas e contínuas interações, propositais, conscientes ou não. Inclui, também, a relação da vida com o momento histórico macro em que se dão as interações. Prioriza conhecer e compreender as interações que se dão no cotidiano do domicílio, da vizinhança, da escola, do trabalho, do lazer e dos logradouros – no micro contexto (Patrício, 1995).

Esse processo é denominado de **Educação Holístico-Ecológica**, ocorre através do diálogo voltado à compreensão dos significados e modos de viver, da conscientização das situações de vida, de reflexão de limitações e possibilidades

(recursos) do indivíduo-coletivo de viver saudável nas suas múltiplas dimensões. É objetivado através da interação cliente-profissional, tendo como base os componentes do cuidado. Promove momentos de "troca de saberes", "de valores", caracterizando-se como um processo de "mexida na consciência" através do "pensar criticamente". É uma postura ética, determinando uma interação educativa de dupla sintonia, que favorece a troca de universos culturais, gerando transformações também no profissional (Patrício, 1990; 1993). E aqui se sobressaem as **interações transculturais** (Patrício, 1995).

Permeia todo esse processo, além dos componentes de cuidar que representam troca de universos culturais, componentes de cuidar que determinam um processo de troca de **energias-sentimentos**, simplesmente através do "estar junto com", de "estar ligado em" e do "tocar" (diferente de "manuseio"). Isso se dá através dos componentes que representam execução de técnicas corporais e daqueles caracterizados dentro da dimensão humanística, de afetividade, como o amor, a **compaixão** (diferente de piedade), o respeito e a solidariedade.

Essa postura torna possível o engajamento do profissional nas questões do processo de viver e ser saudável dos indivíduos, incluindo aquelas de cidadania (de direito e de dever). É uma postura **ética e estética**, tendo em vista o envolvimento de sentimentos, de valores individuais e coletivos, bem como de questionamentos e preocupações com a forma do momento, do prazer de cuidar e ser cuidado, com a satisfação do profissional e do cliente na participação no processo de cuidar (Patrício, 1995).

Para tanto, é bastante considerado o tipo de ambiente onde se dão essas interações em relação às energias nele presentes e na satisfação que proporciona. Baseada em Bevis (1984), quando diz que o cuidado deve realizar o cuidador também, entende que as interações energéticas e culturais nesse processo de cuidar precisam satisfazer o profissional e o cliente. E aqui se sobressaem as **interações transpessoais** (apud Patrício, 1995).

Sendo assim, o processo de Cuidar Holístico-Ecológico focaliza princípios de saúde coletiva valorizando o individual. Através do diálogo reflexivo de conteúdo cultural e de terapêuticas alternativas de diferentes culturas, parte do

princípio de que corpamente consciente, energizado, pode interagir mais efetivamente – política e energeticamente – no coletivo, inclusive nas questões de cidadania (Patrício, 1992b). Valoriza as questões de amor, de afetividade dos indivíduos e de ambiente como fundamental nas práticas com seu próprio corpo, nas relações com os demais seres humanos e a natureza não cultural (Dychtwald, 1984; Bevis, 1984; apud Patrício, 1995).

O cuidado participativo insere o sujeito nas decisões sobre a sua vida, tendo em vista pressupostos da **bioética** para além de decisões relativas a dilemas de vida-morte, mas aquelas relativas aos significados da sua qualidade de vida e satisfação de viver.

Esse aspecto reporta à questão do valor que se tem dado à dimensão individual, pois é cada indivíduo, na sua subjetividade e unicidade, que forma, que desenvolve o coletivo (Patrício, 1992, 1993, 1995).

Partindo desse pressuposto, diz Patrício (1995), faço minhas as palavras de Haguette (1987, p.17), quando diz que "Àqueles que poderão argumentar que a única ação efetiva é a ação de classe, respondemos que a classe social é, com efeito, uma entidade fundamental na análise da sociedade capitalista, mas que sua ação se inicia nos pequenos grupos, nos sindicatos, nos bairros, nos partidos, ou seja, as decisões são tomadas por indivíduos e grupos que interagem e decidem sobre uma ação comum".

Didaticamente, esses momentos de pesquisar-cuidar são traduzidos por: **Conhecimento da Realidade** (levantamento de dados/identificação); **Compreensão da Realidade** (diagnóstico) através de um processo de análise-reflexão-síntese, pelo qual são identificadas as "Situações de Saúde-Doença" que mostram todo o emaranhado de componentes da vida e suas interconexões e as possibilidades e limitações de bem-viver, incluindo o morrer saudável; **Transformação da Realidade** (plano de ação-avaliação), ou seja, implementação de cuidados mediadores que irão promover a transformação das limitações em possibilidades de bem-viver através da intervenção transcultural e transpessoal (Patrício, 1995).

Todo esse trabalho é registrado em forma de notas de pesquisa segundo Elsen (1988) citado por Patrício (1990), ou em forma de evolução (Patrício et al. 1990), nos respectivos instrumentos.

Na **avaliação do trabalho** com os sujeitos, nem sempre é possível vermos os resultados esperados de imediato. Portanto, a avaliação precisa ser vista **no processo** (Patrício, 1995).

Há situações em que ocorrem transformações imediatas. Percebe-se, através da análise dos registros dos dados e de sentimentos expressados em depoimentos verbais, resultados na qualidade de vida dos indivíduos, o que de certa forma repercute também no profissional, pois é esperado que ambos fiquem satisfeitos. Mas há outras situações nas quais as transformações dependem de tempo para se concretizarem como o esperado. Dependem de **transformações** no ser humano-ambiente, dos seus processos internos em interação com o seus contextos (Patrício, 1990).

Essa forma de conhecer, compreender e intervir na realidade, pode ser caracterizado como um processo de caráter científico, pois desenvolve um método de levantamento, registro e análise de dados através de um conjunto de procedimentos sistematizados e de instrumentos próprios que produzem conhecimentos básicos e aplicados. É **qualitativo**, porquanto caracteriza-se pela sua dinamicidade e não-linearidade: **um processo de ir e vir constante de conhecimento-análise-reflexão-transformação da realidade com os indivíduos** (Patrício, 1990).

Tendo apenas como base os pressupostos básicos do Referencial que o guia, a especificidade desse método, permite que no trajeto se refaçam, se reconstruam os temas, os caminhos e os instrumentos. **Estimula a criatividade dos indivíduos na liberdade de ser e de se fazer expressivo.**

### **3.3 Conceitos Específicos elaborados a partir do Referencial do CHE**

Esses conceitos foram elaborados a partir dos conceitos gerais do Referencial do CHE, referem-se à situação que foi trabalhada nessa pesquisa, com trabalhadores dependentes químicos.

**O SER HUMANO TRABALHADOR** é o ser humano que busca através do trabalho transformar suas possibilidades em recursos para satisfazer suas necessidades de sobreviver e transcender (Haviaras, 1996).

**O SER HUMANO TRABALHADOR EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA (D.Q.)** é o ser humano trabalhador numa situação de saúde–doença que envolve redução da capacidade de trabalho, conflitos sociais (incluindo família e grupo de trabalho) e patologias corporais, sugerindo uma fragmentação do Ser Integral. Possivelmente mantém-se em D.Q. por fatores da sua história de vida e de situações de seu cotidiano. O estigma gerado nesses conflitos tende a aumentar a insatisfação desse sujeito enquanto interações humanas, podendo ser também um fator de manutenção de D.Q.. Necessitam de cuidados energéticos, afetivos e espirituais (Haviaras, 1996).

**O AMBIENTE DE TRABALHO** é o contexto físico social do ser humano trabalhador, onde busca, através do trabalho transformar suas possibilidades em recursos para as suas necessidades de sobreviver e transcender. Esse ambiente de trabalho torna-se um recurso para o ser humano trabalhador, quando oferece possibilidades de satisfazer suas necessidades e evoluir, mas também, esse ambiente, pode gerar situações de D.Q., interferindo negativamente na qualidade de vida desses seres humanos (Haviaras, 1996).

**A ENFERMEIRA** é um ser humano trabalhador, mediador do processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável, através do Processo de Cuidar. Utiliza-se de conhecimentos e recursos disponíveis no “ambiente” e desenvolve aqueles necessários para o aperfeiçoamento do Processo de Cuidar. Usa razão e sensibilidade nas suas interações com o cliente: interage com profissionais de outras disciplinas buscando a transdisciplinaridade. Busca prazer e momentos de felicidade nos atos de cuidar.

Focaliza o Processo de Cuidar no conhecer e compreender a sua realidade e a dos outros seres humanos, ajudando-os a evoluir. Assume uma postura ética e de compromisso com as possibilidades de transformação da profissão e de qualidade de vida da sociedade (Haviaras, 1996).



#### **4 DESENVOLVENDO O PROCESSO DE CUIDAR COM OS TRABALHADORES: Aprendendo a ser-estar com eles**

O Processo de Cuidar foi desenvolvido na sede de uma empresa estatal, localizada na cidade de Florianópolis (SC). É uma empresa de geração de serviços, tem aproximadamente três mil empregados, distribuídos nas demais áreas de atuação da mesma, localizadas em outros estados brasileiros.

Os sujeitos do estudo foram homens e mulheres trabalhadores de diversas profissões, tanto de formação escolar de nível médio quanto superior, inscritos no Programa de Prevenção de Dependência Química dessa empresa.

Os integrantes desse Grupo eram trabalhadores dependentes químicos, com história de tratamento hospitalar e ambulatorial, e que na época se encontravam em recuperação.

Esse trabalho foi desenvolvido de 20.05.97 a 21.07.97, através de encontros cujas atividades foram caracterizadas como Oficinas de Saúde. Foram realizados sete encontros nas segundas-feiras, no horário das 9 às 11:30h.

O local escolhido para esses encontros, foi uma sala de reuniões localizada no prédio central da empresa, onde entendia ser possível desenvolver as mais variadas atividades, com conforto. Sua localização dentro da empresa deveria atender principalmente os requisitos éticos.

Nesse estudo, conforme o Referencial, foram utilizadas técnicas de levantamento de dados de forma a garantir aos mesmos propriedades de pesquisa. Para tanto, utilizei as técnicas da Observação Participante e de Entrevista.

Os dados referentes às atividades desenvolvidas com os trabalhadores foram registrados em **diário de campo**, onde constam as falas dos sujeitos e as notas de reflexões e percepções minhas durante os encontros. Não me senti a vontade para gravar as falas deles, por acreditar que o gravador “quebra” um pouco o clima do trabalho, apesar de reconhecer que perdi muitas das falas que retratavam a riqueza dos momentos com o grupo. Porém, procurei registrar a maioria dos dados que emergiram nas atividades. Em algumas técnicas os próprios trabalhadores registraram sentimentos e idéias em papel que distribuí a cada um deles. Após o registro, selecionei as categorias que apareceram em cada oficina, procedendo a análise dos dados obtidos.

Ao final de cada encontro fazíamos um processo de avaliação onde cada participante dizia como se sentiu durante as atividades de Oficina, nesse momento o grupo também fazia as suas sínteses, percebendo seus processos de descoberta, de mudança e a nova forma de ver a realidade, bem como dos demais integrantes do grupo.

O processo de Cuidar foi desenvolvido a partir do Referencial Teórico, conforme apresentado na descrição do “ Processo de Enfermagem - Processo de Cuidar-Cuidado”, através da dinâmica de seus três momentos a saber: **Entrando, Ficando e Saindo do Campo**, conforme caracterizados no capítulo anterior.

#### **4.1 Entrando no Campo: Primeiros Momentos de Interação na Empresa**

Processo de Enfermagem (Processo de Cuidar) foi desenvolvido com trabalhadores que vivenciaram uma **situação de dependência química**.

Escolhi esses sujeitos a partir da necessidade que senti de conhecer e compreender o cotidiano deles, e da própria necessidade deles de construir um novo estilo de vida, através da prevenção da recaída.

Todos os trabalhadores que participaram do estudo conheciam minha atuação profissional, sendo que alguns deles tinham conhecimento da utilização de algumas técnicas terapêuticas alternativas que desenvolvo no Processo de Cuidar, entre elas a troca de energia através da imposição de mãos.

Os trabalhadores eram liberados pelos gerentes para participarem dos encontros, haja vista que os mesmos já estavam inscritos no programa da empresa, estando portanto autorizados pela diretoria a participarem de todas as atividades relativas ao **Programa de Dependência Química**.

Os primeiros momentos de interação na empresa foram caracterizados pela apresentação do projeto à equipe de saúde, coordenadora do Programa de Prevenção e Tratamento à Dependência do Álcool e Outras Drogas (PRAD) e a entrega dos convites (Anexo 3) aos trabalhadores.

