

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

ALESSANDRA MENDES CALIXTO

**VAMOS JOGAR UM JOGO?
ABORDAGEM DE PROBLEMAS ÉTICOS E MORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

**PORTO ALEGRE
2014**

**VAMOS JOGAR UM JOGO?
ABORDAGEM DE PROBLEMAS ÉTICOS E MORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

ALESSANDRA MENDES CALIXTO

Trabalho apresentado como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador Prof. José Roberto Goldim

PORTO ALEGRE

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Mendes Calixto, Alessandra
VAMOS JOGAR UM JOGO? ABORDAGEM DE PROBLEMAS
ÉTICOS E MORAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A USUÁRIOS
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS / Alessandra Mendes
Calixto. -- 2014.
115 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2014.

1. Jogo terapêutico. 2. Ética. 3. Moral. 4.
Bioética. 5. Usuários de substâncias psicoativas. I.
Goldim, José Roberto, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Nível Mestrado Profissional
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Alessandra Mendes Calixto, com ingresso em 31/08/2012
Título: **ABORDAGEM DE PROBLEMAS ÉTICOS E MORAIS VIVENCIADOS POR USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS INTERNADOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: ELABORAÇÃO DE UM JOGO DE CARTAS POR MEIO DE UM TRABALHO COLABORATIVO**
Orientador: Prof. Dr. Jose Roberto Goldim

Data: 15/08/2014
Horário: 14:30
Local: FAMED

Banca Examinadora	Origem
Paulo Roberto Antonacci Carvalho	UFRGS
Marcia Mocellin Raymundo	HCPA
Luciana Fernandes Marques	UFRGS

Porto Alegre, 15 de agosto de 2014.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Paulo Roberto Antonacci Carvalho		A	
Marcia Mocellin Raymundo		A	
Luciana Fernandes Marques		A	

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: (X) Sim () Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

REPRESENTADO POR PROF. MARCELO ZUBARAN EDOANI
Orientador
Prof. JOSÉ ROBERTO GOLDIM

“A educação é provedora dos valores que orientam as opções dos indivíduos, como “um esforço institucionalizado para instruir os indivíduos na arte de usar sua liberdade de escolha, provendo os optantes de sinais de orientação, regras de conduta e, acima de tudo de valores que orientem as opções”.

Bauman, Zigmunt. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

AGRADECIMENTOS

Ao professor orientador Dr. José Roberto Goldim que acolheu minha pretensão em desenvolver este trabalho e prontamente se dispôs a orientar esta realização.

Ao meu filho Artur e marido Leandro, companheiros que ofereceram seu estímulo e compreensão tornando possível a administração da vida diária com afeto.

À equipe de pesquisa: Sociólogo Lucas França Garcia, Educador Físico Cássio Lamas Pires, Nutricionista Mariana Escobar, Enfermeira Charlise Pasuch de Oliveira, pelas discussões e colaboração em tempo integral. Pessoas especiais com quem eu convivo, trabalho e aprendo.

Ao professor Arnaldo Broll Woitowitz, meu grande mestre, que incentiva, estuda, cria e nunca perde a motivação para desenvolver novas formas de abordagem às pessoas que enfrentam graves problemas pelo uso de drogas. Com quem eu também estudo sempre.

Ao Enfermeiro chefe Márcio Silveira da Silva e a Professora Dra. Agnes Olschowsky que gentilmente concederam ajustes profissionais e de tempo que possibilitaram a execução do trabalho.

Aos amigos e colegas de curso que apoiaram as reflexões, acompanharam os devaneios e contribuíram a realização deste trabalho.

A todos os colegas do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD), apoiadores e parceiros de trabalho: técnicos de enfermagem, psicólogas, enfermeiros, psiquiatras, residentes com quem compartilho diariamente as vivências profissionais.

Aos Professores Dra. Márcia Raymundo, Dra. Luciana Marques e Dr. Paulo pelo aceite em participar da banca examinadora deste trabalho.

Agradeço à colaboração das pessoas especiais que estiveram internadas no período de acompanhamento, que compartilharam um pouco das suas histórias de vida privada possibilitando a realização deste trabalho sem as quais não seria possível.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela atenção dispensada nas discussões do projeto e na conclusão do trabalho. Principalmente pelo enorme apoio e estímulo, pessoas especiais com quem me orgulho de conviver.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Tabela 1: Dados demográficos dos pacientes entrevistados.....	56
Tabela 2: Consolidação do processo de categorização segundo Strauss e Corbin (2008)	67
Figura 1: Desenvolvimento do trabalho	47

