

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S/A

SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

FANI CIRLECI CASSALES CELENTE

O SENTIMENTO DA EQUIPE DO CAPS AD EM RELAÇÃO

AO PROCESSO DA RECAÍDA

Porto Alegre,

Dezembro de 2007

FANI CIRLECI CASSALES CELENTE

**O SENTIMENTO DA EQUIPE DO CAPS AD EM RELAÇÃO
AO PROCESSO DA RECAÍDA**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Serviço de Saúde Mental – Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A. Residência Integrada em Saúde – Ênfase em Saúde Mental para a obtenção do título de aperfeiçoamento especializado em Saúde Mental.

KÁRIN FERRO BASSO
Orientadora

ANISIA FILOMENA MARTINS
Co-orientadora

Porto Alegre,
Dezembro de 2007

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	2
1 OBJETIVOS.....	6
1.1 Objetivo Geral.....	6
1.2 Objetivos Específicos.....	6
2 METODOLOGIA	7
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	8
3.1 Aspectos Importantes para o tratamento da dependência química	8
3.2 O entendimento e o trabalho no processo da recaída.....	12
3.3 Intervenções no processo da recaída.....	19
3.4 Sentimentos em relação ao processo da recaída.....	22
3.5 As chances de recair.....	26
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

APRESENTAÇÃO

Este trabalho trata-se de uma pesquisa realizada com a equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas¹ (CAPS AD) do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), na cidade de Porto Alegre/RS. A equipe é multiprofissional especializada, composta por enfermeira, médico clínico, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, além de contar com auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, serviços gerais, serviço de segurança, voluntários e residentes da Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) das áreas de enfermagem, serviço social, terapia ocupacional e psicologia. Os residentes da psiquiatria realizam estágio de dois meses no CAPS AD pela Residência Médica, assim como também, as assistentes sociais residentes da ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS-GHC.

O CAPS AD do HNSC, inaugurado em agosto de 2004, compõe o Sistema Único de Saúde² (SUS). Atende pessoas de ambos os sexos, a partir dos 12 anos de idade, que apresentem problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e de outras drogas. Este serviço trabalha de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica³ e é referência para a população residente nas regiões

¹O CAPS AD do HNSC é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

² O SUS, instituído pelas Leis 8080/1990 e 8142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988. Este sistema alicerça-se nos princípios de acesso **universal**, público e gratuito às ações e serviços de saúde; **integralidade** das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; **equidade**, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; **descentralização** dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; **controle social** exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

³O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira compreende: a) movimentos populares organizados no sentido de questionar a função social da psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores em saúde mental, além de reivindicar direitos dos "doentes mentais"; b) políticas nacionais delineadas principalmente a partir dos anos 90, no setor saúde, estabelecendo uma rede assistencial que apresenta alternativas à internação em hospitais psiquiátricos, e c) legislação nacional e estaduais que garantem um novo modelo assistencial para o atendimento dos problemas de saúde mental da população, além da garantia, aos portadores dos transtornos mentais, dos direitos de cidadania.

Norte/Eixo Baltazar, Nordeste e Noroeste de Porto Alegre em torno de trezentos mil habitantes. O sujeito chega no serviço encaminhado pela Unidade de Atenção Básica mais próxima de sua residência que pertença à região de abrangência do CAPS AD, portando o Documento de Referência e Contra-referência.

Ao chegar ao CAPS AD, o indivíduo é atendido passando por uma entrevista para o acolhimento e a identificação de suas necessidades e, também, para as informações sobre o funcionamento e o tratamento realizado no serviço.

O início do tratamento se dá através de dois grupos (o “Porta Aberta”⁴ e o “Motivação”⁵) e, após passar pelos grupos, o sujeito é encaminhado para uma avaliação a partir da qual será traçado seu plano terapêutico. As modalidades de tratamento utilizadas no plano variam conforme o quadro do indivíduo, sendo as seguintes: intensivo (atendimento diário, de segunda a sexta-feira); semi-intensivo (atendimento até 12 dias no mês) e o não-intensivo (com até três atendimentos no mês). Estes atendimentos são realizados nos turnos da manhã e/ou tarde.

Portanto, é a primeira avaliação, efetuada por um dos técnicos da equipe, que definirá a modalidade de tratamento a ser indicada para cada pessoa. Este mesmo profissional será o terapeuta de referência, definido no Manual do CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), como:

(...) Uma pessoa fundamental para esse processo, quanto à formação e manutenção do vínculo que o indivíduo estabelece com o serviço. Este terá um papel muito importante, também, para estimulá-lo a participar de forma ativa de seu tratamento e da construção de laços sociais (p. 28).

Além do terapeuta de referência, a equipe técnica do CAPS AD, após a avaliação, estabelece as atividades terapêuticas melhor indicadas para cada caso, que serão adotadas no tratamento, tendo como objetivo principal que o indivíduo atinja e se mantenha abstinente, através da mudança de comportamento, visando a sua reinserção social. Cada um dos casos é discutido em equipe, durante o “*round*

⁴ Este grupo foi criado para adesão ao tratamento, mantendo o vínculo com o paciente, motivando-o e informando-o quanto às estratégias para cessar o uso da droga. O grupo é coordenado por um técnico e um residente, sendo um espaço que propicia a troca de experiências entre os participantes, esclarecendo dúvidas sobre o processo da dependência química. O grupo acontece uma vez na semana com a duração prevista de uma hora e trinta minutos.

⁵ O Grupo Motivação tem o formato de três encontros com o objetivo de motivar o indivíduo para o tratamento, através de informações sobre a dependência de drogas, os prejuízos provocados, os sintomas, a síndrome de abstinência e o modelo de tratamento no CAPS AD. A sua realização é semanal e tem a duração prevista de uma hora. É coordenado por um técnico e um residente.

de pacientes”, que é um espaço para troca de informações, alterações e/ou sugestões do plano terapêutico. O plano inclui consultas individuais, grupos e oficinas terapêuticas, como também, grupos com os familiares, assembleias mensais e visitas domiciliares. O round é realizado quinzenalmente com a participação dos técnicos e residentes.

Na medida que fui conhecendo o serviço com a minha inserção na equipe técnica e apropriação deste espaço, acompanhando as sucessivas recaídas das pessoas em tratamento pelo uso abusivo de drogas, passei a ficar bastante mobilizada. Busquei num primeiro momento entender o porquê da minha inquietação e como era trabalhar o processo de recaída de um dependente químico; o que me levou a conversar com alguns técnicos sobre a questão e então percebi que esta inquietação não era apenas minha, mas também de outros profissionais da equipe.

Então a motivação principal deste estudo surgiu exatamente a partir da prática articulada a teoria, quanto aos sentimentos despertados nos profissionais da equipe técnica no CAPS AD em relação ao processo de recaída do dependente químico. Pretendo encontrar possíveis respostas, especialmente no que se refere aos sentimentos provocados na equipe.

Este trabalho tem a intenção de iniciar uma discussão, fazer questionamentos para uma ampliação do nosso olhar, no sentido de ir além do que está aparente, com a realização de algumas reflexões a partir do que é vivenciado na prática dos agentes envolvidos, articulado às teorias existentes e ao contexto em que ocorrem os fatos. Penso que este estudo traz contribuições e uma ampliação do espaço de reflexão, no campo da dependência química, uma vez que a equipe do CAPS AD está aberta a mudanças, ao novo, a novas formas de trabalhar, tendo como objetivo melhorar o trabalho que é desenvolvido.