A equipe mostrou um pouco de resistência à proposta do trabalho, acredito que motivada pelo desconhecimento do referencial e da metodologia de trabalho que seria utilizada. Essa resistência desapareceu a partir do primeiro encontro com o grupo.

A entrega dos convites foi feita por mim a cada trabalhador, no seu posto de trabalho, ocasião em que expliquei os objetivos do trabalho bem como a sua importância na busca de um novo estilo de vida, no apoio de um grupo na empresa e na manutenção da abstinência de drogas, motivando-os a participar do primeiro encontro.

Foram convidados quinze trabalhadores, sendo o principal critério de seleção o de estarem "em recuperação", ou seja, de não estarem usando nenhum tipo de droga. Dois destes não aceitaram alegando não se sentirem a vontade para participarem dos encontros, pois segundo eles ainda sentiam "vergonha" de falar sobre a doença.

No momento da entrega dos convites, ouvi frases como: "*há muito tempo estou esperando esse grupo*", "*estou ansioso prá começar*", "*gostei da idéia*", "*vai ser muito bom*", "*vou com certeza, já estava esperando por isso*".

Recebi também outras manifestações de carinho e aprovação demonstradas através de abraços e sorrisos. Alguns trabalhadores que não poderiam estar presentes ao primeiro encontro, devido a programações de trabalho, se empenharam em procurar-me para se explicar, assumindo o compromisso de participar dos próximos encontros.

Uma das razões que me levaram a optar pela entrega dos convites pessoalmente a cada empregado não utilizando o sistema usual de correspondência da empresa, está relacionada à questão ética de preservação do sigilo da identidade dos mesmos, fundamental para a tranquilidade dos participantes e para o sucesso do trabalho, afinal, muitos colegas ainda possuem preconceitos com relação à dependência, por acreditarem que a dependência tem como causa falhas de caráter, o que acaba gerando estigma em relação aos colegas dependentes.

#### **4.2 Ficando no Campo: Momentos de Interação no Processo de Cuidar e Conhecer a Realidade dos Trabalhadores**

Nesses encontros com os trabalhadores foram desenvolvidas várias Oficinas de Saúde, utilizando técnicas de diferentes culturas. Essas Oficinas foram sendo elaboradas a partir de cada encontro, das necessidades mais urgentes que emergiram do grupo, e de “insights”. Procurei refletir com eles sobre diversos temas relacionados à qualidade de vida, aos processos de interação com as pessoas e consigo mesmo, tendo sempre um questionamento base em cada Oficina, levando-os a refletir buscando suas respostas.

Apesar da complexidade do tema, procurei elaborar técnicas que proporcionassem a reflexão, mantendo um ambiente harmônico, agradável, leve, buscando resgatar com eles as suas histórias de vida, reconstruindo-as com uma nova interpretação, um novo olhar.

Também refletimos sobre situações vividas no cotidiano e que são geradoras da vontade de beber/usar outras drogas, bem como as depressões, as tristezas, que representam limitações no processo busca de bem viver, de ser

feliz. A partir dessas reflexões construímos no grupo, formas de transformar as limitações em possibilidades e de transcender essas situações e de buscar a felicidade.

As técnicas de interação com os trabalhadores do grupo que subsidiaram o processo de conhecer e compreender a realidade deles, bem como o processo de cuidar e de transformação da realidade foram as seguintes:

**SIMBOLIZAÇÃO:** utilizada por Patrício nos trabalhos do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC, desde 1987, em atividades de "Consulta de Enfermagem" e nas "Oficinas de Saúde" e nas "Oficinas de Construção de Referenciais", para conhecer e compreender a realidade, bem como para colher dados de pesquisa. Através desta técnica, os sujeitos se expressam subjetivamente através de símbolos, interpretando a si e a diversas realidades que observa (Patrício, 1995). Com o grupo de trabalhadores utilizei desenhos através dos quais eles expressaram a sua percepção para os questionamentos: "Quem sou Eu?", "Como Eu me vejo? ".

**HISTÓRIA DE VIDA: ALEGRIA E TRISTEZA:** técnica desenvolvida por Patrício através de "insight", onde os entrevistados relacionam no seu dia-a-dia, seus momentos de Felicidade-Prazer e Infelicidade-Desprazer, nos períodos da infância, adolescência e adulto. Com os trabalhadores desenvolvi a técnica, solicitando que cada um escrevesse num papel e depois compartilhasse com todo o grupo (Patrício, 1995).

**QUEM SOU EU?:** essa técnica consiste em elaborar uma pergunta dirigida, onde a pessoa escreve, sem pensar muito, as idéias que vem à sua mente. Busca estimular o diálogo reflexivo de auto-conhecimento e compreensão da realidade de saúde-doença do sujeito. Procurei associar essa técnica com a da simbolização (Patrício, 1995).

**PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS:** é a técnica da entrevista tradicional. Formula-se questões às pessoas sobre o assunto que se quer compreender, tomando o cuidado para não induzir respostas com a pergunta. A partir da resposta pode-se fazer outra pergunta (Patrício, 1995).

**OUVIR-ESCUJAR:** essa técnica é fundamental no conhecimento-compreensão da realidade, sendo importante para colher dados, bem como é considerada um cuidado. É o escutar todo o sujeito-ambiente e você próprio. É ouvir através dos sentidos e sentimentos (Patrício, 1995).

**SILÊNCIO:** tem sido utilizada associada à técnica do ouvir-escutar, para colher dados. É importante o silêncio para que a pessoa possa pensar, sentir, voltando-se para si mesmo. Assim, também, acontece com o mediador (Patrício, 1995).

**REFLEXÃO:** segundo Patrício (1995), essa técnica que mais parece um cuidado, um processo dialógico, também colabora para o levantamento de dados. Acontece na interação, no processo de perguntar-ouvir-calar. Muitas vezes as pessoas conseguem exprimir-se, e até trazer coisas do inconsciente, através da reflexão. Essa reflexão é de ambas as partes: Pesquisador-Pesquisado. Que reflexão é essa? É aquela filosófica, crítica. Aquela que vai fundo às coisas, aos fatos, que relaciona, que põe ética e estética nos acontecimentos, nos eventos. É aquela que desnuda outras verdades e cuja síntese pode subsidiar decisões de qualidade de vida.

**OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:** essa técnica se caracteriza pela presença do pesquisador em um dado ambiente, prestando atenção a tudo o que acontece: ouvindo, tocando, cheirando, vendo, sentindo (de sentimento), e falando com os sujeitos envolvidos, quando houver necessidade de questionar sobre outros temas de interesse para o estudo, ou para ações de cuidado (Patrício, 1995).

Além das técnicas citadas acima utilizamos também a de musicoterapia.

**MUSICOTERAPIA:** utilizada para desenvolver a percepção do ambiente e de si mesmo, a partir das sensações desencadeadas pela música, servindo também para fazer exercícios de meditação e relaxamento. São usadas músicas de diferentes ritmos. A musicoterapia é usada também em conjunto com outras técnicas (Haviaras, 1996).

Dos componentes do Cuidar-Cuidado descritos no Referencial do CHE utilizados com os trabalhadores, os mais emergentes foram: dialogar, refletir com,

trocar idéias, energias, ser sincero, ouvir atentamente (escutar), estimular a valorização de si próprio, compreender, educar, ter sensibilidade, paciência, compaixão, prevenir, reforçar, valorizar, compromisso, amar, não condenar, desenvolver a capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente), esperança, fé, coragem, demonstrar sentimentos de ternura e de aceitação.

Ao mesmo tempo que ia cuidando desses trabalhadores, ia conhecendo e compreendendo a realidade do cotidiano da Dependência Química.

Para melhor compreensão do processo, descreverei as categorias que emergiram nas Oficinas, fazendo no final uma análise à luz do Referencial do CHE na abordagem dessa situação de saúde-doença. No planejamento da Oficina 1 (Anexo 4) foram levantadas as expectativas do Grupo de Trabalhadores, bem como discutida e definida a sistemática dos encontros seguintes.

Nas demais Oficinas foram desenvolvidas técnicas como: História de Vida: Alegria e Tristeza, Relato do Cotidiano da Vida, Confecção de Cartazes, Desenhos, Colagens.

Os aspectos e dilemas éticos abordados nos encontros bem como os aspectos educativos serão apresentados no item 4.3.1 deste estudo.

#### **4.2.1 Os Encontros com o Grupo**

**1º ENCONTRO: Apresentando a proposta de trabalho; conhecendo-se e levantando expectativas.**

Esse encontro teve como objetivos apresentar a proposta de trabalho ao grupo; iniciar o processo de desenvolvimento de consciência de grupo; conhecer as expectativas e as necessidades do grupo em relação ao trabalho proposto; identificar expectativas comuns no grupo e aquelas individuais; planejar os encontros seguintes.

Conforme descrito no Referencial do CHE, esse encontro se caracteriza por atitudes de aproximação com os sujeitos. É uma forma de namoro. Através dele nos fazemos conhecer, colocamos nossas necessidades, expectativas, apresentamos a proposta de trabalho, solicitamos sua participação e combinamos detalhes sobre o próximo encontro.

Compareceram ao encontro, a equipe do Programa de Prevenção e Tratamento à Dependência do Alcool e Outras Drogas, o médico psiquiatra que é consultor do Programa, e cinco trabalhadores, para os quais usarei cinco nomes que representam as qualidades e sentimentos presentes no grupo, para substituir por seus nomes verdadeiros, são elas: Solidariedade, Amor, Paciência, Compaixão e Energia.

Recepcionei-os, agradecendo a presença, deixando-os livres para escolher o lugar na sala.

Sugeri que se iniciasse com a apresentação de todos. O primeiro a se apresentar foi o médico psiquiatra que é consultor do programa da empresa, seguido de um dos trabalhadores que começou sua apresentação dizendo seu nome e que é *“um alcoólatra em recuperação”*, passando a relatar sua vivência com a dependência química. Falou da sua satisfação com a realização deste primeiro encontro e o quanto estava ansioso pela formação do grupo na empresa.

Outro trabalhador sensibilizou a todos durante a sua apresentação. Sua emoção era demonstrada através de suas palavras e da expressão de seu corpo (gestos, lágrimas, respiração). Falou do quanto se sentia deprimido e angustiado, e que gostaria que o ajudássemos. Ele gostaria de saber também se: *“as pessoas que não são alcoólatras também sentem o que eu sinto?...”* *“essa angústia... essa depressão?!”* Disse que: *“eu estava muito ansioso por esse primeiro encontro”*.

Cada um dos trabalhadores presentes se apresentou como sendo um *“alcoólatra em recuperação”*, relatando sua história de vida com a dependência química, as dificuldades vividas nessa trajetória, e as lições e transformações pessoais resultantes deste processo.



Após a apresentação de todos, apresentei minha proposta de trabalho, bem como seus objetivos.

Todos os participantes desse primeiro encontro mostraram sua visão sobre a importância do trabalho proposto, bem como o quanto compartilhar experiências em grupo pode ajudar na manutenção da sobriedade e no crescimento pessoal.

Passamos então a fazer o levantamento das expectativas do grupo em relação ao trabalho proposto e aos próximos encontros.

A análise e discussão das expectativas apontadas pelo grupo, definiram os seguintes tópicos para serem desenvolvidos nos encontros posteriores: *auto-conhecimento; evitar recaídas; ajuda mútua; informações técnicas sobre D.Q.; viver mais feliz; estar mais aberto; estender a mão a quem mais precisar; cuidar da pessoa nova no grupo; liberdade.*

Programamos o dia e hora dos próximos encontros, que ficaram combinados para as segundas-feiras no período matutino, das 9:30 às 11:30h. Esse dia foi escolhido pelos próprios trabalhadores. Justificaram a escolha pela necessidade que tinham de trocar idéias e sentimentos sobre o que tinham vivido no final de semana, bem como discutir as expectativas relativas a semana que inicia. O tempo de duração dos encontros posteriores ficou estabelecido em duas horas e trinta minutos, das 9:00 às 11:30h, para que o fosse possível desenvolver todas as etapas dos encontros.

Posteriormente a essa definição, estabeleceu-se com o grupo como seriam os nossos próximos encontros. Após a discussão ficaram definidos os seguintes momentos que caracterizariam os encontros:

*Inicia com a oração da serenidade (Anexo 5)*

*Retrospectiva da semana/depoimento*

*Comentários sobre dificuldades vividas no decorrer da semana*

*Intervalo de 10 minutos*

*Oficinas de Saúde : Qualidade de vida na situação de D.Q.*

*Mensagens sobre qualidade de vida*

*Avaliação*

*Oração final.*

Conforme previsto no Referencial, os primeiros contatos com os sujeitos têm o objetivo de conhecer-compreender a realidade, sendo assim, procura-se não desenvolver cuidados nesses momentos de “namoro”, com exceção daqueles emergentes ou por solicitação do próprio sujeito.