RESUMO

Introdução: O uso de substâncias psicoativas pode afetar o indivíduo, a família e a sociedade. Sabemos que pessoas apresentam problemas sérios relacionados ao uso ou abuso de substâncias psicoativas independente da substância, lícita ou ilícita, prescrita ou não, considerada forte ou fraca, natural ou processada. Uma vez que o desenvolvimento de um transtorno aditivo à drogas possui causas variadas e correlação complexa. Essa complexidade nos faz avaliar constantemente nossa prática em saúde a fim de apoiar os pacientes que buscam atendimento em um Serviço hospitalar. Assim, este trabalho foi elaborado a partir da demanda das pessoas que buscam tratamento, que se propõe a discutir e pensar além dos problemas causados pelo uso de SPAs, mas seus problemas éticos e morais. Problemas identificados pelo próprio sujeito no seu processo de recuperação da função social, na relação com as pessoas próximas, na administração dos riscos para si mesmo e outros, dentre outros aspectos considerados importantes para mudança do estilo de vida. **Fundamentação Teórica:** Para a compreensão destes problemas apontados pelo grupo dialogamos na área das ciências sociais com Anthony Giddens e Alex Honneth, na área de saúde mental e Tratamento Cognitivo Comportamental Griffith Edwards, Rangé; na área de grupoterapia Sobell e Yallon; para compreender o desenvolvimento moral e comportamental Jean Piaget, Hoffman e Émile Durkheim, a interface da bioética com Potter. **Objetivo:** desenvolver um jogo de cartas que exemplifique situações rotineiras que se constituem problemas éticos e conflitos morais, vivenciados pelos pacientes quanto às regras básicas de convivência social antes e durante a internação. **Métodos:** Foi realizado um levantamento dos Descritores da biblioteca virtual em Saúde (BVS): Card Games, Moral Development, Principle-Based Ethics, Adaptation, Psychological; Drug Users, Behavior Therapy, Game Theory, após foram feitas buscas bibliográficas nas bases Medline, Lilacs, NIDA (National Institute on Drug Abuse), ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas), PubMed, Scielo, ADDICTION e ISI. O delineamento do estudo é qualitativo realizado por meio de consulta em prontuário, entrevistas semi-estruturadas individuais, grupos focais e diário de campo. As sentenças que representam os problemas éticos e morais foram, adaptados do Jogo Sem-Censura: uma questão de princípios. Os dados coletados foram correlacionados com as Regras de Convivência anteriormente elaboradas em oficinas pelos próprios pacientes em conjunto com a equipe. O estudo do material se deu a partir de operação de codificação - recorte dos textos em unidades de registro: um tema. Os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples (percentagens) que permitem colocar em relevo as informações obtidas, sendo utilizado o sistema N-vivo. **Resultados:** Consideramos que houve envolvimento e adesão do grupo na elaboração das sentenças do jogo de cartas. Durante a elaboração do jogo avaliamos que o processo foi rico, lúdico e de simples aplicação para reflexão dos problemas enfrentados na convivência social além dos parâmetros morais do grupo e seus referenciais éticos. A contribuição desta intervenção foi à instituição da cultura em refletir sobre os conflitos éticos e morais identificados pelos pacientes ao longo da sua vida para além dos problemas de convivência na internação. Os problemas identificados pelo grupo foram: a difícil relação com figuras de autoridade (pai, mãe, professor...), preconceito de gênero, percepção de naturalização do crime e a baixa empatia pelas outras pessoas.

Palavras-chave: Jogos de cartas, Desenvolvimento Moral, Ética Baseada em Princípios, Adaptação Psicológica; Usuários de drogas, Terapia Comportamental, Teoria dos Jogos

ABSTRACT

Introduction: The use of psychoactive substances can affect the individual, family and society. We know that people have serious problems related to the use or abuse of psychoactive substances regardless of the substance, legal or illegal, prescribed or not, considered strong or weak, natural or processed. Once the development of a disorder, drug additive have different causes, complex correlation. This complexity makes us constantly evaluate our practice in health care to support patients who seek care in a hospital service. This work was developed from the demand of people seeking treatment, which aims to discuss and think beyond the problems caused by the use of PAS, but its ethical and moral problems. Problems identified by the subject in the process of recovery of social function, in relation to people nearby, in managing the risks to yourself and others, among other aspects considered important to change lifestyle. **Theoretical Rationale:** To understand these problems identified by the group dialogued in the social sciences with Anthony Giddens and Alex Honneth, in the area of mental health and behavioral treatment Cognitivo Griffith Edwards, Rangé; in the area of group therapy and Sobell Yallon; to understand the moral and behavioral development Jean Piaget, Hoffman and Émile Durkheim, the interface of bioethics with Potter. **Objective:** To develop a card game that exemplifies routine situations that are ethical problems and moral conflicts experienced by patients as the basic rules of social interaction before and during hospitalization. **Methods:** A survey of Descriptors Virtual Health Library (VHL) was conducted: Card Games, Moral Development, Principle-Based Ethics, Adaptation, Psychological; Drug Users, Behavior Therapy, Game Theory, after literature searches were performed in Medline, Lilacs, NIDA (National Institute on Drug Abuse), ABEAD (Brazilian Association of Studies on Alcohol and other Drugs), PubMed, SciELO, ISI and ADDICTION. The study design is qualitative try been held consultations in medical records, individual field diary semi-structured interviews, and focus groups. Sentences that represent the ethical and moral problems were adapted from Game No-Censorship: a matter of principles. The collected data were correlated with the Rules of Coexistence previously developed in workshops by patients in conjunction with the team. The study material was made from the codification - clipping of text in log units: a theme. The raw results were subjected to simple statistical operations (percentages) that allow you to put in relief the information obtained, the N-vivo system being used. **Results:** We consider that there was involvement and membership of the group in preparing the sentences of the card game. During the development of the game evaluate the process was rich, playful and simple application to reflection of the problems in social life beyond the moral parameters of the group and its ethical frameworks. The contribution of this intervention was the establishment of the culture to reflect on the ethical and moral conflicts identified by patients throughout their lives beyond the problems of coexistence in the hospital. The problems identified by the group were: a difficult relationship with authority figures (father, mother, teacher ...), gender bias, naturalization perception of crime and low empathy for others.

Keywords: Card Games, Moral Development, Principle-Based Ethics, Adaptation Psychological, Drug Users, Behavior Therapy, Game Theory.