Entendo que o vínculo e o comprometimento que o profissional da equipe técnica do CAPS AD estabelece com cada dependente químico afetam significativamente o tratamento. Pode-se trazer aqui a citação de Pechansky e Luborski: “(...) São necessários muitos tempo e energia por parte do terapeuta para introduzir o paciente ao tratamento e comprometê-lo com sua manutenção” (p. 782).

De que forma isso ocorre e quais os sentimentos e representações manifestados por estes profissionais é a problemática central desta pesquisa em relação ao processo de recaída do indivíduo em tratamento.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como os profissionais da equipe do CAPS AD vivenciam o processo da recaída dos pacientes em tratamento neste serviço.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os sentimentos e representações manifestadas pelos profissionais da equipe técnica em relação ao processo de recaída do dependente químico.
- Instigar um processo reflexivo em relação à questão proposta com os profissionais da equipe técnica do CAPS AD.
- Buscar respostas às inquietações quanto aos sentimentos provocados em relação a este processo.
- Instrumentalizar a equipe técnica para lidar com os sentimentos despertados.
- Beneficiar, indiretamente, o sujeito em tratamento no CAPS AD.

2 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa foi eleita neste estudo visto as possibilidades de conhecer os reflexos produzidos nos sujeitos entrevistados em relação ao objeto de estudo; neste caso, o processo da recaída foi concebido como singular, vivenciado de distintas formas por pessoas em dado contexto sócio-histórico.

Tendo em vista o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) da pesquisa, a definição da amostra justifica-se em relação aos elementos que foram obtidos, por meio de uma abordagem qualitativa, através da análise das entrevistas, que foram realizadas, individualmente, com cada um dos membros da equipe técnica do CAPS AD, utilizando um roteiro de questões norteadoras.

Ressalta-se que os sujeitos desta pesquisa têm experiência significativa para o tema investigado e foram consultados antes da elaboração do projeto, por ocasião da reunião em equipe, na qual todos os profissionais concordaram em participar deste processo.

A coleta dos dados foi realizada mediante a utilização de recurso do gravador para a captação fidedigna das informações, e posterior transcrição.

Esta abordagem de pesquisa viabiliza a apreensão das diversidades inerentes ao tema, conforme ressalta Minayo (1994):

(...) através da Análise de Conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (p. 74).

Apresento, a seguir, a análise e discussão dos dados coletados neste estudo.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Iniciarei a análise dos achados pela ordem como foram formuladas as questões, durante a entrevista individual com cada técnico.

3.1 Aspectos importantes para o tratamento da dependência química

Quanto à escolha em trabalhar com a dependência química, apenas um dos profissionais entrevistados diz não se tratar de decisão pessoal, mas de uma necessidade do serviço nesta área de ênfase.

Penso que o atuar nesta área aponta para a necessidade da identificação com o tema e de que seja por opção o fato do profissional compor a equipe técnica do CAPS AD. O estar nesse serviço pela existência de um desejo que é “seu” caracteriza um diferencial para lidar com esta problemática específica, o que não significa dizer que o que ali está, por necessidade do serviço, não tenha motivação e não esteja comprometido com o trabalho desenvolvido.

Sabemos do preconceito e do estigma existente na sociedade em que vivemos em relação ao dependente químico. Durante esta discussão, será possível perceber o quanto é complexo para o profissional que atende esta população, em relação aos sentimentos despertados, quando acontece a recaída do indivíduo, mesmo que ali estejam por opção pessoal.

A equipe foi unânime em ressaltar a importância da *motivação* do indivíduo em tratamento, conceito que se demonstra, a seguir, de acordo com Figlie (2004):

A palavra *motivação* vem da raiz latina que significa “mover-se” e é uma tentativa de compreender o que nos movimenta, porque fazemos o que fazemos. É uma série inferida de processos que fazem com que uma pessoa se mova em direção a um objetivo específico (p.213).

Vinculado à *motivação*, trouxeram que também é necessária “*a vontade de parar de usar a droga*”.

Aqui trazemos, segundo a literatura, que a *vontade de mudar* significa estar sempre em *prontidão*, determinado a parar com o uso abusivo da droga. Os termos

alternativos que aparecem na teoria e que também foram abordadas pelos profissionais pesquisados são: comprometimento, resolução, determinação, prontidão, são estes muito utilizados, porém, a teoria não esclarece a forma como se dá este processo, como ressalta Di Clemente, (2006). Estes temas são abordados no transcorrer da discussão.

Entendemos que os motivos que levam o sujeito a procurar o serviço para tratar a dependência química são os mais diversos, entretanto quando o indivíduo procura o CAPS AD para o tratamento, o fato de ele estar ali, na nossa frente, não significa que está pronto para mudar. Até porque, em algumas situações, ele chega ali, não por vontade própria, mas por alguma forma de pressão externa. O “querer mudar” deve estar intrinsecamente ligado a um desejo do indivíduo. No tratamento, a motivação é o foco para executar a mudança, e na verdade pertence ao indivíduo, embora o terapeuta saiba que pode intervir para contribuir neste processo.

Ainda, um dos entrevistados, quanto ao que é mais importante no tratamento da dependência química, trouxe a questão do vínculo, da *aliança terapêutica*. É trazido a seguir o seu significado:

Torna-se cada vez mais freqüente o uso da expressão aliança terapêutica para caracterizar a relação positiva e necessária entre terapeuta e paciente no processo a ser desenvolvido entre ambos. É compreendida como uma relação dual, uma formação de compromisso entre duas pessoas, uma verdadeira aliança. Para expressar o desejo de bons resultados, é cada vez mais usada em qualquer situação a frase: “... e é necessária uma boa aliança terapêutica” (Gomes, 2005, p.246).

O fato de apenas um dos sujeitos pesquisados trazer a “aliança terapêutica” como um dos fatores importantes demonstra o quanto é difícil desenvolver uma relação “verdadeira da aliança terapêutica”. Os indivíduos em tratamento têm uma característica em comum que é o processo de recaída, porque há situações em que não cumpre o que foi contratado, o que dificulta na prática para o terapeuta essa união de forças com o dependente químico em direção à busca de sua recuperação. Então, como é possível uma aliança de qualidade com quem não cumpre os combinados, que não comparece aos atendimentos individuais, aos grupos, às oficinas? São perguntas que trazem à tona a complexidade que é trabalhar nesta área.

Um dos entrevistados trouxe questões relativas à singularidade, e que é o que se tenta fazer em função do plano terapêutico individualizado, conforme Manual do CAPS:

Cada usuário de Caps deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. A depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer atendimentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo conforme as determinações da Portaria GM 336/02 (p.16).

No CAPS AD, há toda a preocupação da equipe em definir o plano terapêutico de acordo com as necessidades de cada indivíduo, considerando a sua rede de relações, as quais muitas vezes são conflituosas, dependendo do estágio da doença. Apontando como elemento fundamental no tratamento de recuperação de um dependente químico a singularidade, vemos que cada caso possui uma idiossincrasia que interfere no tratamento. Quanto a esta questão, todos os entrevistados têm bem clara a complexa problemática do tema, conforme referem Pechansky e Luborsky (2005):

A hipótese da automedicação postula que o uso de drogas pode começar, continuar ou ser fomentado como uma forma de autoregulação para contrabalançar ansiedade, depressão, sentimentos de raiva ou desconforto subjetivo (p.780).