Nessa “Entrada de Campo”, tive que desenvolver alguns cuidados a pedido de alguns trabalhadores, os quais foram de reposição energética através de imposição de mãos.

Percebi nesse primeiro encontro que os trabalhadores fazem questão de se apresentarem como “alcoólatras em recuperação”. Essa frase gerava em mim uma inquietação, soando em meus ouvidos como uma sentença de condenação, obrigando-os a ser dependentes em primeiro lugar, depois podem até pensar em ser seres humanos.

Fiquei pensando se seria possível transformar essa realidade, através desse trabalho, e que eles buscassem primeiro se encontrar enquanto seres humanos.

Percebi também o quanto eles necessitam de cuidados, de saber que podem encontrar apoio em alguém que os ouça, os ajude.

Dos componentes do cuidar-cuidado, os mais emergentes nesse primeiro encontro foram: “ouvir atentamente, paciência, amar, trocar energias, refletir, aceitar, compreender”.

## **2º ENCONTRO: Conhecendo e identificando as situações vividas no cotidiano e que geram o sentimento de culpa.**

Perguntei ao grupo: “Quais as situações vividas no dia-a-dia e que eles identificam como geradoras do sentimento de culpa e como fizeram para lidar com esse sentimento?”

Iniciei a Oficina dizendo: gostaria que vocês pensassem um pouco e depois cada um relatasse o que percebeu a partir da pergunta acima.

Cada componente do grupo relatou sua experiência, identificando as situações, e quais os recursos utilizados para superar essas situações de limitação. Cada participante contribuiu com suas experiências, refletindo sobre as possibilidades apresentadas.

A seguir apresento algumas das falas dos trabalhadores nesse encontro:

**Paciência:** “Se sou doente não posso me culpar pelos meus atos, pelo que fiz devido a minha doença. Não gosto disso, hoje sou o que sou. Agradeço pelo que passei. Aprendi que o passado não posso modificar. Os erros que fiz, paciência! Errar eu vou continuar errando, não sou perfeito, procuro não cair nos mesmos erros, deixar a vida rolar, aceitar as coisas. Procuro sempre colocar prá mim que o futuro vai ser bom”.

**Solidariedade:** “As atitudes falam mais alto que palavras. Em relação a culpa? Como encarei? Descobri que desde que eu era nenem, eu já me sentia culpada. Sentia culpada até pelo casamento do meu pai ... Não conseguia fazer ninguém ao meu redor feliz ... Fazia tudo prá agradar meu pai só prá diminuir a minha culpa. Quando alcoolizada eu falava as verdades, quando passava o porre, vinha a culpa, a depressão e a vontade do suicídio. Tentei, mas não queria morrer. É muito cômodo achar que a culpa está nos outros e não em nós... Fui fazer terapia... Eu não tinha amigos porque eu era muito carrancuda, cheia de culpas.... eu só me preocupava com a casca.... até a culpa me trouxe benefícios, por isso me levou a trabalhar.... hoje eu tenho coragem de pedir ajuda, de pedir colo”.

**Amor:** “Quero pedir desculpas por ter chegado atrasado... eu não sei dizer não. Hoje eu tenho dificuldades por não saber dizer não... essa coisa de culpa começa na infância, eu falhei... não fiz nada pela minha vó... ela fazia tudo por mim... isso me magoa muito... eu acho que seria um babaca se não tivesse sido um alcoólatra”.

**Energia:** “Esse negócio de culpa.... eu ainda me sinto culpado. Estou me sentindo extremamente fraco. Desde a minha separação essa culpa não sai de dentro de mim. Fico pensando, se eu não tivesse feito aquilo... isso da culpa eu fico remoendo demais”.

**Compaixão:** “Mudança de hábitos”.

**Solidariedade:** “Você tem essa consciência de que é um alcoólatra. A gente tem que ser humilde... enquanto você continuar na ativa, as culpas vão continuar”.

**Paciência:** “Um dia uma pessoa me disse: em qualquer relacionamento a gente tem que estar ganhando... na hora me deu vontade de dizer um monte de desaforos, depois eu vi que é isso mesmo. Então eu fiquei só comigo mesmo... eu me amo sim, acredito em amor, quero ter uma companheira? Quero! Aprendi a olhar o lado bom, eu só olhava o lado negativo, só o lado errado. O que eu aprendi é que tenho o direito de ser feliz, independente de com quem. Hoje eu estou feliz. Enquanto eu estiver de bem comigo mesmo as coisas vem”.

É realmente uma pena não poder relatar a riqueza de todos os diálogos desses momentos de interação com o grupo, pois como falei, não me senti à vontade para gravar os encontros, assim como entendo que muitas das falas deles eram de muita intimidade, o que por respeito e compromisso com eles, não vou relatar nesse estudo.

Percebia nesses momentos de interação que o fato de serem dependentes, gera um sentimento de culpa muito forte nesses trabalhadores.

Para alguns, esse sentimento vem desde a infância, a partir dos processos de interação com sua família e consigo mesmo, e de sua visão de mundo. Esse sentimento de culpa tem relação na maioria das vezes em situações onde, em virtude dos efeitos das drogas, gerou sofrimento para si mesmo e/ou para outras pessoas.

Refletimos sobre buscar respostas em si mesmos, em ser mais tolerantes consigo, em se perdoar, se compreender.

O uso da droga altera a percepção da realidade, bem como o comportamento. Como mostram suas falas, acabam agindo de uma maneira, pela qual se arrependem quando passa o efeito da droga, se sentindo ainda mais culpados por terem recaído, tanto nas drogas como nas atitudes.

### **3º ENCONTRO: Buscando o auto-conhecimento: Quem sou Eu ?**

Pedi aos trabalhadores que fizessem um desenho onde eles representariam a sua visão para a pergunta “Quem sou Eu?”, mostrando através do mesmo como eles se percebem.

Após terminarem, pedi que apresentassem aos demais trabalhadores do grupo, falando sobre o que sentiu-percebeu sobre si mesmo, como também dos desenhos dos demais.

Enquanto desenhavam, liguei o som, tocando uma música suave, promovendo uma interiorização maior.

Terminados os trabalhos, iniciaram as apresentações; algumas das falas a seguir mostram como se deu o processo do grupo:

**Paciência:** “Existem dois paciência, um interno, um externo, procuro aproximar os dois. Extremamente compulsivo, procuro controlar a compulsão. Aprendi que eu tenho que escutar o que eu digo... eu aprendo muito comigo mesmo. O Paciência tem a cabeça muito complicada. Eu queria a vida um mar de calma... a alegria de viver é não saber o que vem pela frente... o gostoso está em lidar com as surpresas, o desconhecido. Definir o Paciência é muito difícil”.

Nesse momento tive um “insight” que me levou a fazer uma pergunta aos demais integrantes do grupo, buscando resgatar a auto-estima de Paciência e a percepção do grupo. Perguntei: O que o Paciência passa para vocês o que vêem nele?

**Amor:** “Pessoa legal, sincera. Sinto no Paciência, ele bem tranquilo na hora de resolver as coisas, sinto nele bastante segurança. Paciência sabe escutar!”

**Compaixão:** “Ele é ponderado... deixa a pessoa falar, prá depois falar. Consegue transmitir tranquilidade”.

**Energia:** “O modo dele falar... deixa todo mundo falar, se segura”.

Depois das mensagens dadas ao Paciência, continuamos com a apresentação dos desenhos.

**Amor:** “Eu gosto sempre de desenhar precipício... agora eu estou saindo dessa má fase... estou saindo do precipício! Eu não estou segurando com as duas mãos (a corda)... em muita coisa eu apanho um pouco”.

**Energia:** “Desenhei verde porque tenho esperança de que as coisas melhorem prá mim. O coração batendo porque teve horas que eu quis que ele

parasse... agora não! Escrevi coisas que eu sonho, alguns já alcancei, outros ainda não”.

Escolhi um dos desenhos do grupo, o de Amor, para apresentar nessa etapa de descrição dos Encontros de Grupo (Ficando no Campo) e outro para o Saindo do Campo, que nos mostram as transformações de Amor nesse processo de construção de grupo.

Percebi durante a realização da técnica, o quanto é difícil para eles, fazerem esse processo de interiorização, de buscar a si mesmo.

Os desenhos nos mostram muitas mensagens que não são faladas, como no próprio desenho de Amor.

No desenho de Amor, ele aparece à beira de um precipício, o que retrata bem seu processo de dependência química, onde muitas vezes ele se vê assim, segurando com uma das mãos a corda, que representa a ajuda para se “salvar” (*seria, segundo ele, “a ajuda dos grupos, o auto-conhecimento, ou seja, a ajuda começa em si mesmo”*), e a outra mão, mostra que ele ainda está buscando compreender esse processo.

O risco de uma recaída está em não acreditar em si mesmo.

Os desenhos deles proporcionaram uma reflexão muito interessante no grupo. Fiquei pensando em que tipo de desenho representaria **Quem Sou Eu**. Percebi que também estou sentindo necessidade de me interiorizar mais.

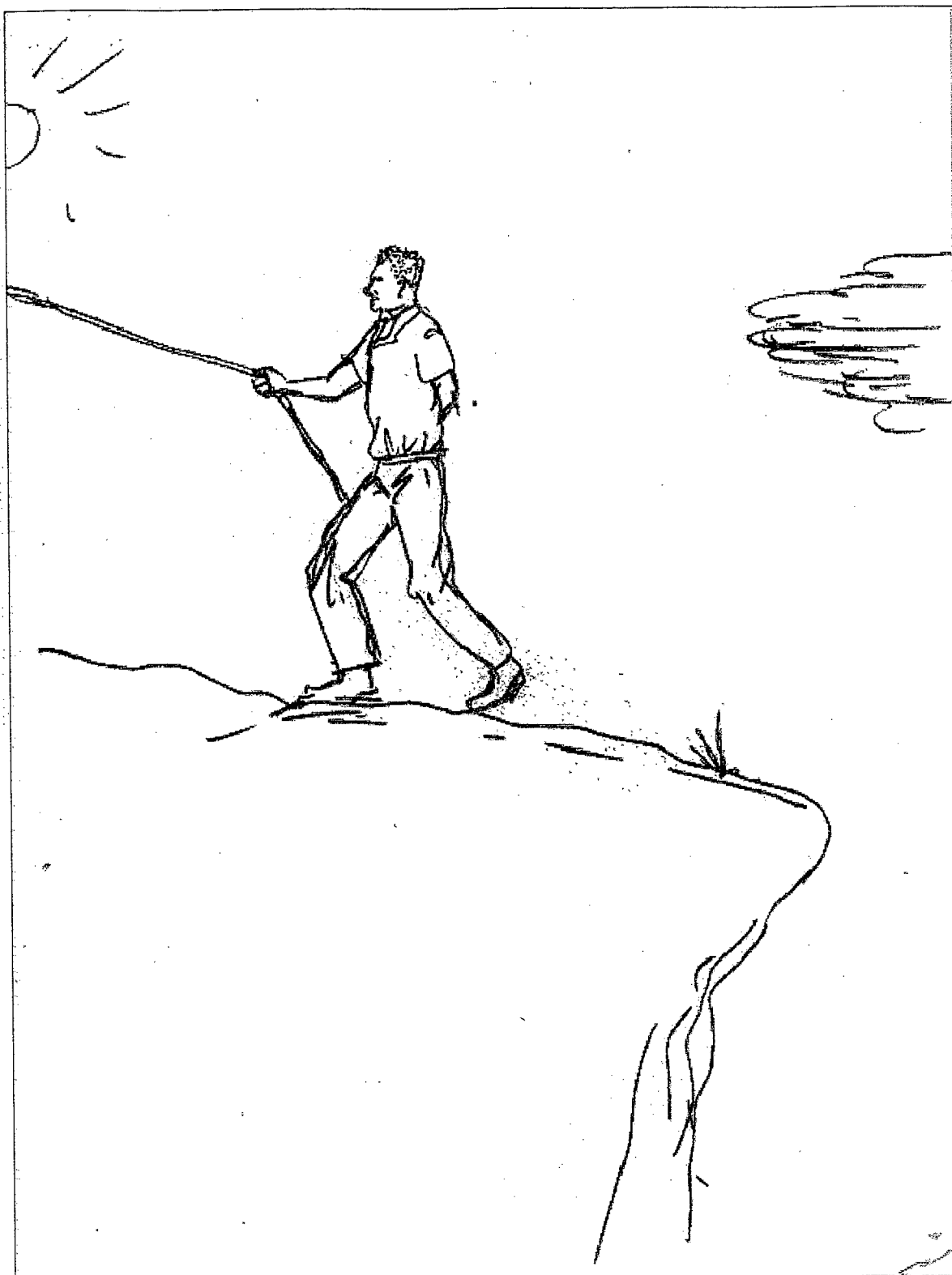


Figura 1-Quem sou Eu?