LISTA DE ABREVIATURAS

II LENAD	2º Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5º edição
DSM V	(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
E	Entrevista
GD	Grupo de Desintoxicação
GF	Grupo focal
GR	Grupo de Reabilitação Psicossocial
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TUSP	Transtorno mental e comportamental devidos ao uso de substância psicoativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1. ADIÇÃO E TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIA: CONCEITOS	20
2.2. ASSOCIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS E PROBLEMAS NA FAMÍLIA (VIOLÊNCIA DOMÉSTICA):.....	22
2.3. TIPOS DE SUBSTÂNCIAS E OS DANOS FÍSICOS ASSOCIADOS AO USO.....	25
2.4. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS ASSOCIADAS AO USO DE SUBSTÂNCIAS	27
2.5. MORAL E ÉTICA	28
2.6. INSERÇÃO DA BIOÉTICA.....	29
2.7. JEAN PIAGET E O DESENVOLVIMENTO DA MORAL	30
2.8. MARTIN HOFFMAN E O DESENVOLVIMENTO DE EMPATIA.....	32
2.9. ANTHONY GIDDENS E AS REGRAS DE CONVIVÊNCIA SOCIAL.....	33
2.10. PANORAMA DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DO SERVIÇO DE ADIÇÃO – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO.....	35
2.11. PAPEL DO CONSELHEIRO E O TRABALHO EM GRUPO PARA O TRATAMENTO DA ADIÇÃO	37
2.12. A ESCOLHA POR METODOLOGIAS ATIVAS E LÚDICAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PSICOEDUCAÇÃO	39
2.13. INTERLOCUÇÃO DA ELABORAÇÃO DO JOGO (ENQUANTO RECURSO DE INTERVENÇÃO TERAPEUTICA) COM O ENSINO NA SAÚDE:.....	41
3. JUSTIFICATIVA	44
4. OBJETIVO	46
4.1. OBJETIVO GERAL	46
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	46
5. MÉTODO.....	47
6. RESULTADOS.....	51
6.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES DE PESQUISA (ENTREVISTAS)	51

6.2. PERFIL DOS PARTICIPANTES DE PESQUISA (PRONTUÁRIOS)	51
6.3. DESCRIÇÃO INDIVIDUAL DOS PARTICIPANTES DE PESQUISA QUE PARTICIPARAM DA ETAPA DE ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMI-ESTRUTURADAS (CONFRONTAÇÃO ENTRE OS DADOS FORNECIDOS NA ENTREVISTA E OS DE PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS).....	52
6.4. DESCRIÇÃO DAS PARTICIPAÇÕES NOS GRUPOS- FOCAIS	57
6.5. CATEGORIAS ESTABELECIDAS A PARTIR DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO NO QSR NVIVO 10 (DADOS DAS ENTREVISTAS E GRUPOS-FOCAIS TRANSCRITOS).....	66
6.6. GRUPOS DE ELABORAÇÃO DAS SENTENÇAS A PARTIR DAS CATEGORIAS	67
6.7. GRUPOS DE ELABORAÇÃO DO JOGO (RELATÓRIOS A PARTIR DE DIÁRIOS DE CAMPO E TRANSCRIÇÕES)	71
7. DISCUSSÃO	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
APÊNDICES	98
 APENDICE I: GRUPO DE CARTAS PARA UTILIZAÇÃO NO JOGO TERAPÊUTICO	99
ANEXOS	115
 ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	115
 ANEXO II: APROVAÇÃO DO CEP-HCPA	117
 ANEXO III: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	118
 ANEXO IV: REGRAS BÁSICAS DE CONVIVENCIA DA UNIDADE DE ADIÇÃO, UNIDADE ALVARO ALVIM, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE...	119
 ANEXO IV: ROTEIRO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIOS	120

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no Serviço de Psiquiatria de Adição na Unidade de Tratamento de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu com o auxílio de Pesquisadores do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que colaboraram intensamente com as discussões, proporcionando as contribuições teóricas e complementares da biologia, da filosofia, da sociologia, da psicologia e da antropologia. Além da colaboração da equipe multiprofissional deste Serviço que busca atuação interdisciplinar, desenhando possibilidades de expressão do saber científico envolvendo o campo do Ensino na Saúde.

A Unidade de Tratamento de Adição busca abordar a complexidade dos Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas, por meio da associação da pesquisa à prática clínica uma vez que se constitui em uma Unidade Hospitalar Especializada em tratamento de usuários de múltiplas drogas. Neste Serviço os pacientes chegam por encaminhamento da rede pública de assistência ao usuário de álcool e outras drogas, principalmente das emergências psiquiátricas (PAM III e IAPI) de Porto Alegre, mas também podem ser encaminhados por meio da Central de Leitos via CAPS AD de Porto Alegre (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas).

Após a trajetória de busca por internação os pacientes e suas famílias são acolhidos na por uma equipe multiprofissional que avalia junto a este a sua motivação para esta modalidade de tratamento, o paciente sozinho ou em conjunto com o familiar pode decidir pela internação. As pessoas que buscam tratamento em unidade hospitalar especializada possuem, geralmente, um histórico de privações em muitas áreas da vida: afetivas, econômicas, a vida de relação, a trabalho formal, a educação, a justiça, a segurança, dentre outros. As pessoas referem serem escassos os tratamentos ambulatoriais, sendo a maioria destes pacientes reincidente em internações como única via de tratamento. As pessoas que tem acesso a serviços de saúde pouco aderem aos tratamentos oferecidos, e o mesmo padrão se repete em relação aos grupos de mútua ajuda como os Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos.

Ao considerar este cenário enfrentamos (1) o desafio diário de oferecer um programa de tratamento que se aproxime as expectativas do indivíduo e de sua família quando buscam atendimento desta natureza e a (2) complexa tarefa de elaborar um plano terapêutico singular adequado as expectativas e necessidades do paciente e de sua família. Não obstante, o escopo é auxiliar na melhora da qualidade de vida explorando ao máximo as potencialidades destes indivíduos e suas famílias, mesmo que a relação com as substâncias psicoativas não altere de logo após a alta.