Os autores acima citados sugerem que o uso de substâncias estaria a serviço da defesa de impulsos e afetos, e que determinadas áreas de regulação do self estariam afetadas, como o autocuidado e a moderação de afetos. A literatura traz que usuários de drogas sistemáticos são pobres no exercício do autocuidado, o que é observado pela dificuldade de estabelecer parâmetros críticos em relação a bem-estar e saúde e a busca persistente de sensações. Pechansky e Luborsky (2005) afirmam que:

A impressão clínica na abordagem do dependente químico é a de que as substâncias psicoativas foram adotadas por este para protegê-lo contra afetos confusos ou dolorosos que são consequência de danos estruturais de sua personalidade, e para os quais o paciente não apresenta alternativas mais maduras (p.781).

Foi ressaltado, por um dos sujeitos entrevistados, que não é só uma questão de dependência química, mas há um processo que é anterior, o qual deve-se procurar identificar, e que, na maioria das vezes, faz se desenvolver a dependência.

Pode-se relacionar a dependência química com a história de vida, as dificuldades em lidar com algumas frustrações, como também a percepção que cada indivíduo possui de como *levar a vida*, ou seja, a sua capacidade de adaptação e aceitação de mudanças tanto comportamentais quanto valorativas, assim como realiza a leitura frente às adversidades da vida, moldando sua visão de mundo.

Uma outra questão importante, surgida nesta pesquisa, é a empatia, que é a capacidade de colocar-se no lugar do outro, conforme ressaltava um dos entrevistados, *para poder sentir o que ele está sentindo e se condover com ele sem ficar imobilizado*.

Ser empático é tentar sentir a estrutura interna de referência do entrevistado, e tentar ver o mundo através dos olhos deste, como se fosse o seu próprio. As palavras “como se” são cruciais, pois apesar de o entrevistador ser empático, não deve perder de vista o fato de que permanece ele mesmo. Sabendo o tempo todo que é diferente do entrevistado, ele tenta sentir a especificidade do mundo interior de pensamentos e sentimentos do outro, para chegar mais perto dele, para compreender com ele até onde for possível (Benjamin, 2001 p.76).

O que o autor quer nos dizer é que se constitui um espaço privilegiado onde se requer esforço, disciplina, doação, no sentido de silenciar toda a conversação interna, enquanto se ouve o outro, para que possamos, de fato, ver as coisas como quem fala vê, e sentir conforme quem fala sente.

Foi colocado, também, pelos sujeitos de pesquisa que para o profissional o importante no tratamento da dependência química é ter tolerância à situação, poder suportar a ambivalência, a recaída, o abandono, a dificuldade em manter o vínculo, enfim, os desafios e as dificuldades impostas no trabalho nesta área. Conforme colocado por Di Clemente (2006), há terapeutas que não suportam a ambivalência demonstrada pelos pacientes durante o tratamento, sendo a tolerância e a paciência “pré-requisitos” básicos exigidos do profissional neste processo de recuperação do dependente químico. É fundamental que o indivíduo saiba, também que, se escorregar, o terapeuta estará lá para ajudá-lo.

Pela experiência prática, durante a Residência no CAPS AD, embora se diga e a literatura reforce que se deve ter tolerância, o que se percebeu é que às vezes não se tem, o que foi um dos motivos de minha inquietação para a realização deste estudo.

Exemplificando conforme a pesquisa, foi citado, por um dos sujeitos entrevistados, *que um usuário de crack ter dinheiro é um fator de risco, no início do tratamento pelo menos*. Para ilustrar, um breve relato de um caso: *o paciente conseguiu enrolar os parentes, apesar de todo o trabalho feito junto com os familiares, orientando os mesmos dos riscos de recaída, o indivíduo ali concordando com tudo o que ele poderia fazer. No dia de receber o benefício, ele conseguiu fazer com que os familiares lhe entregassem o cartão do banco. Daí ele sumiu, aparecendo três dias depois, no CAPS. Quando ele chegou aqui, eu disse: não vou falar contigo agora, senta aqui e espera. Porque fiquei com muita raiva, mas com mais raiva da mãe e da mulher, por não terem cumprido com as combinações. Mas este sentimento de raiva e de impotência passa, é só o primeiro impacto*.

Esse exemplo demonstra o quanto a tolerância à recaída é um desafio permanente.

3.2 O entendimento e o trabalho no processo de recaída

Quanto ao entendimento em relação ao processo da recaída, todos os profissionais pesquisados dizem fazer parte do tratamento da recuperação da dependência química, conforme a teoria:

A recaída pode ocorrer por muitas razões. Os indivíduos podem experimentar uma tentação ou desejo, particularmente, forte e inesperado e não serem capazes de enfrentá-lo com sucesso. Às vezes, relaxar a guarda ou testar a si mesmo inicia um retrocesso. Com frequência, os custos da mudança não são percebidos até mais tarde, e o comprometimento ou a auto-eficácia se esvaem. Na maioria das vezes, a recaída não ocorre automaticamente, mas sim gradualmente depois de um deslize inicial (Miller e Rollnick, 2001, p. 178).

Dessa forma, a entrada para o processo da mudança é o estágio da “Pré-Contemplação”. Para Figlie (2004), de um modo geral, a pessoa sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado “resistente” ou “em negação” (p.215). Quando passa a percebê-lo como um problema, entra no estágio

da “Contemplação”. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita, e é nesta fase que a ambivalência deve ser trabalhada para possibilitar um movimento em direção à decisão de mudar.

Uma vez trabalhada a ambivalência, o indivíduo passa ao estágio da “Preparação”, na qual estará pronta e comprometida com a mudança. Faz parte deste estágio aumentar a responsabilidade e elaborar um plano específico de ação. O estágio seguinte é o de “Ação”, no qual o indivíduo já usa a terapia como um meio de assegurar-se de sua meta, para ganhar auto-eficácia⁶ e finalmente criar condições externas para avançar. Da “Pré-Contemplação” para a “Manutenção”, pode ocorrer uma demora de três a seis meses, dependendo de cada indivíduo, já que, nestes casos, o novo comportamento (o de abstinência), levará um tempo para se estabelecer. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança seria a estabilidade neste novo estado, o que, neste processo, se chama “Manutenção”.

Em relação ao entendimento do processo de recaída, os sujeitos da pesquisa pontuam a mudança de comportamento como o fator que vai ajudar, mencionando as dificuldades de adesão ao tratamento, conforme Figlie (2005):

O modelo de tratamento no CAPS AD tem se balizado na teoria cognitivo-comportamental, o qual independe de uma teoria específica, mas de idéias que tenham como objetivo, propiciar um modelo de ação, tendo como base os conceitos de motivação, enquanto um estado de prontidão ou vontade de mudar e de mudança enquanto um processo com diferentes estágios (p. 214).

Os profissionais trouxeram, também, que se deve fazer com que o sujeito aprenda a lidar de forma diferente, através da mudança de comportamento com situações de risco de recaída, como traz a literatura: “O modelo cognitivo tem como hipótese que as cognições (percepção e interpretação dos eventos) influenciam as emoções e os comportamentos do indivíduo” (Figlie, 2004, p.189).

A Teoria Cognitivo-comportamental, muitas vezes, limita este processo, por não provocar uma reflexão quanto aos motivos que fazem o indivíduo usar abusivamente a droga. Não considera a sua história de vida, família, cultura, crenças, enfim, o contexto no qual está inserido, conforme ressalta Costa, (2001):

⁶ Refere-se à crença da pessoa na própria habilidade em levar adiante ou ser bem sucedido em uma tarefa específica. É um conceito desenvolvido por Albert Bandura nos anos 1970, como parte de sua Teoria Cognitiva Social (Di Clemente, 2006).

Portanto, é na biografia pessoal que se encontram as raízes do mal estar presente, há um sentido oculto no sintoma, e tratar significa revelar esta razão escondida da doença e assim permitir ao paciente encontrar soluções mais adequadas para seus conflitos; este processo terapêutico exige tomar a doença como expressão de conflitos internos que serão objeto de reflexão e que através da palavra serão esmiuçados e compreendidos em seu desenvolvimento (p. 154).