#### 4º ENCONTRO: Compreendendo o que é AMAR ?

Lancei a pergunta: O que é amar?, para o grupo, pedindo que eles respondessem em cinco a dez minutos; eles deveriam ir dizendo tudo que pensam sobre o amor sem pensar muito. Registramos todas as respostas e depois selecionei aquelas que se repetem, construindo com eles o conceito de amor para o grupo.

Várias respostas foram sendo dadas por eles sobre o que entendiam como definição do que é amar, quais as características importantes do amor, e qual a sua importância nas interações com as outras pessoas e consigo mesmo.

Selecionamos a partir das respostas deles as seguintes categorias que representam o que é amar para o grupo:

*Dar e receber carinho*

*Respeitar*

*Companheirismo*

*Compreender*

*Compartilhar*

*Saber ouvir*

*Perceber*

*Acreditar*

*Chorar e rir*

*Respeitar necessidades e individualidades*

*Permitir que o outro "seja"*

*Evoluir juntos*

*É conhecer-se cada vez mais*

Através da reflexão sobre o tema amor, perceberam o quanto eles e a maioria das pessoas ainda estão longe do "amor incondicional", sem exigências, normas, pois ainda condicionam o amor aos outros e a si mesmos, a uma série de exigências.



Todos se deram conta, a partir do processo de reflexão em Grupo, do quanto a busca do amor por si é importante, principalmente na dependência química, para que possam se relacionar e trocar amor com mais harmonia e simplicidade.

Para eles, na dependência química, cultivar o amor por si próprio é a força capaz de transformar essa realidade de sofrimento e recaídas das drogas e de comportamento.

#### 5º ENCONTRO: “Construindo o Conceito de Grupo”

Iniciei o encontro solicitando que se reunissem em duplas e que procurassem em revistas algumas figuras para eles representarem o significado de grupo.

Cada dupla deveria elaborar um cartaz com as figuras que representam o grupo, apresentando aos demais.

Após a apresentação de todos, selecionamos as categorias que emergiram dos trabalhos e construímos o conceito de grupo para eles.

As duplas elaboraram seus cartazes, com figuras mostrando o seu significado de grupo.

As idéias que emergiram dos trabalhos, subsidiaram a elaboração do seguinte conceito de grupo para esses trabalhadores:

***“Cidadãos comuns que assumem compromisso, criam laços, se entregam. É um lugar seguro, busca a essência, a saúde; trabalha o auto-conhecimento; constrói uma história; é um tesouro. No grupo ninguém pode perder. O grupo tem credibilidade, liberdade, e cada um tem sua maneira de ser, e as emoções estão presentes. Buscam grandes acertos, realizações de desejos, manter a saúde, promover a educação e as mudanças necessárias. Dá segurança, vislumbra um futuro, abre horizontes, buscando o progresso. É uma bússola que mostra a harmonia e a felicidade”.***

Nesse processo de refletir sobre o tema grupo, percebia a importância do compromisso entre os integrantes de um grupo, bem como este pode representar

possibilidades de promover o crescimento individual-coletivo, construindo sua história, baseada no conceito de grupo que eles mesmos acreditam.

## **6º ENCONTRO: Compreendendo o significado da Dependência Química.**

Elaborei a pergunta “O que significou esse processo de dependência para vocês?” solicitando que cada trabalhador relatasse o que pensava e sentia sobre a pergunta.

**Compaixão:** “Minha dependência teve início basicamente no meio onde vivi, por muitos anos. Só que eu não sabia que era uma doença, talvez por isso tenha ficado tantos anos nesse sofrimento. Foram anos de perdas: moral, familiar, profissional”.

**Amor:** “A dependência representou pra mim muito sofrimento, mas também colaborou e muito na formação do meu caráter e no meu crescimento. Tive que procurar ajuda, conhecer pessoas que tiveram o mesmo problema e isso me ensinou muito....tive que mudar valores, reconhecer fraquezas, valorizar qualidades, tentar compreender e ser compreendido e isso tudo me tornou mais humano. Creio que se não fosse um dependente químico, não teria conhecido tantas pessoas maravilhosas que conheci e que não teria crescido tanto”.

**Energia:** “A dependência foi algo muito frustrante em minha vida. Deixou um lado bom para viver um outro ruim, começou com um simples ficar mais alegre para depois uma perda da auto-estima”.

**Solidariedade:** “Sofrimento, perdas, mas também um crescimento muito grande”.

**Paciência:** “Hoje eu estou vendo quanto deixei de fazer, mas estou construindo tudo de novo, com uma nova visão, mais clara”.

Muitas das falas desse encontro não foram relatadas aqui, por razões já citadas anteriormente. Entretanto, selecionei as categorias que emergiram do grupo e que representam o significado da dependência para esses trabalhadores, conforme descrito abaixo:

*Perdas (moral, biológica, espiritual, profissional)*

*Sufrimento*

*Fuga da realidade*

*Processo de crescimento*

*Valorização das qualidades do Ser Humano*

*Auto-estima*

*Importância dos Grupos*

O grupo percebeu que Energia não estava muito bem, se questionando sobre a abstinência, o que fez com que passássemos a refletir com ele, trocando experiências sobre formas de prevenir as recaídas.

Fui registrando todas as dicas dadas por eles, validando-as depois com o grupo. Abaixo descreverei as dicas construídas pelos trabalhadores:

*Novos hábitos, novos costumes*

*Definir o que quer nos lugares onde vai*

*Não dar o primeiro gole*

*Ocupar o tempo*

*Nunca sair de casa com fome ou sede*

*Ter sempre uma bala no bolso*

*Procurar pessoas para conversar ( compulsão)*

*Aprender a ver as coisas de forma diferente*

*Leituras de livros como: "Viver sóbrio, Minutos de Sabedoria"*

Percebia nesses encontros que existem determinados padrões adotados por eles, nos seus processos de viver, dando uma idéia de que existem períodos cíclicos, como um movimento. Percebia também, que ainda precisava trabalhar com eles as situações vividas nos seus diversos contextos, as alegrias e tristezas, e que geram a vontade de usar as drogas, para poder compreender o que acontece com eles, e como acontece, desencadeia essa dependência.

**7º ENCONTRO: História de Vida: Identificando as situações vividas no cotidiano e que são percebidas como geradoras da vontade de usar drogas.**

Elaborei perguntas sobre o tema proposto, pedindo a cada um deles que falasse da sua experiência, promovendo um processo de reflexão, onde cada um se deu conta dessas situações.

**Compaixão:** “O dia-a-dia nos ensina muitas coisas, e no universo das alegrias não posso lembrá-las todas. Me sinto alegre com as pessoas, quando estão de bem com a vida... meus filhos com saúde, eles sentindo meu carinho, se sentindo protegidos... alegre por abandonar outro lado da vida, resolvendo meus problemas... alegre pela saúde, pelo resgate do meu caráter. Triste por ver pessoas se maltratando com as drogas... por me dar vontade de beber. A vida é feita de mais alegrias que tristezas”.

**Energia:** “Tristeza por não poder estar todos os dias com meus filhos... por não ter o reconhecimento devido por parte da chefia... saber que mesmo tentando ao máximo, às vezes não consigo ajudar alguém como gostaria.

Alegria quando estou com meus filhos... ser útil, pensar na pessoa que estou apaixonado... estar conseguindo ajuda... ver outras pessoas felizes... acordar com fé de que hoje será melhor que ontem”

**Paciência:** “Minha maior alegria é sentir-me vivo, é participar desta vida, é ver que as pessoas me escutam, é sentir que sou bem recebido em todos os lugares que vou... é ter o direito de sentir saudades, de expressar meus pensamentos... é sentir que posso ser útil.

Triste é ver que existe pessoas que mantêm em suas vistas aquele véu que lhes impede de crescer... de sorrir... de viver”.

**Amor:** “Alegrias tenho muitas, a começar por mim mesmo. Estou de bem com a vida, com as pessoas, com o meu trabalho. Estou conseguindo me comunicar melhor... estou conseguindo parar de me culpar pelas coisas que aconteceram no passado... tristezas algumas... uma filha que não consegue encontrar seu caminho... vontade de melhorar financeiramente. Importante é que hoje eu estou bem”.

Dessas reflexões sobre as alegrias, as tristezas e as situações vividas no cotidiano deles, selecionei as seguintes expressões que, organizadas, formaram as duas grandes categorias: Alegrias, Tristezas.

**Alegrias:**

*Quando as pessoas estão de bem com a vida ( felizes)*  
*Filhos com saúde, sentindo carinho e proteção*  
*Resolver meus problemas*  
*Pelo resgate do meu caráter*  
*Cumprir a missão de pai e marido*  
*Estar com meus filhos*  
*Sentir a sobriedade*  
*Conviver da melhor maneira com a família, sociedade e no trabalho*  
*Ver reconhecido o esforço nessa mudança de vida*  
*Ser útil para mim, família e sociedade*  
*Estar apaixonado*  
*Acordar com fé de que hoje será melhor que ontem*  
*Estar em paz, serenidade*  
*Sentir-me vivo e participar desta vida*  
*Ver que as pessoas me escutam*  
*Ser bem recebido em todos os lugares*  
*É ter o direito de sentir saudades, de expressar meus pensamentos*  
*O amor, o reconhecimento, carinho, amizade, respeito, conforto*

**Tristezas:**

*Ver pessoas se maltratando com álcool e drogas e não aceitando ajuda*  
*Quando sinto vontade de beber*  
*Sentir que poderia ter feito mais coisas do que fiz*  
*Ver pessoas recaírem nas dependências*  
*Dificuldades financeiras*  
*Não poder estar com os filhos*

*Não ser reconhecido profissionalmente*

*Quando não consegue ajudar*

*Ver que existem pessoas que não querem perceber as coisas*

Percebi com mais clareza, essa sensação de movimento que existe no processo de viver desses trabalhadores, que é motivado por determinados tipos de situações de vida, pela forma como se relacionam com as pessoas, com o universo e consigo mesmos. A partir desse encontro desenvolvi um desenho, através do qual tentei elaborar a representação desse movimento que observei no processo de buscar a felicidade desses trabalhadores.

#### **4.3 Saindo do Campo: Momentos de Interação no Processo de Encaminhamentos para a Formação do Grupo de Ajuda Mútua na Empresa**

O quarto momento de interação pode representar, conforme o Referencial do CHE, apenas despedidas e agradecimentos pela participação no estudo e outros encaminhamentos. Com esse grupo, “Sair do Campo”, representou, além dos agradecimentos pela participação, a formação do Grupo de Ajuda Mútua na empresa, por iniciativa deles mesmos. Esse grupo foi batizado por eles de “GRUPO VIVER FELIZ”.

A partir desse trabalho, novos encontros continuarão acontecendo, a princípio com a minha mediação, digo isso porque o grupo já iniciou a construção da sua história, agora com um novo olhar, descobrindo a importância dessa tarefa de mútua ajuda dentro da empresa; o grupo já existe por si só, não depende da minha mediação. O enfoque dos encontros será o “Repensar o Estilo de Vida”, buscando mudanças que transformem suas limitações em possibilidades de manter- buscar o seu processo de bem viver, de ser feliz.

Mesmo após o término da etapa de pesquisa, os encontros continuaram acontecendo, conforme definido anteriormente pelos trabalhadores.

Os resultados desse trabalho têm sido apresentados nos eventos educativos da empresa, bem como para alunos de cursos de pós-graduação e outras empresas.

Quanto à avaliação do Processo de Cuidar com esses trabalhadores, conforme preconiza o Referencial do CHE, esta deve ser vista durante todo o processo. Neste grupo fizemos avaliação durante todas as Oficinas, o que proporcionou para eles também um processo constante de avaliação de sua trajetória de busca de “SER FELIZ”.

Ao final do período que representou a construção acadêmica, solicitei que respondessem a algumas perguntas escritas, avaliando todo o processo de cuidar desenvolvido com eles.