As pessoas descrevem que após a alta hospitalar há dúvidas em como manter o tratamento e o plano terapêutico proposto pela equipes de saúde. Há ambivalência em relação ao uso de drogas, além das urgências inerentes a uma vida cheia de conflitos (com a justiça, na comunidade onde mora, na família, no trabalho, no abrigo, com o traficante...) em função do uso nos últimos tempos o que resulta na má adesão ao tratamento e desmotivação.

Estas questões trazidas pelo grupo durante os 10 anos de experiência atendo grupos de usuários de múltiplas foram importantes para a decisão de trabalhar com um tema para além da relação da pessoa com as substâncias. Por isso os problemas de comportamento associados ao uso de múltiplas drogas, a precária adaptação a um ambiente com regras básicas de convivência, assim como, com conflitos interpessoais estabelecidos pelo grupo em tratamento foram o norteador para se pensar este trabalho.

Essa má adaptação na convivência social durante o tratamento estimula a reflexão para o resgate da vida social sustentável. Para tanto, pensamos estratégias terapêuticas que proporcione melhor interação, comunicação e que possibilitasse a discussão dos conflitos da vida diária de tal forma a provocar uma impressão emocional transformadora para as pessoas. Assim surgiu o desejo em realizar o mestrado profissional de ensino na saúde. Ficou claro desde o início que seria um trabalho que exigiria uma abordagem ética e reflexiva da prática clínica. Diante da realidade descrita até aqui pretendo expor resumidamente como chegamos ao objetivo deste trabalho.

Inicialmente, as discussões dos conflitos gerados pela convivência durante a internação muito se assemelhavam as situações enfrentadas pelos indivíduos junto às suas famílias. Portanto fizemos sempre a moderação os conflitos estimulando uma postura reflexiva a cerca dos problemas apontados. Essa experiência nos levou (grupo de pacientes e equipe) a pensar o ambiente terapêutico como ensaio para a vida. Logo foram realizadas

oficinas de trabalho colaborativo onde equipe multiprofissional e equipe, trabalharam na elaboração das regras básicas de convivência (ANEXO V), sendo estas periodicamente reeditadas e discutidas, frente aos conflitos e problemas identificados na convivência.

Durante a elaboração das regras de convivência foram identificados comportamentos pelo grupo no grupo: baixa solidariedade, baixa coesão grupal, individualismo, postura utilitarista dos pacientes em relação ao serviço de saúde, déficit de habilidades sociais, hostilidade entre os membros, forte competição, ameaças, conduta violenta, apatia social, dentre outros. Alguns questionamentos feitos ao grupo nas revisões de contrato de convivência foram: O tratamento proposto se aproxima da realidade vivida por vocês? Como vamos trabalhar em grupo o tema que diz respeito às condutas e comportamentos que oferecem risco a si e a outros? Como fomentar uma discussão sobre tomada de decisão? De modo que foi das discussões destes grupos que nasceu a idéia de um grupo que utilizasse um instrumento lúdico para abordar as dificuldades na interação. Assim oportunamente, o grupo de pacientes sugeriu a utilização dos jogos “Imagem e Ação” e “Detetive”. Outro jogo, foi o “Sem Censura” empregado por sugestão de uma terapeuta visitante do Serviço de Bioética do HCPA. Estes jogos eram utilizados em horário programado chamado “*grupo de jogos*” onde várias pessoas da equipe se envolveram, principalmente: educador físico, terapeuta ocupacional e enfermagem. A experiência positiva pela diversão e a possibilidade de rever comportamentos manifestos nos motivou, enquanto equipe, a elaborar um jogo de cartas que pretende fomentar a reflexão do comportamento ético e dos princípios morais nas relações e na sociedade, proporcionando uma reflexão para vida além das drogas.

Porquanto o objetivo geral deste estudo foi a elaboração de um jogo de cartas que abordasse as dificuldades de convivência, os problemas éticos e morais surgidos nas relações e na vida produtiva, discutidos durante o tratamento de usuários de substâncias, visando uma apropriação da importância de regras básicas de convivência tanto para o tratamento como para a vida em sociedade.

O desenvolvimento do jogo de cartas incluiu: (1) adaptação da linguagem, (2) avaliação do conteúdo e (3) elaboração de suas instruções junto aos profissionais de saúde e usuários em tratamento para o Transtorno por Uso de Substância.

O método utilizado neste trabalho foi qualitativo, por meio de grupos focais, pesquisa em prontuário, entrevista semi-estruturada individual e diário de campo.

A proposta contou com a efetiva participação de profissionais do Serviço de Psiquiatria das Adições do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foram eles: Enfermeiras, Técnicos de Enfermagem, Médicos Residentes em Psiquiatria, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Residentes Multiprofissionais, Nutricionista, Sociólogo, Psicólogas, Pedagoga, Profissionais Administrativos, Profissionais da Segurança Patrimonial e Profissionais da Higienização. Todos estes profissionais participaram de grupos psicoeducativos, terapêuticos, sentimentos e de abordagem comportamental com os pacientes durante a elaboração deste trabalho.

Essa equipe descrita compõe apenas os profissionais que participaram desta construção, e que diariamente com outros tantos e também muito importantes ajudam a pensar um ambiente terapêutico adequado, fraterno e acolhedor. É adequado afirmar que um bom tratamento exige um bom ambiente terapêutico (RAMOS; BERTOLOTE, 1997). Portanto, a Unidade de Tratamento referida esforça-se para proporcionar um ambiente que estimule a adesão ao programa de tratamento, reconhecendo os potenciais do paciente e sua família, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo.