A reflexão, com o auxílio do terapeuta, possibilitará ao indivíduo rever as suas questões, o porquê de seus conflitos, buscando entender o seu lugar no mundo, compreendendo as suas limitações, o que poderá dar um novo sentido a sua vida.

Foi dito que *por se tratar de um serviço especializado, está muito centrado no consumo da droga, o que acaba generalizando, faltando a singularidade ao abordar o tema. Não se consegue chegar no âmago, no foco, só lidando com o sintoma, não com o porquê, com a origem deste comportamento, então, volta a recair.*

O tratamento na recuperação da dependência química, no CAPS AD, desde o início da Residência, me provocou grande inquietação, quanto à centralidade no uso abusivo da droga e me questionei muito em relação a esta forma de trabalhar. Talvez fosse o caso de trabalhar com o sujeito, a partir de seus desejos, outras possibilidades que dêem significado à sua vida, verificando com ele o que já existe à sua volta, na comunidade na qual está inserido, em sua vida social (escola, trabalho), familiar, considerando também a existência ou não de relações afetivas.

Segundo Prochaska e Di Clemente (2006), de certo modo pode-se dizer que a recaída faz parte do processo de mudança e que, muitas vezes, esta até é essencial para que a pessoa aprenda com a experiência e recomece de uma forma mais consciente.

Exemplificando, conforme a pesquisa: *Eu acho que a recaída muitas vezes é terapêutica, que o paciente deve recair.*

Foi colocado, também, pelos sujeitos da pesquisa, em relação ao entendimento do processo da recaída, que para *alguns pacientes poderá ser de motivações inconscientes de causas, de fatores não tão explícitos, de se autocastigar, de se culpar.* Os profissionais acreditam que, às vezes, ela tem uma função, em alguma parte, *um ponto cego do tratamento*, onde deve investigar, buscando compreender, em que *o terapeuta pensa: por que será que ocorreu, o que falhou, o que houve, desta vez, que não foi suficiente para permanecer abstinente?*

Neste sentido, eu faço um questionamento: será que atingir a abstinência total é tudo que mais importa na recuperação de um dependente químico? Acredito que seja fundamental sim, mas levá-lo a uma reflexão de seus atos neste início de tratamento talvez faça a diferença entre um tratamento bem sucedido e um desgastante processo de tentar recuperar as recaídas sucessivas. Mas e por quê acontece do indivíduo fazer uso abusivo de determinada ou múltiplas substâncias psicoativas, como já colocado anteriormente por um dos membros da equipe? Será o mais adequado que, no momento inicial do tratamento, o indivíduo pare o uso, sem primeiro aprofundar a sua história de vida, entender suas motivações e o que levou o mesmo a usar drogas?

Dando continuidade aos meus questionamentos: será que a recuperação de um dependente químico é somente uma questão de não usar drogas? Será que este é o momento dele? Talvez seja importante provocar reflexões sobre este estágio de sua vida, e que se pudesse continuar conversando, preparando-o para a mudança.

A seguir a fala de um dos sujeitos da pesquisa: *Tem que investigar se é o momento dele se tratar ou não, porque às vezes estão aqui por outras razões, mas não estão estimulados para o tratamento. Posso dar uma ajuda, mas se não for o momento dele, não adianta.*

São questões que podem fazer a diferença, no desenvolver do tratamento, e poderá ser um fator decisivo na vida do indivíduo.

Passamos agora para uma outra questão, que é a de como cada um trabalha com o processo de recaída de seus pacientes. Todos falam conforme a teoria que é se utilizar desta para *aprender com o que aconteceu, o que teria que ter feito de diferente e não fez*, então, *recaída serve a esse propósito, de aprendizado para evitar nova recaída.*

Entendo que um dos elementos mais presentes e agravantes no tratamento é a recaída do sujeito. Este problema sempre me provocou grande inquietação. Considero este processo como um dos grandes *nós* no tratamento da dependência química, quando, por ocasião da recaída, percebe-se que o indivíduo fica muito mal, sentindo-se um derrotado e com um grande sentimento de culpa.

Em algumas situações, este processo se reflete de maneira muito semelhante na própria equipe, porque, mesmo sem perceber, muitas vezes passamos a

considerar os indivíduos culpados. Cito aqui a fala de um dos sujeitos da pesquisa: *Entender, a gente entende; isso não quer dizer que se justifique. Então, não sou cúmplice da recaída dele, mas entendo.* Contudo, Di Clemente (2006) afirma: que recaída é parte do processo no tratamento, o terapeuta deverá ajudar a rever estes lapsos como experiência de aprendizagem, auxiliando o indivíduo a não se sentir desencorajado ou desmoralizado, ajudando a renovar a determinação e confiança para retomar a força para mudar.

Um dos sujeitos da pesquisa trouxe alguns questionamentos em relação ao entendimento e o trabalho quanto ao processo da recaída como: *o que está acontecendo na vida do indivíduo que o abala, desestrutura, que o deixa mais sensível, para que ele volte a usar a droga? O que lhe faltou? Porque se parte do princípio que faltou algo, pois estava abstinente há dois, três meses; o que faltou para ele acabar recaindo?*

É esta falta que o dependente químico busca suprir com o uso abusivo da droga, o que é uma maneira para preencher este vazio, que a pessoa que vive não se dá conta.

(...) O terapeuta verá a doença como resultado de um conflito psíquico que, não tendo encontrado solução satisfatória entre os recursos acumulados até o momento pelo indivíduo, resolve-se de modo canhestro através dos sintomas (Costa, 2001, p.154).

Parafraseando Costa (2001), nos perguntamos o que efetivamente acontece? Onde se podem detectar os nós, os pontos de atrito, as áreas de discordância que resultam na freqüente inadequação?

O uso abusivo da droga é o resultado de inúmeros conflitos, de ordem familiar, social, cultural e econômica, em que o indivíduo não vislumbra solução para seus problemas, a não ser em longo prazo. Assim buscam uma forma imediatista para resolução, mas que acaba lhe trazendo prejuízos ainda maiores.

Os sujeitos da pesquisa procuram analisar os fatores, os gatilhos, as situações de riscos. Falam da importância de saber o que está acontecendo com o indivíduo, estar ao seu lado para poder ajudá-lo a perceber e se dar conta. *Às vezes, ele se dá conta que não precisa beber, porque beber não vai resolver a solidão, nem ajudar na angústia...* As pessoas recaem por vários motivos: recaem porque estão tristes, porque estão alegres, porque conquistam algumas coisas ou perdem outras.

Nestes momentos, geradores de estresse, os sentimentos alegria e tristeza, são mais evidentes e fáceis de identificar no processo de recaída. Muitas vezes, estes podem estar relacionados com acontecimentos, os quais são difíceis de serem visualizados pelo indivíduo e, também, pelo terapeuta e que estão vinculados à história de vida e ao contexto social no qual está inserido. São sentimentos vinculados a acontecimentos ou situações vivenciadas no seu cotidiano, que não se percebe com facilidade, o indivíduo não se dá conta. Portanto, não fala, não traz à tona, porque acha que não é importante. Então, nestes casos, fica mais difícil para o terapeuta ajudar naquele momento.