A avaliação feita por eles de todo o Processo de Cuidar, bem como as observações no cotidiano dos trabalhadores mostraram que o trabalho foi considerado por eles “ *muito bom* ”, e que tem ajudado na “ *manutenção da saúde* ”, conforme demonstram em alguns depoimentos:

*...“oferece oportunidade de refletir sobre o estilo de vida que vem sendo adotado por nós e na sua influência sobre a saúde”...*

*...“ valorização da saúde”...*

*... “o Grupo ajuda na manutenção e recuperação da saúde, através da troca de experiências”...*

*“...o Grupo significa uma oportunidade de encontrar-me comigo mesmo e perceber o que preciso mudar para crescer...”*

*...” tem sido uma terapia e ajuda bastante na minha doença que é o alcoolismo...”*

As transformações das limitações em possibilidades de busca de “ser feliz”, foram ocorrendo à medida que os encontros aconteciam, conforme exemplos das falas a seguir:

*“..é ótimo poder falar e debater meus problemas e dificuldades...”*

*“...uma forma de crescer e melhorar meu comportamento..”*

*“...eu me amo sim...acredito em amor...”*

*“...olhar o lado bom...eu só olhava o lado negativo...”*

*“...hoje eu sou feliz...”*

*“...hoje tenho muito mais momentos bons do que ruins...”*

*“...não voltar para uma situação que eu não gosto..”*

*“...aprender a ver as coisas de maneira diferente...”*

*“...amar é conhecer-se cada vez mais...”*

*“...amar é compartilhar...é acreditar...”*

*“...tive que mudar valores, reconhecer fraquezas, valorizar qualidades, tentar compreender e ser compreendido e isso me tornou mais humano...”*

*“...a maior alegria é estar em paz comigo mesmo...é ter saúde... é estar feliz...”*

Selecionei o desenho de **Amor** após esses encontros, que mostra a resposta para a pergunta: Quem sou Eu? Como me vejo? A escolha deste desenho tem como finalidade mostrar a evolução de **Amor** no seu processo de busca desse novo olhar.



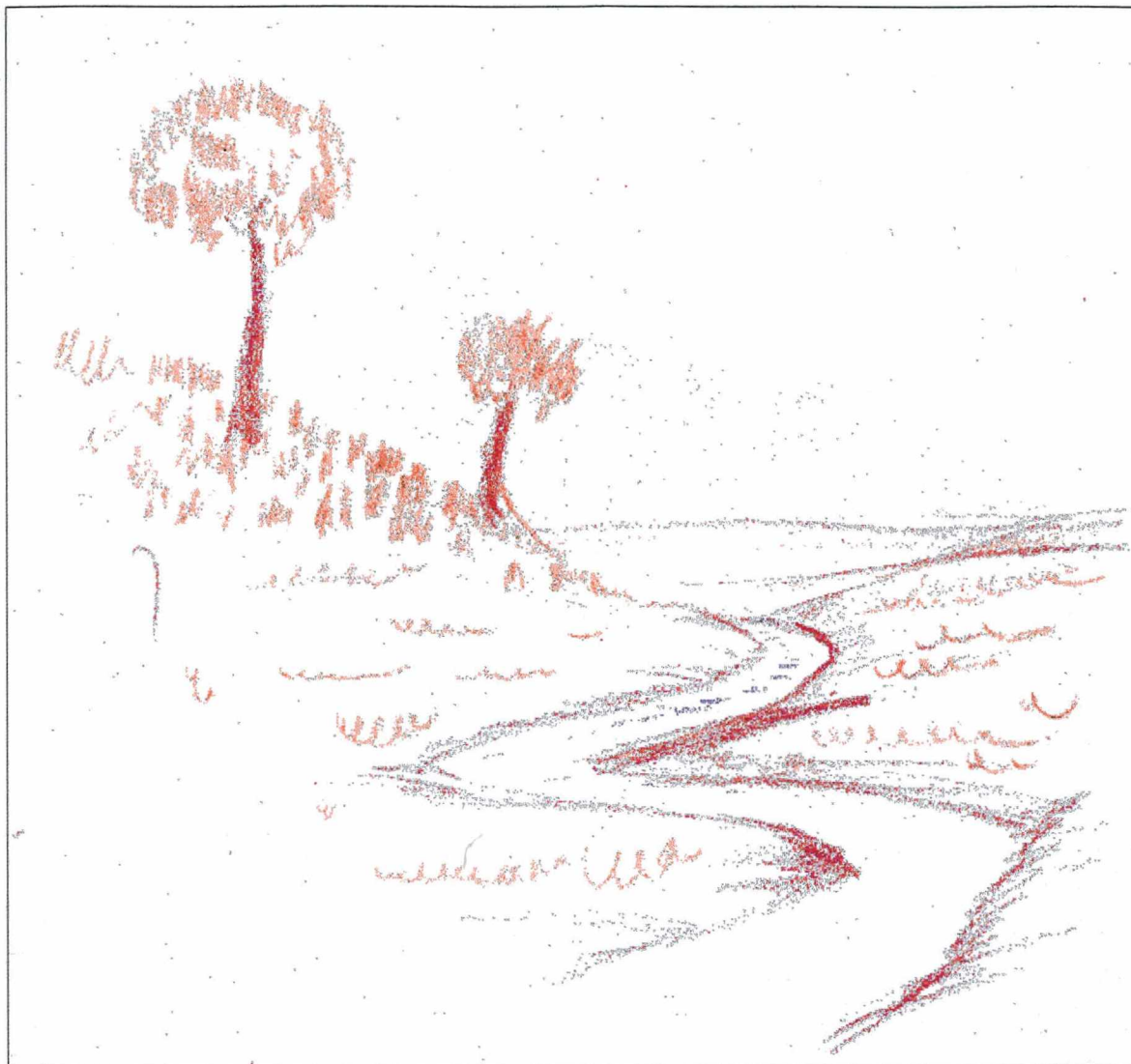


Figura 2 – Quem sou Eu? (Como me vejo?)

#### 4.3.1 Reconstruindo os Conceitos Específicos

Ao final do estudo os conceitos específicos que o guiaram, sofreram modificação a partir do Referencial do Cuidado Holístico Ecológico e dos dados da realidade. Reconstrui também o conceito de cuidar para esse grupo, que não havia sido elaborado no início do estudo, conforme mostro a seguir:

**SER HUMANO TRABALHADOR DEPENDENTE QUÍMICO:** é o Ser Humano trabalhador que busca encontrar alívio para suas angústias. Usa a droga sem querer fazer e sofrendo muito (sofre muito antes, durante e depois de usá-la). A sua dependência envolve redução da capacidade de trabalho, conflitos sociais (incluindo família e grupo de trabalho), dificuldade de dialogar consigo mesmo, perda da auto-estima e patologias corporais, sugerindo uma fragmentação do ser integral. Mantém-se em dependência química por fatores de sua história de vida, de situações vividas no cotidiano, por buscar a felicidade fora de si mesmo. O estigma gerado nesses conflitos aumentam a insatisfação e sentimento de culpa desse sujeito enquanto interações humanas, o que também representa um fator de manutenção de D.Q. Necessitam de cuidados energéticos, afetivos, espirituais e de amor, assim como aprender a se autocuidar.

**AMBIENTE DE TRABALHO:** é o contexto físico social do ser humano trabalhador, onde busca, através do trabalho transformar suas possibilidades de sobreviver e transcender, bem como de trocar experiências de vida. Esse ambiente de trabalho torna-se um recurso para o ser humano trabalhador quando oferece possibilidades de satisfazer suas necessidades e evoluir, quando compreendem sua doença. Mas também, esse ambiente, pode gerar situações de recaídas, quando o trabalhador não se sente valorizado, se sente inútil pela ociosidade, não é tratado com dignidade, não consegue dialogar, quando se sente humilhado ou magoado, interferindo no seu processo de crescimento e na sua qualidade de vida.

**ENFERMEIRA:** é um ser humano trabalhador, mediador do processo de transformação das necessidades do ser humano D.Q., ou seja, de busca de "ser feliz", através do Processo de Cuidar. Utiliza-se de conhecimentos científicos e recursos disponíveis no "ambiente", e desenvolve razão e sensibilidade nas suas interações com o cliente: interage com profissionais de outras disciplinas

buscando uma perspectiva transdisciplinar. Busca prazer e momentos de felicidade nos atos de cuidar. Focaliza o Processo de Cuidar no conhecer e compreender a sua realidade e a dos outros seres humanos, ajudando-os a evoluir. Vê no cuidar com amor a possibilidade de transformar as situações de doença. Assume uma postura ética e de compromisso com as possibilidades de transformação da profissão e de qualidade de vida da sociedade.

**CUIDAR de Trabalhadores dependentes químicos:** É “cultivar a vida”. É trocar energias de amor, harmonia; é estar presente, disponível, ter paciência, compaixão. Cuidar é vencer os próprios preconceitos, é perceber as mensagens, é saber ouvir, é enxergar além das aparências.

#### **4.3.2 Aspectos éticos e educativos envolvidos no processo de cuidar**

Durante o desenvolvimento do Processo de Cuidar com os trabalhadores, vários aspectos éticos foram abordados, tendo como base o próprio Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico e o Código de Deontologia da Enfermagem.

De acordo com o Referencial (CHE) busquei refletir com esses trabalhadores sobre seu processo de viver, respeitando princípios éticos, ajudando-os “no desenvolvimento de sua consciência individual - coletiva”.

Na fase de elaboração do projeto, senti preocupação com a forma de convidá-los a participarem do primeiro encontro, devido aos aspectos relacionados ao sigilo do nome dos convidados, do local onde seria realizado o mesmo, haja vista o preconceito e a marginalização que envolvem as pessoas em situação de dependência química.

Durante muito tempo acreditou-se que essa doença fosse proveniente de falhas de caráter (Marlatt e Gordon, 1993, p.8), ou seja, atribuíam à falhas morais



a dificuldade de controle frente aos impulsos de beber/usar outras drogas, sendo essas pessoas rotuladas de “sem vergonhas”, “fracos”, entre outros.

Apesar de já terem sido realizados vários seminários na empresa, enfocando o tema, com conseqüente movimento de mudanças de cultura sobre a doença, percebe-se que ainda existem na empresa algumas reações de marginalização, tanto de gerentes como dos próprios trabalhadores.

Toda essa reflexão me levou a optar por entregar pessoalmente o convite para eles, por entender que seria a melhor forma de preservar o sigilo.

Esse tipo de cuidado que assegure o direito a confidencialidade é previsto na Resolução n. 196 de 1996 do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, onde consta que se deve “prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro”.

Em se tratando de ações desenvolvidas dentro do ambiente de trabalho, é importante que reflitamos com muito mais cuidado, prevendo todos os possíveis riscos, adotando uma postura comprometida com o respeito pelo ser humano, bem como por seus direitos de cidadão.

Como podemos perceber, o próprio Referencial do CHE prescreve a preocupação com as questões éticas, as quais vemos descritas nos componentes do processo de Cuidar-Cuidado, como refletir, meditar com, ser sincero, planejar com, auxiliar o indivíduo a lutar por seus direitos, a desenvolver suas possibilidades de liberdade e de assumir responsabilidade pela sua própria vida e colaborar com a vida dos outros.

Um dos aspectos relevantes a considerar, envolvem estudos que mostram através de dados estatísticos que estes trabalhadores estão mais predispostos a sofrer acidentes de trabalho, devido às alterações da auto-crítica necessários ao desenvolvimento das tarefas do dia-a-dia, que são afetados diretamente, quando fazem uso do álcool ou de outras drogas. Neste caso, pode representar riscos à integridade do próprio trabalhador, do patrimônio público, bem como de outros trabalhadores.

Considero uma questão ética muito séria, que por si só já justifica quaisquer trabalhos educativos nessa área. Aqui não contabilizamos as estatísticas de acidentes no lar e de trânsito envolvendo dependentes de drogas.

Durante os encontros várias situações que envolveram dilemas éticos foram discutidos e refletidos com os trabalhadores, como por exemplo: a violência, o suicídio, a mentira, o desrespeito às leis, humilhação, o desrespeito aos direitos do trabalhador, saber ouvir o outro, liberdade x opressão, impunidade, direito a oportunidade de tratamento, que fazem parte do cotidiano de uma situação de dependência química, bem como a responsabilidade de cuidar-encaminhar para profissionais de outras disciplinas aqueles trabalhadores que necessitarem de acompanhamento individual especializado.

Com relação aos aspectos educativos envolvidos no processo de cuidar, foram uma preocupação constante que esteve presente desde a idealização e elaboração do projeto à escolha do tema e dos sujeitos, da forma de abordar a realidade à escolha do Referencial e do próprio local onde foram realizados os encontros.