Para este trabalho, buscamos alguns pressupostos que consideramos importantes para compreendermos o que foi acontecendo ao longo da pesquisa, bem como o que era dito e levantado como questão reflexiva do grupo de trabalho. Aqui chamo de grupo de trabalho o coletivo de pacientes, profissionais, professores e grupo de pesquisa que se debruçaram sobre o tema.

Um dos pressupostos é definido como metodologias ativas amplamente empregadas na perspectiva do ensino em saúde. Uma vez que, permitem realçar a autonomia das pessoas em tratamento como produtores do autoconhecimento e autocuidado ao privilegiar a identificação de situações de risco e elaboração de estratégias de enfrentamento no seu ambiente social, além de fomentar os conflitos inerentes as relações interpessoais o que foi fundamental para atingir os objetivos. Outro pressuposto norteador foi o da bioética que fundamentou as reflexões e as intervenções nas reuniões do grupo de trabalho, dando um direcionamento para as discussões do que é certo e errado, bem e mal, bom e mau, prazer e sofrimento, vida e morte, benefício e malefício, dentre outras questões complexas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão bibliográfica apresenta o contexto médico da Adição e Transtornos Relacionados, os referenciais sociais, da ética e da moral, apontada pelos pacientes participantes da pesquisa, sobretudo a ética na abordagem deste fenômeno.

Este levantamento considera os seguintes aspectos: (2.1) adição e transtornos relacionados ao uso de substância: conceitos; (2.2) associação do uso de substâncias e problemas na família (violência doméstica); (2.3) tipos de substâncias e os danos físicos associados; (2.4) as comorbidades psiquiátricas associadas ao uso de substâncias psicoativas; (2.5) conceito de ética e Moral; (2.6) inserção da bioética (2.7) Jean Piaget e o desenvolvimento do juízo moral (2.8) Anthony Giddens e as regras de convivência social; (2.9) Martin Hoffman e o conceito de empatia; (2.10) panorama do programa de tratamento do serviço de adição: descrição do contexto (2.11) papel do conselheiro e do trabalho em grupo no tratamento da adição; (2.12) a escolha por metodologias ativas, lúdicas e flexíveis em educação para saúde; (2.13) interlocução com o ensino na saúde.

2.1. ADIÇÃO E TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIA: CONCEITOS

Empregaremos a definição de uso e adição baseado nos critérios médicos já estabelecidos para este tema no DSM-V (APA, 2014) e no CID-10 (OMS, 1993), onde o termo “uso” refere-se a qualquer consumo de substância psicoativa associado a algum prejuízo (biológico, social ou psicológico) não significativo para o indivíduo e comunidade; enquanto “adição” refere-se ao consumo sem controle, associado a prejuízos ao usuário, sua comunidade e família, de difícil manejo clínico. O termo “Dependência Química” foi substituído por “Adição” uma vez que este último é mais amplo, genérico e inclui qualquer

substância ou comportamento que altere o cérebro podendo causar dependência (comportamento aditivo) e transtornos associados.

Consideramos pelo DSM – V, os seguintes conceitos:

- dependência leve - presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano;
- dependência moderada - presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano;
- dependência grave - presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano; nosso grupo de pacientes identifica-se nesta categoria para a relação com a maioria das substâncias que usa e comportamentos associados ao consumo destas.

Os critérios são:

1. uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado;
2. desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo;
3. gasto importante de tempo em atividades para obter a substância;
4. fissura (craving) importante;
5. deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso;
6. continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais;
7. restrição do repertório de vida em função do uso;
8. manutenção do uso apesar de prejuízos físicos;
9. uso em situações de exposição a risco (segurança para si e outros e de recaída);
10. sintomas de abstinência com a cessação do uso;
11. tolerância ao uso da substância.

O DSM-V é um manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais e sofreu alterações que foram publicadas em 2013. Nesta nova edição se altera a terminologia designada a identificar o usuário, que passa a ser identificado como Adicto por designar adição a drogas, conforme o Dicionário Aurélio século XXI (FERREIRA; ANJOS; FERREIRA, 1999). Sua etimologia tem a seguinte explicação: "Adicto", do latim "*addictu*", é um adjetivo, que significa:

1. Afeiçãoado, dedicado, apegado.
2. Adjunto, adstrito, dependente.
3. Refere-se aquele que não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e outras substâncias psicoativas, por motivos fisiológicos ou psicológicos.

A mudança sugerida foi no sentido de ampliar o espectro de tratamento às pessoas que sofrem com comportamentos dependentes e reconhecem problemas associados à estes comportamentos. Houve a avaliação de que o termo dependente químico reduz o fenômeno à relação com as substâncias (SPAs). Porquanto o termo Adicto inclui não só o usuário de substância, mas toda pessoa que restringe seu repertório de vida a repetição de um comportamento aditivo, englobando aqui todas as pessoas cujo comportamento repetido causa sofrimento e se identificam com os critérios acima citados do DSM-V.

Por base dessa terminologia, atual, o Serviço de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi assim nomeado. Essa mudança de conceito traz consigo uma mudança de paradigma ao tratamento que investe no tratamento e diagnóstico de comorbidades psiquiátricas associadas a adição à SPA, como também amplia suas estratégias de abordagem para os comportamentos adictos comórbidos ao uso de SPAs. A partir destes conceitos pensamos na associação do uso com os problemas enfocando a violência doméstica por ser este um assunto freqüente no grupo de tratamento e uma das causas de busca por internação.