Para exemplificar, cito aqui a fala de um dos sujeitos da pesquisa: *Às vezes, se descobre meses depois que o paciente recaiu, certa vez, porque teve contato com uma pessoa importante, que fez com que ele se desestruturasse, se abalasse, ficou muito emotivo, muito sensível; ou encontrou um antigo empregador, que fez um comentário porque o demitiu...*

Retornando à pesquisa: os participantes afirmam que se deve considerar que os indivíduos recaem porque estão autoconfiantes demais, porque tinham uma expectativa de sua mudança de comportamento, que não atingiram, previsões que não aconteceram.

Então, o papel do terapeuta é de grande responsabilidade. Partindo da relação terapeuta-paciente, penso que seria mais de troca, auxiliando o indivíduo a lidar com a sua ambivalência e, conseqüentemente, possibilitar a busca efetiva das razões para mudar, planejando ações conjuntas; ao invés de falar o que devem fazer, levá-los a refletir sobre a mudança necessária.

Aqui podemos abordar questões relativas à redução de danos⁷ que todos os sujeitos, de uma forma ou de outra, colocam nesta pesquisa. Está implícito, embora em nenhum momento seja mencionado o termo, mas aparece bem nas falas dos entrevistados, que são citadas a seguir:

⁷ O princípio fundamental dessa abordagem é o respeito e a liberdade de escolha dos usuários que, por vezes, não conseguem ou não querem parar de utilizar substâncias psicoativas e, por isso, o intuito é reduzir ou minimizar riscos decorrentes do consumo. A Redução de Danos é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente crise da AIDS na década de 1980 quando muitos países reconheceram a necessidade de desenvolver estratégias mais práticas e adaptativas para reduzir o risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (Figlie, 2004).

Quando a gente começa a trabalhar com álcool e drogas, se tem uma fantasia de que estar ajudando o indivíduo é mantê-lo em abstinência. Na verdade, temos que nos dar conta de que: se o sujeito bebe 365 dias do ano e ele pára de beber três meses, bebe dois dias; fica sem beber dois meses, bebe cinco dias; está no lucro. O profissional tem que ter claro o seguinte: sim, a meta é a abstinência total, mas não está sendo em vão o que está acontecendo, no que podemos ilustrar com Marlatt (1999): “A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos” (p.46).

Ainda, reforçando a questão da redução de danos, presente neste estudo, os pesquisados trouxeram um fato a considerar: *vendo o histórico de um paciente, que usava todo o dia, toda a semana, e agora, eventualmente, a cada dois meses, a cada três meses. Isto é o que tem que ver como positivo: ele está conseguindo aos poucos. Usava, freqüentemente; agora que usa de forma eventual pode-se considerar vitorioso. pois ele, o dependente químico, está diminuindo o uso consideravelmente, tendo uma melhor qualidade de vida.*

Uma outra questão bem importante que apareceu é de que quem atua na área da dependência química precisa ter mais tolerância. Deve encontrar uma melhor forma de lidar com o sentimento de frustração, porque se investe, trabalha-se e, com a recaída do indivíduo, muitas vezes, o profissional sente o seu investimento ir por “água abaixo”. Portanto, é importante um espaço para reflexão, o que de certa forma é estar se fortalecendo no sentido de potencializar as suas ações em equipe. Ilustrando esta questão, Figlie (2004) expõe:

O imprescindível é a busca constante do equilíbrio psicológico pelo profissional, o que permite maturidade e condições para a nobre função de ajudar o outro em seu equilíbrio. Desta forma, o profissional ter sua psicoterapia é um pré-requisito de extrema importância. Outra questão que não deve ser negligenciada é a supervisão por outro profissional, que possibilita o desenvolvimento contínuo e aprimoramento de suas percepções e intervenções. A supervisão é fortemente indicada (p.370).

3.3 Intervenções no processo de recaída

Os sujeitos de pesquisa consideram que, uma vez colocados os riscos para o indivíduo visualizar as situações nas quais fica mais fragilizado, ao mesmo tempo

em que identifica o que aciona os disparadores, possibilitará a ele um aprendizado. Também é fundamental ajudá-lo quanto à percepção de sentimentos que o mobilizam, proporcionando a ele a identificação dos gatilhos, o que se constitui uma intervenção na prevenção do processo de recaída.

Um dos pesquisados diz ser importante observar as formas como o indivíduo encara não só os gatilhos, mas os problemas, as situações de risco. Referiu, também, *haver aqueles que não conseguem lidar com as dificuldades, com os problemas e com o encontro consigo mesmo e, às vezes, no atendimento individual, principalmente, onde a pessoa está em psicoterapia, está tratando e passa a se dar conta de seus conflitos, deve-se ter cuidado, porque isso pode ser um risco de recaída. Quando o indivíduo começa a perceber as oportunidades que perdeu, o que fez da sua vida, pode ficar fragilizado. É claro que daí não chega a se falar no processo de recaída, mas tem paciente que usou drogas porque mexeu com algumas coisas e ficou mais ansioso e vulnerável. Mas na maior parte das vezes não é o mais comum, até porque trabalho mais a perspectiva de prevenção de recaída, como o que fazer para não usar.*

O que este sujeito de pesquisa ressalta é a importância de construir juntamente com o indivíduo estratégias para ele *verificar os sinalizadores, o que são os gatilhos, trabalhar com situações emocionais, prazerosas, desprazerosas, ter autocrítica, ter autoeficácia.*

A autoeficácia é um conceito bem importante. É considerado um elemento-chave para a motivação. É fundamental o terapeuta estimular este recurso em potencial. Para tanto, é necessário: acreditar na possibilidade de mudança do indivíduo; assim como ele deve ser responsável por escolher e levar a cabo uma mudança pessoal; ter esperança na variedade de abordagens às quais o indivíduo pode recorrer (Di Clemente, 2006).

Foi colocado por um dos entrevistados que: *deve-se buscar entender o significado da droga para o indivíduo, que lugar ocupa, que importância tem para o mesmo. Porque ao tirá-la fica um buraco, então, vão se disponibilizar outras ações para este indivíduo, que tem todo um processo de vida sem qualidade. Ele não se dá conta que pode explorar outros espaços a sua volta, pois desde criança, muitas vezes, foi subjugada, maltratada e negligenciada.*

Durante o período da Residência, percebi a existência de um vazio que impede o sujeito de avançar em sua recuperação, mantendo-se abstinente. Os comentários que ouvi com certa freqüência foram de que não sabem o que os leva ao uso abusivo da droga; não sabem identificar onde está o descontrole que lhes causa tanto sofrimento. Entretanto, percebi que, por mais que tentem a mudança de comportamento e experienciem novos caminhos, a sensação de vazio permanece, dando a impressão que algo está faltando e é tão intenso e freqüente que passam a sentir como algo inerente a sua existência.

É típica a percepção de que pacientes em abstinência “não conseguem melhorar”, quando, na verdade, o que pode estar se passando é uma dificuldade de administrar sentimentos intensos “não-catalogados” e, portanto, fora de seu controle, mesmo que de caráter positivo. É fácil compreender o quanto a má administração desses sentimentos é geradora de recaídas (Pechansky e Luborsky, 2005, p.782).

Foi trazida também a questão da *dependência psicológica, bem como a associação do comportamento* apreendido que é de toda uma vida, *porque não foram remédios que os deixaram assim, mas uma série de fatores, considerando seus aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais, que influenciaram a forma como se relacionam no meio ao qual estão inseridos.*

Existem vários outros motivos que levam o indivíduo ao uso abusivo de drogas e que são difíceis de definir em uma só causa, tornando este processo singular, envolto em uma gama complexa de razões. São os que poderíamos chamar de não-aparentes, mas que estão presentes, fazem parte do cotidiano e da história de vida destas pessoas e que interferem em seu tratamento.