Há muito venho refletindo sobre a importância da educação nas ações de saúde, uma vez que a área de enfermagem do trabalho tem como tarefa principal a de educar os trabalhadores, levando-os a refletir sobre como ocorre o processo de saúde-doença em seus diversos contextos. Meu objetivo sempre foi o de despertá-los sobre seus direitos à discussão das questões relacionadas à saúde.

“Aprender e ensinar fazem parte da existência humana, histórica e social... não é possível ser gente sem, desta ou daquela forma, se achar entranhado numa certa prática educativa...ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática social de que tomamos parte...” (Freire, 1993, p. 19, 21 e 79 ).

Segundo Freire (1993, p.89) “... qualquer que seja a prática de que participemos, a de médico, a de engenheiro, a de torneiro, a de professor, não importa de quê, a de alfaiate, a de eletricista, exige de nós que a exerçamos com responsabilidade. Ser responsável no desenvolvimento de uma prática qualquer implica, de um lado, o cumprimento de deveres, de outro, o exercício de direitos... O direito de ser tratados com dignidade pela organização para a qual



trabalhamos, de ser respeitados como gente...respeitados todos os direitos que nos são assegurados pela lei e pela convivência humana...”.

Entre esses direitos estão a educação e a saúde. Assim sendo, o trabalho do enfermeiro precisa estar voltado para a tarefa de mediar um processo educativo com os trabalhadores visando incentivá-los a conhecer e refletir sobre os riscos a que estão expostos no ambiente de trabalho, bem como nas situações vividas nos seus diversos contextos (familiar, trabalho, sociedade em geral), e a liberdade de fazer suas escolhas de forma consciente. Para tanto, o enfermeiro precisa conhecer tudo o que acontece envolvendo o cotidiano desses trabalhadores.

Segundo Freire (1993, p.27), “... uma destas exigências, a compreensão crítica dos educadores do que vem ocorrendo na cotidianidade do meio popular. Os próprios conteúdos a serem ensinados não podem ser totalmente estranhos àquela cotidianidade... o que acontece, no meio popular, nas periferias das cidades, nos campos - trabalhadores urbanos reunidos para rezar ou para discutir seus direitos -, nada pode escapar à curiosidade arguta dos educadores envolvidos na prática da Educação Popular”.

Nessa situação de dependência química, vários estudos têm demonstrado (Mansur, 1991; Zaleski, 1996) que o processo educativo em grupo é mais eficaz. Conforme consta na introdução deste relatório, encontramos em vários autores construtivistas, bem como no próprio Referencial do Cuidado Holístico- Ecológico (Patrício, 1995), o respaldo para desenvolver um trabalho de grupo, com o objetivo de buscar-manter o processo de busca de ser feliz, longe de situações de dependência química, através da participação ativa do próprio trabalhador.

O trabalho de grupo é um dos principais instrumentos de que o enfermeiro dispõe na sua prática, porém é importante que se utilize de conhecimentos na área da educação, construindo um Referencial para o cuidado, que propicie desenvolver com os clientes reflexões acerca das possibilidades de se ter saúde.

Não existe a menor dúvida de que a metodologia prescrita pelo Referencial do CHE é considerada como uma “Prática Educativa”, fundamentada no diálogo voltado à reflexão. A maneira pela qual as técnicas de Oficina se

desenvolvem, as trocas de sentimentos e de universos culturais, promovem a construção da consciência individual-coletiva, desencadeando transformações que são percebidas tanto no trabalhador como no educador-cuidador.

## **5 O MOVIMENTO DE “BUSCA DE SER FELIZ”: O PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL DO GRUPO**

A partir da análise dos dados do Processo de Cuidar nos encontros, procurei compreender como se dá o processo de viver desses seres humanos, na sua relação com a dependência química.

Dessa análise emergiram categorias que em um segundo momento mostraram um inter-relacionamento de situações de saúde-doença.

A descrição e reflexão desse processo de análise fez emergir o grande tema do estudo: **O Movimento de Busca de Ser Feliz** de Trabalhadores Dependentes Químicos.

Esse **movimento** está representado através da figura 3.



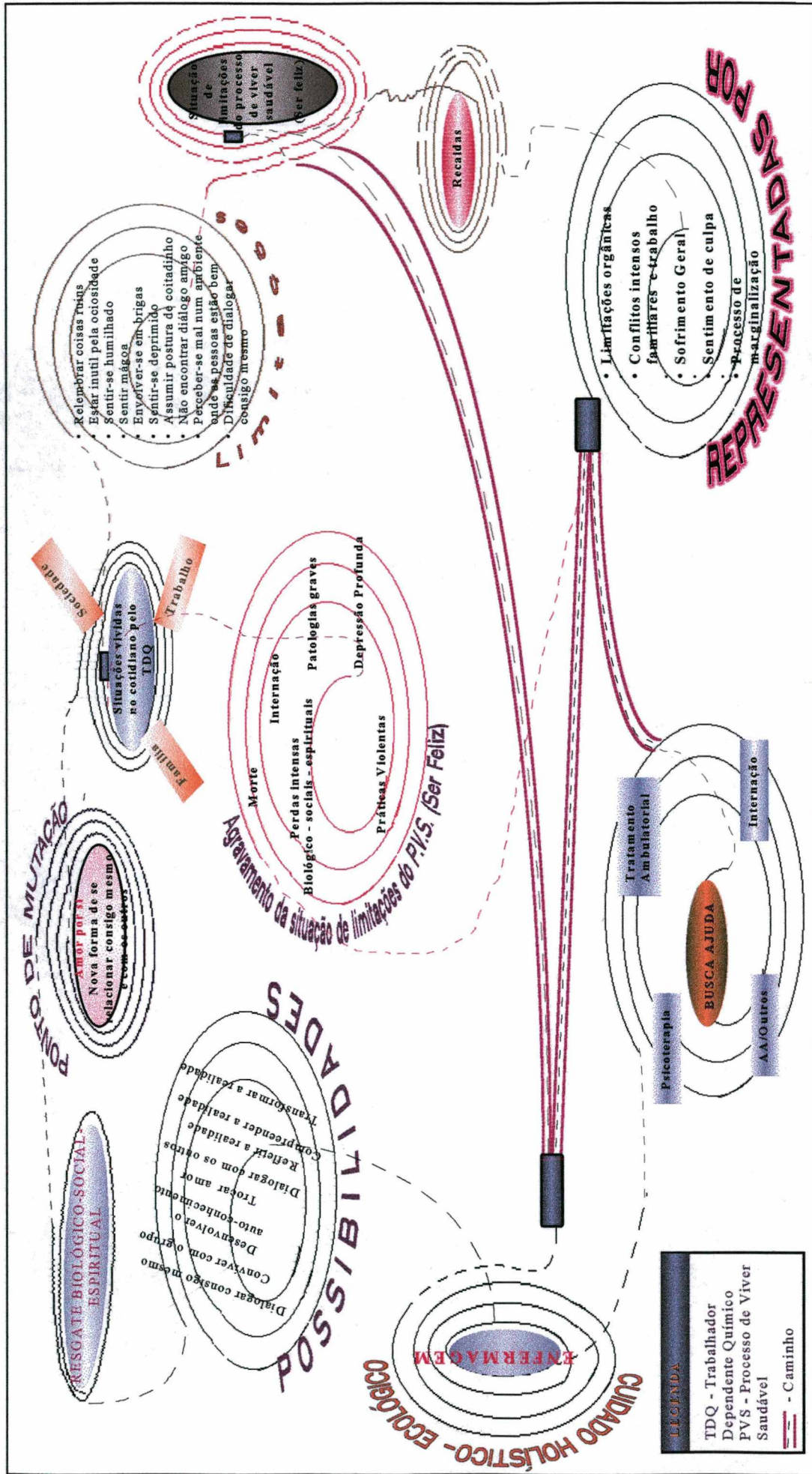


Figura 3 - Movimento de "Busca de Ser Feliz" de Trabalhadores D. Q.

O desenho acima representa o processo de viver dos trabalhadores dependentes químicos que é caracterizado como um **“movimento de busca de ser feliz”**.

O ciclo inicia com algumas situações que são vividas pelos trabalhadores nos diversos contextos (família, trabalho, sociedade em geral) e que são percebidas por eles como geradoras da vontade de usar drogas, entre elas apontam que: **relembrar coisas ruins, estar inútil pela ociosidade, sentir-se humilhado, sentir mágoa, envolver-se em brigas, sentir-se deprimido, assumir postura de coitadinho, não encontrar diálogo amigo com os outros e consigo mesmo, perceber-se mal num ambiente onde as pessoas estão bem**. Esse sentimento e sensações resultam em limitações no seu processo de viver saudável/ ser feliz, desencadeando a recaída, que é representada por limitações orgânicas, conflitos, sofrimento, sentimento de culpa, depressão e marginalização.

Nesse processo o trabalhador pode seguir intensificando as suas perdas, ou decidir buscar ajuda.

Se a escolha for seguir no caminho das perdas, precipita o agravando das situações de limitação do processo de viver saudável e de **“busca de ser feliz”**, caminhando para o **aprofundamento da depressão, e práticas violentas contra si mesmo e seus familiares, resultando na maioria das vezes em novas internações, patologias graves, perdas intensas biológico-social-espiritual e não raro à morte**.

Se decidir buscar ajuda, poderá encontrá-la através dos grupos de alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, na psicoterapia, em tratamentos ambulatoriais, internações em clínicas e fazendas de recuperação ou do cuidado holístico- ecológico, prestado pela enfermagem na empresa.

O cuidado de enfermagem é um caminho, através do qual o trabalhador busca resgatar suas possibilidades de transformar a realidade. Entre essas possibilidades estão: **dialogar consigo mesmo, conviver com o grupo, desenvolver o auto-conhecimento, trocar amor, dialogar com os outros, refletir a realidade, compreender a realidade e transformá-la**.

O enfermeiro é o mediador desse processo de busca, onde o trabalhador faz o resgate biológico-social-espiritual.

O ponto de mutação se dá quando o trabalhador **resgata amor por si próprio**, passando a se relacionar consigo mesmo e com os outros de uma nova forma.

Esse **movimento** foi identificado no transcorrer da análise do Processo de Cuidar.

A medida em que os encontros com os trabalhadores foram acontecendo, fui percebendo através da observação durante os trabalhos, da história de saúde e funcional, que eles tinham uma tendência a repetir determinadas situações em suas vidas.

Através do processo de cuidar, de estar com eles, de refletir, de ouvir suas histórias de vida, de conhecer mais sobre a dependência química, percebi que aos poucos foram-se descortinando situações de saúde-doença, que caracterizam o processo de viver daquele Grupo como um "movimento" constante de busca de "ser feliz".

No início, esse movimento se caracterizava por vivenciar a manutenção-repetição de situações que para aqueles trabalhadores geram angústia, sofrimento, representando limitações de busca do equilíbrio interior e das suas possibilidades de transcender os momentos de sofrimento e infelicidade.

Na verdade, eles também anseiam viver bem e compartilhar com as outras pessoas momentos felizes, bem como, construir uma história de vida repleta de realizações, de amar e ser amado.

Segundo Weil (1993, p.46-47), "tudo fazemos para viver bem. O problema é que nossa procura começa e termina fora de nós mesmos. Em busca de alívio para suas dores físicas e psíquicas, o paciente corre atrás de remédios exteriores a si mesmo. O círculo se fecha e leva à perda da paz interior, interpessoal e social. Por buscarmos fora de nós mesmos, jamais encontramos a verdadeira felicidade, e acabamos nos contentando com arremedos de prazer".

Com esses trabalhadores também acontecia isso, pois através dos seus relatos percebi que na busca do viver feliz, transferem à outras pessoas a responsabilidade de fazê-los felizes, deparando-se com situações que são

vividas no cotidiano (família, trabalho, sociedade em geral) e percebidas por eles como geradoras de limitações de bem viver, de ser feliz, que foram categorizadas através de suas falas, entre elas estão *“relembrar coisas ruins”, “sentir-se inútil com a ociosidade”, “ser humilhado”, “sentir mágoa”, “envolver-se em brigas e desentendimentos”, “sentir-se deprimido”, “assumir uma postura de coitadinho”, “não encontrar diálogo amigo com os outros e consigo mesmo”, “perceber-se mal num ambiente onde as pessoas estão bem”*.

Neste sentido, a partir das situações descritas, os trabalhadores sentem-se limitados nas suas possibilidades de bem viver, de ser feliz, passando a buscar nas drogas um suporte para enfrentar as angústias e tristezas do seu processo de viver e se relacionar com os outros.