2.2. ASSOCIAÇÃO DO USO DE SUBSTÂNCIAS E PROBLEMAS NA FAMÍLIA (VIOLÊNCIA DOMÉSTICA):

As substâncias psicoativas alteram o funcionamento cerebral e o comportamento, conseqüentemente, ao redor do usuário sempre há alguém lidando com o impacto das conseqüências resultantes do uso de SPAs. Estabelecem-se vínculos frágeis de interação familiar, com repercussões negativas para todas as áreas da vida do indivíduo e para a vida dos seus familiares, que compartilham todas as perdas geradas em função do uso indevido, sejam elas afetivas, materiais, econômicas, sociais (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool por vezes podem perder todos os elos familiares, e ainda optarem por viver em situação de rua para evitarem os conflitos vindos das relações com os demais. Ainda assim, podem nutrir fortes emoções no tocante aos

relacionamentos, prejudicados por morte, desarmonia ou negligência. E é provável que os parentes tenham sentimentos semelhantes em relação ao adicto (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como violência o uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (WHO, 2002). Para Durkheim (2007), a violência é definida como um “sintoma” de funcionamento ineficiente das instituições sociais, nos processos de socialização e em relação às normas sociais e jurídicas em dada sociedade.

Muitos pesquisadores apontam que a violência é resultado de múltiplas causas e reconhecem o papel do uso alterado de SPAs nesse contexto de manifestação de comportamentos agressivos e transmissão transgeracional da violência. A palavra de origem latina, vem do vocábulo vis, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2005).

O uso de substâncias, freqüentemente é assunto na mídia, principalmente no que concerne a legalização, descriminalização e suas repercussões sociais, tais como: violência doméstica, transtornos mentais, acidentes de trânsito e violência urbana. Estudos atuais discutem a relação do uso de substâncias e comportamento violento, tais como: suicídio, agressão, abuso físico e emocional, acidentes de trânsito, homicídios dentre outros eventos (ONYEKA et al., 2013; SMALL et al., 2013). Em artigo publicado em 1998, Minayo e Deslandes fazem uma análise da questão intitulada “A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência”, em que apresenta dado de estudos realizados em emergências hospitalares, não obstante revisa a existência de uma expressiva correlação entre o uso abusivo de álcool e trauma (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Estudos brasileiros mostram que o uso de substâncias psicotrópicas no domicílio da criança é um fator de risco para violência contra criança. O estudo mais recente realizado pelo INPAD/LENAD II (2012) mostrou que 21,7 % das crianças entrevistados relataram ter sofrido algum tipo de violência física na infância e 20% relatou que seu abusador havia ingerido bebida alcoólica. Ainda 8% dos brasileiros relataram possuir alguém próximo que

consumia substâncias ilícitas dentro da sua residência e na sua maioria eram parentes próximos (3.7%).

Enquanto os especialistas concordam que o uso de SPA frequentemente tem papel importante nas atividades violentas (OPAS, 1994; YUNES; ZUBAREW, 1999), seu papel específico ainda não está claro, ou seja, é difícil de determinar com precisão: (a) o nexos causal entre essas substâncias e atos violentos; (b) o status legal das SPAs e as complicações envolvendo tráfico e leis que o reprimem; (c) as influências ambientais e do meio e as características individuais dos usuários; (d) a prevalência e as correlações precisas entre violência e uso dessas substâncias.

A violência tem mais chances de ser exercida em determinados ambientes e em situações específicas, sob condições específicas. Essas complexidades sugerem que a violência interpessoal e a doméstica, que ocorre sob o efeito de substâncias, é contextualizada, ou seja, acontece em ambientes específicos, sob normas e regras específicas de determinados grupos e diante de expectativas que alimentam e são (re)alimentadas dentro desses grupos (MINAYO; DESLANDES, 1998). Para encontrar nexos causal entre determinadas substâncias e violência seria necessário saber se os comportamentos e atitudes violentas ocorreriam ou não no interior desses segmentos, caso a droga e o álcool não estivessem presentes.

Artigos atuais mostram que há associações claras do uso de substâncias e atos violentos contra pessoas e patrimônio. Ao examinarem as tendências a comportamentos agressivos ao longo da adolescência, foi observado que o uso de substâncias e atos de violência possui forte associação, indicando o uso de maconha e álcool como as substâncias mais frequentemente encontradas em situações de investigação de atos violentos. Já na vida adulta o uso de substâncias está fortemente associado a casos graves de violência doméstica contra mulheres e crianças (KAUFMANN et al., 2014; WU et al., 2014).

Este panorama de violência não só é relatado pela família, durante a realização deste trabalho foi apontado pelo grupo em tratamento, como o principal fator de busca por internação. Muitos pacientes possuem medidas restritivas e possuem filhos institucionalizados em abrigos por agressão associada ao uso de substâncias. A questão nos motivou a discutir o tema com mais afinco foi a percepção do comportamento agressivo associado ao uso de SPAs. A questão é existe associação do uso das substâncias com a violência vivida na rua e na família? Para o grupo de trabalho a restrição legal parece dissociada da violência associada ao

uso. A violência parece ser naturalizada, como sendo inerente ao cotidiano de suas famílias e de suas relações sociais historicamente.

2.3. TIPOS DE SUBSTÂNCIAS E OS DANOS FÍSICOS ASSOCIADOS AO USO

No Serviço de Adição do Hospital de Clínicas o uso alterado de algumas substâncias é mais prevalente, como é o caso do álcool, em geral associado ao uso de cocaína e/ou crack, e tabaco. Esta configuração corresponde aos estudos epidemiológicos nacionais do LENAD (2012). As pessoas podem apresentar adição a mais de uma substância e ainda manifestar comportamentos adictos para relação alterada a outros componentes. É importante considerar que a variabilidade do impacto provocado por cada tipo de substância indica a contribuição de fatores sócio-culturais, facilidade de acesso, condição biológica, condição de saúde e de personalidade. A seguir abordaremos os diferentes tipos de substâncias e suas características.