Um dos sujeitos entrevistados trouxe a importância do papel do terapeuta de referência neste processo, em que Figlie (2004) expõe:

O terapeuta precisa agir como um catalisador para auxiliar na liberação de forças motivacionais que contribuem para a persistência de antigos comportamentos destrutivos, ou alternadamente, para a iniciação e manutenção de comportamentos novos mais adaptativos (p.370).

Conforme ressalta um dos profissionais entrevistados, uma questão importante a ser observada, também, é a de ter a pretensão de achar que será o único na recuperação da dependência química. Claro que o terapeuta tem uma influência, confirmando o que Figlie (2004) destaca:

A postura do terapeuta gera inúmeras influências, maturidade, equilíbrio, seriedade e conhecimento da dinâmica da dependência, das técnicas psicoterápicas e dos processos grupais, são o mínimo necessário para conduzir o processo com eficácia e responsabilidade (p. 370).

Porém, um dos sujeitos da pesquisa alerta que se precisa ter cuidado, porque o terapeuta não pode ser onipotente, mas não pode se omitir da responsabilidade, que ele tem de oferecer o melhor, de procurar ajudar, não sendo inseqüente, ou pensar que suas intervenções não terão um papel muito importante. De acordo com o que é teorizado por Figlie (2004),

Nenhum profissional é onipotente. Certamente, se trata de um ser humano, que também possui dificuldades e anseios dentro de uma história de vida. É importante que seja percebido como especialista em psicoterapia de grupo e dependência química, mas não como alguém perfeito sem falhas ou problemas (p. 370).

Seguindo, o mesmo pesquisado diz que: *em alguns pacientes, se vê claramente isso aí. Mas acho que há um papel, porque na medida em que vai se conhecendo o indivíduo, vamos tendo uma noção mais clara, dentro de que tipo de intervenção vai se fazer, o que pode fazer, como vai fazer. Mas penso que toda esta avaliação diagnóstica de conhecer o que o indivíduo tem de recursos, de limitações, é importante para saber onde focalizar a questão de evitar a recaída.*

Ainda quanto à forma como entendem a intervenção na prevenção da recaída, um dos sujeitos da pesquisa trouxe a importância dos atendimentos em grupo, *nos quais com o depoimento dos componentes, todos se sentem apoiados, porque ouvem os outros e ultrapassam algumas barreiras; vivenciam cada momento, fortalecendo uns aos outros. Os relatos provocam alívio ao mesmo tempo em que potencializam as ações do grupo.*

Alguns indivíduos, logo no início do tratamento no CAPS AD, se beneficiam mais com o atendimento individual, em que trazem situações pontuais de suas vidas, da família, que não se sentem à vontade e não poderiam falar certas coisas no grupo.

3.4 Sentimentos em relação ao processo de recaída

Os sentimentos provocados na equipe em relação ao processo da recaída foram variados. Conforme os pesquisados, depende de cada indivíduo em tratamento no CAPS AD, assim como a forma como ela acontece, afirmando que *a recaída é só um sinal de que alguma coisa não está indo bem*. Procuram conversar, perguntar o que houve, o que não houve.

Apenas um dos sujeitos da pesquisa falou que não se sente frustrado com a recaída, porque não a vê como algo ruim, entretanto, referiu, sentir-se cansado. Naqueles casos em que o indivíduo tem várias recaídas, entende que o mesmo necessita de um outro tipo de intervenção, porque não é o terapeuta que está falhando, assim como não é o dependente químico que é incapaz.

Di Clemente (2006) enfatiza: o sucesso não é nosso, mas do sujeito em tratamento. Esta conexão tem que ser refeita, a responsabilidade é dele, que primeiro deve refletir se é o que quer para a sua vida. Devemos sim acreditar no indivíduo para executar a mudança, temos que abstrair isto de que o terapeuta é responsável pelo sucesso ou pela derrota do mesmo.

Foi pontuado por um dos pesquisados que *o indivíduo tem essa fantasia de que o profissional fez o sucesso, mas, na verdade não é este quem faz o sucesso*. No *tratamento de recuperação da dependência química, não é meu o papel principal; eu sou coadjuvante. Então, ele atribui a mim este milagre, mas o milagre foi ele quem fez*. Prosseguindo, coloca que houve falas em determinado momento que ressonaram para o dependente químico, que assumiu não usar mais a droga, então a responsabilidade pela mudança é dele.

O que reforça a questão do respeito à singularidade, de que cada caso é um caso, o que depende do indivíduo em tratamento, o que é confirmado pelo mesmo profissional pesquisado, que *em determinados momentos, se tem esta percepção, também, de como é que se deve tratar cada um, o trato individual é muito particularizado. Com alguns, se é mais delicado, com outros assertivo. Para outros, se provocam desafios, se estimula mais a parte vaidosa dele. O que serve para uns não serve para outros. Tem gente que não adianta indicar para determinadas atividades, ou para grupos; não vai gostar, não vai se adaptar, não vai produzir. Enfim, vai se aprendendo*.

Os profissionais pesquisados disseram que, em alguns momentos, se sentem cansados. Trago aqui a fala de um deles: *Tem momentos que a gente fica cansado, o que eu fiz, ou o que não fiz, considerando sempre a singularidade de cada um é muito individual de cada paciente.*

Um dos sujeitos da pesquisa trouxe que é necessário entender que, existem determinados momentos em que o dependente químico precisa mudar de terapeuta. Temos que admitir que: *não sei mais como te ajudar; as coisas que eu podia ensinar, ajudar; ou então: o que tenho para oferecer era isto e não está funcionando.* Também reconhecem que há casos que se deve recomeçar a conversa, escutar com *outro ouvido*. Algumas vezes, tem que se considerar incapaz e isso é ruim; gera um sentimento de frustração, mas o que é muito maduro do ponto de vista profissional. Na prática, se tem a percepção que em alguns conseguimos potencializar recursos, estimulando suas capacidades positivas. Em outros casos, não acontece, porque o significado da ação é diferente para cada um, o que é demonstrado a seguir pelo mesmo sujeito de pesquisa: *Por acaso naquela circunstância eu disse coisas para ele que ressonou. Talvez eu tivesse dito para dez outros a mesma coisa que não funcionaria.*

Prosseguindo com a fala dos pesquisados no caso de uma recaída: *agora a gente vai trabalhar com mais segurança em cima de algo que, para o terapeuta, estava claro, mas para o paciente estava muito desequilibrado. Então, existem situações, em que fico com um sentimento assim: que bom, agora estou sentindo que este cara vai começar a me ouvir, outras vezes não. Alguns, quando recaem, a gente se apavora; outros se fica surpreso, e, em algumas, a gente fica decepcionado.*

O terapeuta vai tendo todos esses sentimentos, dependendo das expectativas. *Um paciente que por acaso, por alguma característica nossa, estávamos colocando muita expectativa, ou tínhamos um apreço, um sentimento mais especial, investíamos mais. Caso venha a recair, paciência; se por acaso se teve o sentimento contratransferencial dessa maneira, a gente fica decepcionado, triste, fica chateado, pode sentir-se até impotente.*

Dando continuidade o mesmo pesquisado trouxe que, a princípio teria que se “ter uma relação neutra”, ao mesmo tempo afirma que “isso é uma coisa muito utópica”, o que de fato é bastante complexo, conforme Eizirik (2005):

Considerando que no trabalho cotidiano estamos, a todo o momento, sendo postos à prova pelas variadas formas de manifestações transferenciais, a manutenção da neutralidade nem sempre se torna tarefa fácil. Destaco aqui um possível confronto que pode surgir e que diz respeito aos valores do paciente nem sempre coincidentes com os do terapeuta. O bom prosseguimento depende, e muito, de um adequado manejo sem um comprometimento com formulações preconceituosas, pois a ameaça de cairmos na tentação de projetar para fora algumas das peculiaridades de nossa própria personalidade está sempre nos rondando (p. 238).