Quando a relação que ele estabelece com as drogas é de dependência, passa a viver uma situação de doença que é a dependência química, representada por limitações orgânicas, por conflitos intensos na família e no trabalho. Começa a experimentar um profundo sentimento de culpa pelos conflitos que gera, passando a sofrer um processo de marginalização por parte da sociedade e também dele mesmo.

Segundo Weil (1993, p.46), *“o medo da perda cria emoções destrutivas, como a desconfiança, o orgulho ferido e a depressão. Sofremos moralmente”*. Essas emoções são observadas no processo de viver desses trabalhadores.

Na tentativa de explicar o que acontece com ele, projeta nos outros as razões que o levaram a adoecer, passando a aumentar as dificuldades de se relacionar com os outros e consigo mesmo. Quanto mais tempo ele se mantiver doente, mais sofre com o preconceito e a marginalização, acarretando muitos prejuízos que são sentidos através dos danos causados ao próprio corpo, das perdas morais, como o respeito de seus colegas e familiares, levando a um aprofundamento do seu estado depressivo.

A manutenção desse sofrimento no processo de viver dos trabalhadores, pode também levá-los à práticas violentas contra si mesmo e sua família, gerando um sentimento de culpa que vai aumentando a medida em que não consegue sair desse ciclo, repetindo o uso das drogas e dos hábitos de vida que

tinha quando na ativa, e novas recaídas. Começa a se verificar um processo de agravamento das situações de limitação de “busca do viver feliz”.

Nessa fase da doença, ele passa a ter perdas biológico-sociais- espirituais mais intensas, aumentando ainda mais o sentimento de culpa, perdendo a auto-estima.

Do processo de perdas e sofrimento, ele pode aprofundar sua depressão, vir a se suicidar, morrer pelos danos causados ao corpo, ter perdas mais intensas ou decidir buscar ajuda, resgatando sua auto-estima e suas perdas. A decisão de buscar ajuda, é motivada na maioria das vezes pelo risco de perder sua família, ou seu emprego. Como diz **Solidariedade** através de sua fala: *“Infelizmente o início da caminhada se dá pela dor e não pelo amor”*. Entretanto, se observa, que ele só aceitará ajuda se realmente desejar, como o próprio referencial de Patrício (1990) pontua, o ser humano é considerado um ser livre para buscar possibilidades de transformação da sua realidade.

Entre as possibilidades de ajuda destacam os grupos de alcoólicos anônimos, a psicoterapia, a internação hospitalar, o tratamento ambulatorial.

Para esse grupo de trabalhadores, o cuidado de enfermagem representou uma possibilidade de transformação da realidade, principalmente pelo amor com que a enfermeira troca nas suas interações com eles, estimulando-os a acreditar em si próprios e a se aceitarem.

O desafio do cuidado de enfermagem para trabalhadores dependentes químicos está em mediar a reflexão sobre a manutenção do processo de bem viver, de ser feliz sem as drogas, bem como, de buscar uma mudança de valores, crenças e práticas de vida. Discutir e refletir sobre temas relacionados a saúde, qualidade de vida, às dificuldades do dia-a-dia, inclusive a construção de conceitos de “amor”, de “grupo” e de “consciência de grupo”, ajudando-os a compreender suas limitações e buscar alternativas para superar situações de sofrimento.

A partir das reflexões e sínteses feitas durante as oficinas, os trabalhadores perceberam que na sua história de vida existem várias situações que desencadeiam a vontade de usar drogas, e passaram a compreender a importância de buscarem maneiras para lidar com essas experiências,

construindo com o grupo novas formas de prevenir as recaídas de comportamento e de uso da droga.

Segundo os próprios trabalhadores, essa prevenção se dá através do “auto-conhecimento”, “da busca da sua essência”, “do resgate da auto-estima”, da “valorização das qualidades do ser humano”, e de buscar “compreender a importância dos grupos” no seu processo de viver e de se libertar do sofrimento e estar com saúde.

O amor, também representa para eles uma possibilidade de buscar-manter-recompôr seu processo de bem viver, de ser feliz, ou seja, de ter saúde. Para eles, amar significa “dar e receber carinho”, “permitir que o outro seja” aquilo que ele é e não o que eu gostaria que fosse, “compreender” as limitações dos outros e as suas próprias limitações, é “compartilhar” alegrias, tristezas e aprendizado, é “saber ouvir”, “perceber” as mensagens que não são faladas, mas transmitidas através de gestos, olhares, energia; é “respeitar necessidades e individualidades”, é “chorar e rir”, é “evoluir juntos”.... “amar é conhecer-se cada vez mais”. E é conhecendo-se mais que o ser humano poderá ter liberdade de escolha durante todo o seu processo de viver.

O grupo teve um papel muito importante nesse processo de busca. A ajuda do grupo também representa uma possibilidade, pois para eles um grupo representa um “lugar seguro”, um “tesouro”, no qual “ninguém pode perder”. O grupo “é constituído por cidadãos comuns que assumem um compromisso com a busca da essência”, trabalhando o “auto-conhecimento”. No grupo, segundo eles, “se constrói uma história de vida”, “promove educação e mudanças”, que buscam “abrir horizontes”, “vislumbrando um futuro de grandes acertos e de felicidade”.

Nas interações entre os participantes do grupo existe a “entrega”, permitindo que o outro com suas vivências passe a fazer parte de si, “criam-se laços fortes de amor e amizade”, que faz com que sintam “segurança” em compartilhar experiência de alegria e sofrimento; os participantes do grupo têm “credibilidade”. Eles compreendem também que “cada grupo tem sua maneira de ser”. No grupo existe “harmonia” e as emoções estão presentes.

Segundo Riviere ( 1998, p.12) , “a adaptação ativa do indivíduo à realidade e a aprendizagem estão indissolúvelmente ligadas. A saúde mental deverá ser

resolvida num contínuo processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade através do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos. Enquanto se cumpre esse itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e de enfrentar a mudança”.

A convivência com o grupo, a troca de afeto, vivências, culturas, energias, faz com que a comunicação do ser humano consigo mesmo e com o outro seja mais dinâmica, levando-o a se manter num movimento saudável.

“Afirma-se que uma pessoa mentalmente sã é aquela capaz de enfrentar a realidade de uma maneira construtiva, de tirar proveito da luta e convertê-la em uma experiência útil, de encontrar maior satisfação no dar do que no receber e estar livre de tensões e ansiedades, dirigindo suas relações com os demais para obter mútua satisfação e ajuda, de poder dar saída a certo montante de hostilidade com fins criativos e construtivos e de desenvolver uma capacidade de amar” ( Riviere, 1998, p.95).

Segundo os trabalhadores, o cuidado de enfermagem prestado, ajudou-os na manutenção da saúde, pois aprenderam a valorizar a saúde. Para eles, estar com saúde significava ter possibilidades de ser feliz, pois “os assuntos discutidos no grupo tem melhorado o relacionamento com a família, com as pessoas e isso repercute na melhora física e emocional”.

Na avaliação deles o trabalho desenvolvido com o grupo “ajuda na manutenção e recuperação da saúde, através da troca de experiências”, “oferece oportunidade de se refletir sobre o estilo de vida, que vem sendo adotado e na influência sobre a saúde”. O processo de cuidar tem sido uma “terapia e ajuda bastante na doença que é o alcoolismo”, e a “experiência de vida dos integrantes do grupo ajudam a refletir e fazer um paralelo com o que acredito ou não”. Segundo os trabalhadores, esse processo de cuidar serve também de alavanca e ânimo para preservar o programa de AA (Alcoólicos Anônimos), e como consequência a “melhora da saúde integral”.

A partir da conscientização dos trabalhadores, da vontade de mudar, de buscar a felicidade, de perceber que tem possibilidades de dialogar consigo mesmo e com os outros, de resgatar a auto-estima, de fazer do amor uma

resolvida num contínuo processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade através do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos. Enquanto se cumpre esse itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e de enfrentar a mudança”.

A convivência com o grupo, a troca de afeto, vivências, culturas, energias, faz com que a comunicação do ser humano consigo mesmo e com o outro seja mais dinâmica, levando-o a se manter num movimento saudável.

“Afirma-se que uma pessoa mentalmente sã é aquela capaz de enfrentar a realidade de uma maneira construtiva, de tirar proveito da luta e convertê-la em uma experiência útil, de encontrar maior satisfação no dar do que no receber e estar livre de tensões e ansiedades, dirigindo suas relações com os demais para obter mútua satisfação e ajuda, de poder dar saída a certo montante de hostilidade com fins criativos e construtivos e de desenvolver uma capacidade de amar” ( Riviere, 1998, p.95).

Segundo os trabalhadores, o cuidado de enfermagem prestado, ajudou-os na manutenção da saúde, pois aprenderam a valorizar a saúde. Para eles, estar com saúde significava ter possibilidades de ser feliz, pois “os assuntos discutidos no grupo tem melhorado o relacionamento com a família, com as pessoas e isso repercute na melhora física e emocional”.

Na avaliação deles o trabalho desenvolvido com o grupo “ajuda na manutenção e recuperação da saúde, através da troca de experiências”, “oferece oportunidade de se refletir sobre o estilo de vida, que vem sendo adotado e na influência sobre a saúde”. O processo de cuidar tem sido uma “terapia e ajuda bastante na doença que é o alcoolismo”, e a “experiência de vida dos integrantes do grupo ajudam a refletir e fazer um paralelo com o que acredito ou não”. Segundo os trabalhadores, esse processo de cuidar serve também de alavanca e ânimo para preservar o programa de AA (Alcoólicos Anônimos), e como consequência a “melhora da saúde integral”.

A partir da conscientização dos trabalhadores, da vontade de mudar, de buscar a felicidade, de perceber que tem possibilidades de dialogar consigo mesmo e com os outros, de resgatar a auto-estima, de fazer do amor uma



constante em suas vidas, passam a manter seu processo de viver num movimento constante de busca de ser feliz, aprendendo a ver a vida de uma maneira diferente, acreditando na capacidade de amar e nas suas possibilidades.

Começam a sentir necessidade de se descobrir mais a cada dia, constatando que têm uma tendência a repetir determinados padrões em suas vidas, o que faz com que passem a dar saltos de qualidade no seu processo de busca de viver feliz.

Como mostram suas falas: "... tive que mudar, reconhecer fraquezas, valorizar qualidades, tentar compreender e ser compreendido e isso me tornou mais humano...", "...a maior alegria é estar em paz comigo mesmo.... é ter saúde....é estar feliz...".

O ponto de mutação acontece quando o sujeito (pessoa) é estimulado e sente amor por ele mesmo, o que faz com que passe a se auto-valorizar e a cuidar de si mesmo, desenvolvendo uma nova forma de enxergar a realidade, as outras pessoas, e a si mesmo nessa relação com a vida. Ele passa a acreditar nas suas possibilidades de buscar a felicidade e de transformar sua vida, valorizando mais a oportunidade de aprender e evoluir.

## 6 REFLEXÕES FINAIS

*Não podemos viver só para nós mesmos. Há uma rede de milhares e milhares de fios que nos liga a todos os homens. E em meio a todos esses fios, feito fios humanos e solidários, nossos atos agem como causas, e a nós retornam, como efeitos (Herman Melville).*

Dizem que nós, profissionais de saúde, com o tempo, vamos nos tornando insensíveis ao sofrimento humano... que nossas ações não passam de atos mecânicos.

Porém, a cada dia percebo que fico mais sensível, pensando em como transformar a realidade, adotando ações e formas de cuidar que possam, pelo menos, fazer movimentar a energia propulsora das transformações necessárias ao bem-estar e felicidade do ser humano. Essa energia que vi no processo de cuidar dos trabalhadores.

Percebi nesse trabalho o quanto ainda sofremos influência de antigos paradigmas que nos obrigam a “simplificar-complicando” nossa visão de vida, de universo e de nós mesmos.

Temos passado muito tempo tentando compreender o ser humano, sem no entanto, nos preocuparmos em ampliar nossa visão, a fim de enxergarmos respostas mais simples, que na maioria das vezes, se encontram dentro de nós

mesmos. Paramos de procurar a beleza da vida, de sentir a natureza, de observar as plantas, de ouvir mensagens que não são faladas. Passamos a complicar cada vez mais as coisas para nós.

Nos afastamos bastante do verdadeiro sentido do cuidado, aquele que aprendemos com as mães, e que é inspirado, vivido e explicado no amor, que compreende, sabe ouvir, que compartilha, que percebe, que luta e que cura as dores da alma.

Muitos se afastam de sua essência enquanto seres humanos, fazendo do trabalho de cuidadores da saúde um sofrimento para os nossos doentes. Esquecendo que, acima de tudo, eles necessitam de amor. Amor, essa energia que tem o poder de transformar, de conseguirmos vencer o orgulho, a vaidade, o egoísmo e o medo. Esse amor que é capaz de promover a sintonia dos contrários, nos fazendo dar saltos de qualidade em nossas vidas.