No caso do álcool sabemos que é um potente ansiolítico, no entanto após o efeito relaxante inicial, devido à sedação do sistema nervoso provocada pelo álcool, ocorrerá certa excitação desconfortável e o usuário ficará ainda mais ansioso. O fato de se beber mais a fim de “tratar” essa ansiedade é o que pode expor o sujeito à dependência (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). As complicações associadas ao uso crônico do álcool são diversas, entretanto é bastante relevante salientar que o álcool é causa significativa de morbidade física, podendo ocorrer transtornos: gastroenterológicos (doenças hepáticas, pancreatite, gastrite, síndrome de Mallory-weiss); músculo esquelético (gota, osteoporose, miopatia); endócrinos; câncer; doenças cardiovasculares; respiratórias; metabólica; hematológicas; do Sistema Nervoso Central (convulsões, Síndrome de Wernicke-korsakoff, encefalopatia, neuropatia); supressão do sistema imunológico; doenças de pele, alterações psiquiátricas (depressão, alucinose alcoólica, psicose delirante, blackouts, delirium tremens, suicídio, ansiedade, ciúme patológico, entre outros transtornos (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004; EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

A nicotina promove um rápido e pequeno aumento do estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória. A sensação de relaxamento físico e mental a cada dose consumida é atribuída à inibição dos sintomas de privação da nicotina. A dependência de nicotina já foi apontada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) como o problema de saúde pública número um e a maior causa de morbidade e mortalidade em muitos países.

Um indivíduo que fuma pode apresentar redução de 25% na sua expectativa de vida. Estudos demonstraram que o tabaco produz um índice de morbi-mortalidade maior do que o esperado e que se reduz 22 anos de vida ao fumar. O uso crônico pode levar a danos cardiovasculares (infartos, aterosclerose, aneurisma, angina); cânceres (pulmão, esôfago, bexiga); doenças pulmonares (enfisema, bronquite, infecções respiratórias); efeitos sobre o feto; complicações psiquiátricas (depressão, ansiedade) (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

A cocaína e crack possuem efeitos estimulantes, que parecem aumentar as habilidades físicas e mentais dos usuários. Eles experimentam euforia, exaltação da energia e da libido, diminuição do apetite, exacerbação do estado de alerta e aumento da autoconfiança. Esses efeitos encorajam o consumo e a dependência dessas substâncias (LEITE; ANDRADE, 1999). Os efeitos do uso crônico causam alterações no sistema nervoso, de forma que o cérebro passa a se adaptar a essas modificações. Três fenômenos podem ser observados: a tolerância (necessidade de doses cada vez mais altas para obter o efeito desejado), a sensibilização (a exacerbação da atividade motora e dos comportamentos estereotipados) e o Kindling (sensibilidade neuronal de determinadas regiões cerebrais pela exposição intermitente, com aparecimento de convulsões). Outras complicações como as cardiovasculares, gastrointestinais, alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), respiratórios, renais, endócrinos, sistema reprodutor, infecções decorrentes do compartilhamento de seringas, morte súbita (sendo a dose letal para uso oral de 1 a 1,2 gramas de cocaína pura), overdose, que pode levar a morte, além de alterações psiquiátricas em que existe uma incidência maior de transtornos de humor e personalidade nestes indivíduos (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004; LEITE; ANDRADE, 1999).

A maconha (planta: *cannabis sativa*), cuja substância é a delta-9-tetrahidrocanabinol, ou THC, é um dos 60 canabinóides presentes e o principal responsável por seus efeitos psicoativos. Os usuários referem uma sensação de “barato” com o uso. Trata-se de um estado alterado de consciência caracterizado por mudanças emocionais, como euforia moderada e relaxamento; alterações perceptuais como distorção do tempo; e intensificação das experiências sensoriais simples, como comer, assistir a filmes, ouvir músicas e ter relações sexuais. Este efeito pode ser responsável por aumentar o risco de psicoses (entre elas, a esquizofrenia). Isso ocorre, em especial, entre as pessoas que já têm uma predisposição genética à doença. Em pessoas com esquizofrenia, a droga pode exacerbar a doença (NIDA, 2014). A pesquisadora Volkow e cols. (2014), diretora do The National Institute on Drug

Abuse (NIDA) apresentou dados a partir de um estudo longitudinal realizado com adolescentes, e revisão de outros estudos, a partir dos quais contestou o fato da cannabis ser considerada uma substância inócua, uma vez que causa prejuízos ao usuário tanto no seu desenvolvimento, quanto já na idade adulta. O trabalho apresentou que cerca de 9% daqueles que experimentam maconha vão se tornar dependentes ao longo da vida. Entre os que fumam maconha todos os dias, a taxa de dependentes chega a 50%. A probabilidade de o usuário apresentar sintomas de dependência dois anos após a primeira experiência é até quatro vezes mais alta que a verificada entre os que usam na idade adulta. O mesmo trabalho mostra que o uso de cannabis por adolescentes sugere que o uso na adolescência pode influenciar comportamento aditivo a outras substâncias na idade adulta. Estes dados nos alertam para a diversidade de drogas, assim como para o fácil acesso não só da maconha, mas de outras substâncias ainda não muito estudadas.

2.4. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS ASSOCIADAS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

Para melhor entender esse problema e sua importância começamos com a definição de comorbidade: trata-se da ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo que já é portador de outra patologia, com potencialização recíproca entre estas, ou seja, quando há coexistência e correlação entre dois ou mais transtornos (RATTO; CORDEIRO, 2004). Quanto aos transtornos mentais, é comum o uso ou adição a substâncias psicoativas coexistindo com outros transtornos. De modo geral, o uso de substâncias, mesmo ocasional e em pequenas doses, pode acarretar conseqüências sérias aos portadores de comorbidades psiquiátricas (ZALESKI et al., 2006).