Ainda quanto à mesma questão, o profissional entrevistado continua falando sobre os seus sentimentos, em que *vai ficando entusiasmado; quando o indivíduo está feliz, vai se ficando feliz com ele; havia voltado a trabalhar, a estudar, estava ganhando dinheiro, então recaí. Surge um sentimento de curiosidade: o que será que aconteceu? Principalmente aqueles que estavam permanecendo bem, não tinham indícios de recair. Esta curiosidade, em alguns momentos, vem junto com um sentimento de tristeza, de pesar, outros, se fica irritado e por quê? Porque talvez se tenha depositado, neste indivíduo, uma expectativa além do que era a realidade dele.* Conforme a literatura, Eizirik (2005) expõe:

A experiência de se deixar levar por sentimentos ternos em relação ao paciente não é inteiramente sem perigo (...) nosso controle sobre nós mesmos não é tão completo que não possamos, subitamente, um dia ir mais além do que havíamos pretendido (p.238).

Continuando, afirma o mesmo sujeito de pesquisa que, *também, surge o desejo de ajudar, explicando, ao indivíduo em tratamento, que faz parte, que é previsível, sem dar muitas conotações conscientes ou de causa, mantendo a tranqüilidade. Ele tem o seu emprego, a sua família; é só levantar e seguir adiante. São situações que se tem uma vontade de ajudar muito grande, mesmo ele recaindo, acreditando que o mesmo conseguirá, sim, voltar ao processo de manutenção, de ficar abstinente. No decorrer de uma consulta, se tem vários sentimentos, se começa trabalhando o processo com um sentimento, depois muda para outro. Às vezes, a gente começa muito perdido, confuso, atrapalhado porque recaiu. No final, quando o indivíduo saiu da consulta, já se está mais tranqüilo, então, este sentimento muda bastante, no transcorrer de uma mesma consulta.*

Todas estas questões nos mostram, claramente, a complexidade que é o conceito de neutralidade, que Eizirik (2005) nos demonstra muito bem:

O terapeuta, como qualquer indivíduo, assume posições diante da vida, emitindo opiniões, expressando sentimentos, mostrando-se através de conceitos de toda a ordem no terreno da ética, da moral, da política, da religião, e de tudo o mais que diz respeito aos seus interesses particulares. Sua história pessoal revela qualidades, defeitos, gostos, preferências e aversões. Assim sendo, não pode ser considerado neutro na sua essência, como se isso fosse um atributo de sua personalidade (p. 238).

Outro profissional entrevistado refere: *tenho um sentimento de que a gente precisa encontrar maior proximidade*, um canal para chegar até essa pessoa que busca o tratamento. O que seria? Onde? É tarefa do terapeuta buscar estratégias que possibilite entender o que está no individual, ou seja, na singularidade de cada um. No CAPS AD, se trabalha com gerenciamento de caso, o gerente, cuja definição está contida no Manual do CAPS como Terapeuta de Referência; é o técnico que fica mais próximo. Contudo, às vezes, o indivíduo tem um vínculo maior com outro profissional da equipe.

Um dos sujeitos do estudo fala de um sentimento; porém, não está claro qual é este, até porque não sabemos mesmo definir, em um primeiro momento, em uma palavra, o que estamos sentindo, o que é que nos invade, demonstrando o quanto é difícil para todos nós falar de “nossos” sentimentos, o que torna esse processo mais complexo ainda.

Pode-se perceber os muitos sentimentos que vão surgindo nos profissionais da equipe técnica no CAPS AD, no transcorrer do tratamento. Quando me deparei, pela primeira vez, com os meus próprios, em relação ao processo de recaída, foi possível entender a inquietação que me acompanhava, desde que comecei a Residência, o que em um primeiro momento não nos damos conta. Aos poucos, passei a observar nos demais membros da equipe este processo e o quanto estes sentimentos nos invadem independente da nossa vontade que muitas vezes nem sequer percebemos.

Finalizando esta questão, foi apresentada como sugestão uma proposta para pesquisa por um dos profissionais do CAPS AD: *seria o de pensar em fazer uma pesquisa dos indivíduos que aderiram ao tratamento, porque muito mais do que entra para tratamento, sai, abandona; então, eles não assumem mesmo. E os que permaneceram, os que estão fazendo, por que não acompanhamos? Eu queria*

muito saber sobre os que continuaram e até os que estão abstinentes, por muito tempo, mais de ano, por que eles aderiram?

3.5 As chances de recair

Passamos para o último item da pesquisa que é quando se considera que o indivíduo está com menos chance de recair. De uma maneira geral, todos os sujeitos pesquisados trazem a questão da determinação do indivíduo, que às vezes se consegue identificar que, realmente, está determinado a se manter abstinente. Não sabem como é isto, mas é um sentimento que se tem. *Olha, esta pessoa está bem, acho que não vai recair.* Não sabem dizer se é uma conscientização ou uma determinação.

Um dos profissionais pesquisados traz que, quando o *indivíduo chega a um determinado momento em sua vida, que resolve não mais recair, em que está absolutamente seguro, não fará uso abusivo da droga, mas não é uma segurança que faz relaxar a vigilância. É o contrário; é uma certeza da fragilidade que caracteriza a questão da dependência química.* Contudo, a vontade de usar a droga permanece, sendo menos intensa à medida que o indivíduo fica mais tempo na manutenção, sabe que não vai recair porque está convicto da sua decisão. O sujeito de pesquisa afirma que o indivíduo tem esta percepção.

O que está demonstrado acima são aquelas questões apontadas no início da minha pesquisa, ligada intrinsecamente à motivação, que é a vontade de *mudar* vinculado a um desejo interno do indivíduo em que o mesmo estará atento para que fatores externos não interfiram em sua determinação.

Outro sujeito da pesquisa responde baseado em uma reação contratransferencial: *Aquele indivíduo que começo a perceber que está muito bem aqui, quando começa a falar uma série de ações muito ricas, que está desenvolvendo fora do setting, do CAPS; está trabalhando, adquirindo patrimônio nos últimos meses; está orientando o outro.* Como exemplo, cita um caso em que o indivíduo, depois de um acompanhamento de dois anos, várias consultas, sempre crescendo, tinha readquirido tudo o que havia perdido antes: *sucesso profissional, relações afetivas, familiares e sociais, conseguindo restabelecer vínculos, estava indo além. Na época, havia feito uso abusivo de drogas.* Então, o sujeito de pesquisa

chegou à conclusão *de que esse indivíduo além de uma pequena chance de recair, tinha perspectivas muito boas de se manter abstinente.*

Um dos profissionais pesquisados trouxe que, *sem dúvida, há maior possibilidade de recuperação da dependência química para aquele indivíduo que tem uma estrutura psicossocial maior. Quando há uma rede de apoio da família ampliada, de amigos próximos, que tem uma rede interna fortalecida, assim como uma melhor estrutura emocional para lidar com as frustrações. É importante o suporte familiar, ter alguém para estar sinalizando, o que diminui o risco de recaída* porque propicia ao indivíduo fazer uma outra leitura frente às situações que vivencia, mesmo aquelas que o fragilizam, dando um outro sentido para as mesmas. Este suporte ao indivíduo faz com que tenha atitudes que potencializam suas ações no cotidiano e assim possa ir retomando a sua vida, desenvolvendo o seu papel no meio familiar e social. Conforme Pechansky e Luborky (2005),

a sobriedade depende da construção de uma estrutura psíquica, de forma que o dependente possa executar tarefas, previamente executadas pelas drogas. É de se esperar, portanto, que, ao ser proposta a retirada da droga da vida do paciente, ele regreda a estágios mais primitivos de funcionamento mental, demonstrando a necessidade de readaptação de sua vida sem a utilização de uma muleta química (p. 785).