Quando nos deparamos com a oportunidade de estudar um tema como a **dependência química**, através do compartilhar vivências, angústias, sonhos, dramas e conquistas com esses seres humanos, sentimos o quanto ainda precisamos aprender sobre a existência humana e sobre o amor.

A cada encontro com o grupo de trabalhadores vi desvendar pequenas facetas da infinita diversidade de cada um deles. Em muitos momentos sentindo a sensação de estar assistindo cenas de um filme que já vi, não só na minha vida, mas também na de outras pessoas, apenas com personagens diferentes.

Vi e vivi com eles sentimentos e sensações que envolvem os conflitos pessoais, familiares e de trabalho.

Os sentimentos de tristeza, de culpa, de se sentirem diferentes das outras pessoas, de não se acharem fazendo parte da vida, aos poucos fui aprendendo como eles “a ver as coisas de maneira diferente”, a perceber que muitos fatores, muitas situações vividas por esses seres humanos, nas suas interações, acabam por desencadear neles essa vontade de usar drogas, e em outras pessoas a compulsão por comida, por trabalho, ou compras.

E de repente pensei e eu? Como fui parar aqui com esse grupo? Que outros caminhos posso mostrar para eles e que poderiam ajudá-los a lidar com as

carências, as dores, a falta de amor? Qual a grande lição? O que preciso aprender? Afinal, a vida é um grande aprendizado!!!

Cada encontro percebi que estava mais próximo do grupo, reconhecendo que ainda tenho um longo caminho a percorrer, na busca da compreensão do significado da **dependência química**.

Para esse grupo, essa situação de dependência representou um processo de muitas perdas, muito sofrimento, mas que resultou num movimento a caminho da evolução enquanto seres humanos. Passaram a valorizar mais cada minuto de suas existências, as oportunidades de se conhecerem, de se reconciliarem consigo mesmos e com os outros, resgatando o amor por si, pela vida, pelas outras pessoas. Viram o quanto é bom dar e receber amor, ter “serenidade” para perceberem as diferenças daquilo que podem ou não mudar, e do que ainda precisam mudar. Passaram a ver a vida de uma outra maneira e a participarem dela.

Perceber-se participando da vida, fazendo suas escolhas, de forma consciente e buscando recursos para viver com dignidade.... Isso é ser saudável!

Para mim compartilhar esses momentos com o grupo, estudar sobre dependência química, representou um privilégio, uma oportunidade de refletir mais sobre a vida, sobre o trabalho e vislumbrar caminhos para melhorar cada vez mais a assistência a esse tipo de doente.

Esses encontros, essas interações entre enfermeira e grupo, promovem a reconstrução dos significados dos trabalhadores e também da enfermeira.

Vi nesse Referencial de Enfermagem a possibilidade de ampliar meu olhar, bem como de encontrar o que busquei durante toda a vida profissional, que é desenvolver um trabalho com competência, amor, ética, princípios científicos e muito “pé no chão”.

Ainda tenho muitos estudos a fazer, muitas leituras, na busca de um conhecimento profundo do tema, para no mínimo encontrar muito mais perguntas. Tentar compreender o significado das situações de doença no processo de vida, nos leva a compreender nossos próprios processos internos.

Penso que aquela afirmação antiga de que “nós, profissionais de saúde, escolhemos inconscientemente essa área pelo medo de encararmos a morte”,

talvez faça sentido para alguém, mas tenho percebido que trabalhar na área de saúde acaba sendo uma oportunidade de melhor compreendermos a vida.

Espero que esse estudo possa contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem ao trabalhador **dependente químico**, e que outras empresas também abram espaço para desenvolver esse tipo de trabalho, vendo o trabalhador dependente como um doente e não com preconceitos e que isso reflita em toda a sociedade, pois vimos o quanto a problemática da dependência pode repercutir na família, no trabalho, gerando muito sofrimento, muita angústia, carência de afeto e de amor.

Tenho consciência que esse estudo não deu conta de abordar todos os aspectos envolvidos no assunto, porém espero dar continuidade no curso de doutorado, assim como trocar idéias com outros profissionais que tenham a oportunidade de ler esse trabalho.

Vários temas que emergiram a partir do processo de cuidar e suas relações com a saúde do ser humano, poderão ser aprofundados por outros pesquisadores como a culpa, a mágoa, trocas de energia, grupo, suicídio, violência, mudança, solidão, solidariedade, especialmente o amor.

*“...Eu não sabia amar, aprendi aqui no grupo... sabe esse jeito que tu ensinas as coisas, que cuidas da gente, esse teu amor me fez aprender a amar....hoje eu entendo aquela história de transmitir a luzinha cor-de-rosa, tem que ser com amor... a gente tem que sentir amor pela outra pessoa... ela também muda...funciona!” (Depoimento de Amor).*

## BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, Alex A. P. **Alcoolismo: Os seguidores de Baco**. São Paulo: Mercuryo, 1993.
- BRANDÃO, Carlos R. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BRANDÃO, Denis, CREMA, R. **O novo paradigma holístico**. São Paulo: Summus, 1991.
- BYCK, Roberto (org.). **Freud e a cocaína**. Trad. Cláudia Martinelli, Mauro Gama. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989. Notas de Anna Freud.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- \_\_\_\_\_. **A teia da vida**. Trad. Newton Roberto Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 1996
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1992.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- FISHMAN, Ross. **Alcoolismo**. São Paulo: Nova Cultural, 1988
- FREIRE, Paulo. **Política e educação: questões da nossa época**. São Paulo: Cortez, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

GELAIN, Ivo. **O significado do êthos e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho**. São Paulo: USP, 147 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

GIES (Grupo Interinstitucional de Educação e Saúde). **Alcoolismo saiba o que é**. Florianópolis, 1995.

HAVIARAS, Consuelo et al. **Na construção de um projeto político-pedagógico: a redescoberta do conceito de grupo através da ação-reflexão**. Florianópolis. Trabalho apresentado na disciplina Avaliação Curricular. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, 1996.

HILLMAN, James. **O código do ser: uma busca do caráter e da vocação pessoal**. Trad. Adalgisa Campos da Silva. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

KUSINITZ, Marc. **Famosos e drogados**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MANSUR, Jandira. **O que é o alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MARLATT, Alan G., GORDON, Judith R. **Prevenção de recaída**. estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MATUI, Jiron. **Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino**. São Paulo: Moderna, 1995.

MENEZES, Mara S.C. **O que é amor exigente**. São Paulo: Loyola, 1996.

MINAYO, Maria C. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

PATRÍCIO, Zuleica M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém – nascido, através de um marco conceitual de enfoque sócio – cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990, 232p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. O processo de trabalho na enfermagem frente às novas concepções de saúde: Repensando o cuidado / Propondo o Cuidado Holístico. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.2, n.1, p.67-81, jan/ jul. 1993.

\_\_\_\_\_. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3., n.1, p.58-78, jan /jun. 1994a.

\_\_\_\_\_. Pesquisando – participando em “Trabalho de Campo”: cuidando e desenvolvendo um método de pesquisa para a enfermagem. Florianópolis, **Texto e Contexto**, v.3, n.1, p.58-74, jan/jun.1994b.

\_\_\_\_\_. Nem talco nem diamante: a riqueza de um processo de ensino aprendizagem na área da sexualidade – adolescência. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p.93-109, jul /dez. 1994c.

\_\_\_\_\_. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo**: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Florianópolis: UFSC, 1995, 214p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Curso de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. **Ser saudável na felicidade – prazer. Uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico – ecológico**. Pelotas: Editora da Universitária (UPEL), Florianópolis: PPG em Enfermagem (UFSC), 1996.

PAULA, Wilson K. **Tratamento do uso indevido de álcool e outras drogas: proposta alternativa da UFSC**, dez. 1994.

\_\_\_\_\_. **Pensão protegida auto administrada**: relatório abril/94 – dez/96, Florianópolis, 1996.

POLIT, Denise et al. **Pesquisa em enfermagem**. Trad. Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRAD (Programa de Prevenção e Tratamento à Dependência do Alcool e outras Drogas). **Álcool e drogas**: Conhecer para prevenir. Florianópolis, 1995.

\_\_\_\_\_. **Drogas e efeitos**. Florianópolis, 1997.

RIVIÉRE, Enrique P. **O processo grupai**. Trad. Trad. Marco Aurélio Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RUFINO, Márcia et al. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, p.17-23, abr. 11996. Número especial.

SCHUCKT, Marc. **Abuso de álcool e drogas: uma orientação ao diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SEVERINO, Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 1997.

SOUZA, Mariana F. **Referencial teórico**. São Paulo, 1994. Trabalho apresentado na reunião anual da SBPC.



VALENTI, Geni D. et al. Trabalho criativo e ética: o início da nova história. **Revista de Administração de Empresas (RAE)**. São Paulo, v.35,n., p.22-29, jan/fev. 1995.

VALLS, Álvaro L.M. **O que é Ética**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

WACHTEL, Ted et al. **Amorexigente**. Trad: Marco Antônio Donato. São Paulo: Loyola, 1994.

WEIL, Pierre. **A arte de viver em paz**. São Paulo: Gente, 1993

\_\_\_\_\_. **Amar e ser amado: a comunicação no amor**. 27.ed. Petrópolis: Vozes, 1998a.

\_\_\_\_\_. **Relações humanas na família e no trabalho**. 48.ed. Petrópolis: Vozes, 1998b.

ZALESKI, Marcos. Prevenção da Recaída. In: SEMINÁRIO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO À DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 1996. Florianópolis. **Seminário...** Florianópolis, 1996. Notas de palestra proferida.

## **8 ANEXOS**

**ANEXO 1****DIÁRIO DE CAMPO**

---

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Curso de Mestrado em Enfermagem

Projeto: O Processo de Viver de Trabalhadores Dependentes Químicos: Um Movimento de "Busca de Ser Feliz"

Mestranda: Consuelo Coelho Haviaras

Diário de Campo

Encontro nº

---

Notas de Campo

Análise

---

Local:

Data:

Horário:

## ANEXO 2

### Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos

Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

Vimos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

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

Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

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

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

Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.


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

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

Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errado o admitíamos prontamente.

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

Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossa atividades.

**ANEXO 3**

**CONVIDAMOS PARA UM  
ENCONTRO ONDE  
CONVERSAREMOS  
SOBRE A FORMAÇÃO DE  
UM GRUPO NA EMPRESA  
PARA REFLETIR SOBRE  
QUESTÕES  
RELACIONADAS À  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA E  
QUALIDADE DE VIDA**

**LOCAL: SALA DE AULA 2  
1º ANDAR**



**ANEXO 4**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**PROJETO: O PROCESSO DE CUIDAR DE ABORDAGEM HOLÍSTICO -**  
**ECOLÓGICA COM TRABALHADORES EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**  
**QUÍMICA - 1997**  
**MESTRANDA: CONSUELO COELHO HAVIARAS**  
**ORIENTADORA: ZULEICA M. PATRÍCIO**

**1º ENCONTRO: OFICINA 1: CONHECENDO-SE, LEVANTANDO**  
**EXPECTATIVAS**

**DATA: 20-05-97**

**Horário: 9:30 H**

**Local: Sala de Aula N º 2**

**OBJETIVOS**

Iniciar o processo de construção de consciência de grupo.

Conhecer as expectativas e as necessidades do grupo em relação ao trabalho proposto.

Identificar expectativas comuns no grupo e aquelas individuais

Planejar os outros Encontros individuais e coletivos conforme discussão da análise anterior

## ATIVIDADES

Reunir em grupos de 2 pessoas, solicitar que registrem em papel a resposta à pergunta “O que vocês esperam desses encontros?” ou “Porque vocês vieram participar do projeto?”.

Apresentar em cartaz à todo o grupo.

Promover momento de discussão no grande grupo sobre o resultado apresentado, estimulando que eles próprios definam as prioridades de grupo e aquelas individuais.

Estabelecer o momento de elaboração de Síntese do Encontro.

Planejar com eles as atividades do Encontro seguinte (quanto ao tema e a forma de desenvolvimento).

Avaliar através de depoimento escrito (sem identificação) a Oficina.

## RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto (nome, objetivos)

Pincel atômico ( 3 de cada cor para cada grupo)

Fita adesiva, Som/CD, café, copos, bolacha

## **ANEXO 5**

### **ORAÇÃO DA SERENIDADE**

Concedei-nos, Senhor, a Serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar.

Coragem para modificar aquelas que podemos e SABEDORIA para distinguir umas das outras.