A fala de outro sujeito de pesquisa que considera com menor chance de recair, o indivíduo que começa a organizar a sua vida, administrando-a, cumprindo metas, estipulando horários, seguindo uma rotina, confirma o que está sendo dito no parágrafo acima e se pode ilustrar segundo Pechansky e Luborky (2005),

É útil expressar para o paciente que, por meio de ações aparentemente pequenas – como, por exemplo, acostumar-se a chegar um pouco mais cedo à sessão e esperar pela sua hora na sala de espera – este estará experimentando de forma controlada um mecanismo adaptativo necessário para sua vida "lá fora", que é o controle sistemático de seus impulsos mediante a negociação com o tempo, comumente falho em dependentes químico. Como todas as drogas de abuso apresentam efeito psicoativo extremamente rápido, o dependente se acostumou a gratificar-se imediatamente por meio do uso de substâncias, e tenderá a repetir esse comportamento na relação de tratamento, o que permite o exame de seu significado (p.786).

Outro pesquisado trouxe que está com menos chance de recair o dependente químico que *reconhece aquelas situações em que não está bem, que se percebe o seu envolvimento com as atividades do CAPS e, também, fora dele. Quando está mais centrado, preocupado, tem mais presente os motivos que o fizeram procurar ajuda. Porém, deve-se ter cautela quando o indivíduo está muito eufórico e diz no grupo ou individualmente que tudo está maravilhoso, que não lembra da droga, que nem tem vontade de usar. Dai tenho mais medo de ele recair. Mas quando ele chega e diz: eu ainda tenho medo, vontade de usar, mas aí eu lembro... Então é mais difícil de recair.*

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Algumas reflexões provocadas a partir do estudo realizado com os técnicos da equipe do CAPS AD, evidenciam a complexidade desta questão, em relação ao tratamento e recuperação de um dependente químico.

O fato de os profissionais que compõem a equipe técnica, em sua maioria, trabalharem neste serviço por opção pessoal, é um diferencial, o que nos leva a pensar que possivelmente este seja um pré-requisito a ser considerado quando da contratação de profissionais para atuar nesta área.

Foi possível no desenvolver desta pesquisa conhecer os sentimentos que são provocados na equipe, quando acontece a recaída do indivíduo em tratamento. São sentimentos, desde impotência, frustração, cansaço, raiva, decepção, tristeza, curiosidade, porém estes variam em cada um dos profissionais, que conforme este estudo apontam dependem de cada indivíduo em tratamento e da forma como as recaídas acontecem.

Entretanto, tanto a equipe como a literatura constata a recaída como algo importante e previsível, embora em um primeiro momento desperte sentimentos diversos, pois acontece independente da vontade dos sujeitos da pesquisa. Na fala dos profissionais que trabalham nesta área, todos entendem, conforme indica a teoria; contudo, na prática, muitas vezes esta concepção da recaída acaba por gerar sentimentos que demonstram a dificuldade na aceitação, refletindo quotidianamente no processo de trabalho.

Um dos sujeitos da pesquisa apontou a recaída como terapêutica, o que me surpreendeu, porque pensar a recaída desta forma é bem diferente de entendê-la como parte do tratamento, pois o indivíduo deve se utilizar desta como um aprendizado para evitar novas recaídas. Então, me pergunto como seria esse processo terapêutico? Penso ser importante uma reflexão neste sentido, considerando a complexidade da dependência química, uma vez que a equipe trabalha a prevenção desta individualmente, nos grupos e nas oficinas terapêuticas no CAPS AD, objetivando a abstinência total.

Conforme a literatura, o processo da recaída atende a um propósito: que o dependente químico aprenda com ela, que ali está por alguma razão; o importante é ela não acontecer. Porém, se ocorrer, deve ser utilizada para possibilitar ao indivíduo se conhecer, entender as suas fragilidades, evidenciar as potencialidades e buscar estratégias para não repeti-las no futuro. Assim, aos poucos, irá mudando o seu comportamento, podendo permanecer no estágio da manutenção o maior tempo possível até que as recaídas cessem por completo.

Durante a minha Residência, foi possível observar que a equipe costuma refletir sobre a sua prática, verificando os pontos frágeis existentes no serviço, sempre buscando novas formas para melhorar o atendimento aos indivíduos que são encaminhados para tratamento.

O trabalho é analisado constantemente e, sempre que necessário, são feitas alterações e/ou adaptações no funcionamento do CAPS AD, assim como também as práticas de ensino em serviço. Para isso, a equipe busca estar sempre refletindo sobre suas ações e visando sua capacitação. Ressalta-se que uma das metas para 2008 é a supervisão técnica para o trabalho em equipe.

Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, torna-se evidente o quanto é complexo o tratamento nesta área específica, em função dos sentimentos que são despertados em um primeiro momento, pelo impacto causado no terapeuta de referência em uma situação de recaída do indivíduo. Mas, no transcorrer do processo de trabalho, o profissional vai aprendendo a lidar nestes momentos, o que torna este processo um desafio permanente para a equipe do CAPS AD.

Por isto, a importância apontada neste trabalho da busca constante do equilíbrio psicológico pelo profissional, como também a supervisão por outro, o que possibilitará o desenvolvimento e aprimoramento de suas percepções e intervenções em benefício do dependente químico em tratamento.

Uma outra questão para reflexão é quanto à redução de danos que, conforme demonstrado neste estudo, se faz presente, porque na fala dos sujeitos de pesquisa reconhece a abstinência total como o resultado ideal. Assim, aceita alternativas que reduzam os danos, o que está implícito nesta pesquisa, embora o termo não seja utilizado por nenhum dos profissionais da equipe durante o transcorrer deste estudo.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.
- BENJAMIN, Alfred. **A Entrevista de Ajuda**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- COSTA, Nilson do Rosário; TUDIS, Silvério Almeida. **Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DI CLEMENTE, Carlo. Motivando Pacientes: Estratégias Terapêuticas no Processo de Mudança dos Comportamentos – PUC/RS – Pró-Reitoria de Extensão – Faculdade de Psicologia – Porto Alegre, 18 e 19 de agosto 2006.
- EIZIRIK, Cláudio L; TYSON, ROBERT. Transferência In: **Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp. 287-298.
- EIZIRIK, Cláudio L; LEWKOWICZ, Sérgio. Contratransferência In: **Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp. 296-297.
- FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.
- FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Elaboração e Formatação. Explicitação das Normas da ABNT**. 14. ed. Porto Alegre: s.n., 2006.
- GOMES, Fernando Grilo. A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: EIZIRIK, Cláudio L; AGUIAR, Rogério W; SCHESTATSKY, Sidnei. **Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, pp. 246-252.
- MARLATT, G.Alan. **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- MILLER, Willian R; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista Motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos – Tradução: Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 22. ed. São Paulo: Vozes, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2004.
- PECHANSKY, Flávio; LUBORSKY, Lester. Abordagem Psicodinâmica do paciente dependente químico in: EIZIRIK, Cláudio L; AGUIAR, Rogério W; SCHESTATSKY, Sidnei. **Psicoterapia de Orientação Analítica: Fundamentos Teóricos e Clínicos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.