Os transtornos psiquiátricos mais frequentemente associados ao uso de substância ou mesmo da adição por SPA são: esquizofrenia, transtornos de humor (Transtorno de humor bipolar e depressão), transtornos ansiosos (agorafobia, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos de personalidade (anti-social e borderline), Transtornos alimentares (anorexia e bulimia). (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Considerando a prevalência de comorbidades com as adições, este evento tem sido amplamente estudado atualmente pela Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas e outros Institutos e Grupos de Pesquisa. Estas pesquisas deram origem a um projeto

de Diretrizes visando o desenvolvimento de critérios diagnósticos e terapêuticos atualizados para as comorbidades psiquiátricas (CEBRID, 2006). Esta pesquisa estudou as principais comorbidades psiquiátricas e os dados de literatura, tendo como referências diretrizes adotadas em outros países. Abordaram-se aspectos epidemiológicos, critérios diagnósticos, tratamento integrado e organização de serviço especializado, assim como especificidades do tratamento psicoterápico e farmacológico, de forma que as Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas reforçaram a importância da abordagem adequada do Adicto portador de comorbidade psiquiátrica (ZALESKI et al., 2006).

2.5. MORAL E ÉTICA

A palavra Ética vem do grego “*ethos*” que significa modo de ser, e Moral tem sua origem no latim, que vem de “*mores*”, significando costumes (GOLDIM, 2000). As diferenças conceituais podem ser resolvidas com o esclarecimento dos dois temas, sendo que moral é um conjunto de normas que regulam o comportamento do homem em sociedade, e estas normas são adquiridas pela educação, pela tradição e pelo cotidiano (DURKHEIM, 2008). Moral como a “ciência dos costumes”, sendo algo anterior a própria sociedade e de caráter obrigatório (DURKHEIM, 2008).

A palavra ética, adjetivo substantivado, tem dois termos gregos em sua origem: Ethos e êthos. O primeiro significa costume, uso, maneira de proceder; o segundo, morada habitual, maneira de ser caráter. Aristóteles (2007) deriva *ethiké epistémé* do primeiro termo. M. Heidegger, na Carta sobre o Humanismo, prefere o segundo, tendendo a reduzir a ética à ontologia (ZILLES, 2006).

A Ética e a Moral surgem as pessoa parâmetros para resoluções de problemas práticos da vida diária. Segundo Zilles (2006) ao nos indagarmos quanto ao que devemos fazer, é inevitável refletir e fundamentar nossa ação, ponderando com critérios. As decisões do ser humano estão submetidas ao juízo próprio e dos outros, pois vivemos em sociedade e disto não há como fugir. É inevitável nos perguntamos o que devemos fazer diante de determinadas situações, ou o que se deve deixar de fazer. Cada pessoa julga seu próprio agir e o agir de outros segundo critérios que ela e outros não conseguem satisfazer. A ética ocupa-se destas experiências e questões diárias. Julgamos nossas ações como boas ou más segundo nossas convicções e as dos outros (ZILLES, 2006).

Durkheim (2008, p. 39) define moral como um sistema de regras que predeterminam a conduta e o comportamento, ou seja, as escolhas entre o certo e o errado. Traz a noção de prejuízo para si e outros. As regras, portanto, dizem como devemos agir em cada situação; e agir bem é corresponder ao que é esperado e bom para a coletividade. Conseqüentemente, a moral consiste em um conjunto de regras definidas e especiais que determinam as condutas sociais que devem ser disciplinadas para o bom funcionamento da sociedade.

Para Moore (1975, p. 4), ética é a investigação geral sobre aquilo que é bom. Acreditava que antes de avaliar os comportamentos e de determinar aos indivíduos normas morais, é necessário perguntar o que é o bem e o bom. Partindo da distinção entre o que nomeamos como bem/bom (adjetivo). O bom, segundo Moore, é o substantivo ao qual se aplica o adjetivo bom. Certos atributos como honestidade, solidariedade, empatia, podem ser considerados como adequados ao que é bom, ou mesmo como elementos constitutivos de sua definição.

Ética como um conjunto de valores que orientam o comportamento do homem em relação aos outros homens na sociedade em que vive, garantindo, o bem-estar social, nos serve como parâmetro de comportamento para o homem no seu meio social, o que vem a facilitar a vida das pessoas no individual e coletividade. Ora, a Ética nos orienta quanto a um conjunto de regras, princípios ou maneiras de pensar as ações de um grupo em particular (moralidade), ou é o estudo sistemático da argumentação sobre como nós devemos agir (filosofia moral) (GOLDIM, 2000).

2.6. INSERÇÃO DA BIOÉTICA

A bioética inicialmente surge para ampliar a discussão da ética para o conjunto de todos os seres vivos, propõe uma reflexão complexa por incluir múltiplas áreas do conhecimento, portanto interdisciplinar, e é compartilhada por utilizar diferentes interfaces (GOLDIM, 2009).

Para Potter (1988) Bioética é o encontro das ciências biológicas com os conhecimentos humanísticos constituindo uma ciência que estabelece um sistema de prioridades médicas e ambientais para a sobrevivência aceitável (GOLDIM, 1997).

Na Unidade de Tratamento em Adição do Hospital de Clínicas as consultorias em bioética auxiliam na tomada de decisão de casos mais complexos onde há necessidade de garantir desfecho seguro para o paciente e sua família, assim como para equipe, proporcionando uma práxis interdisciplinar.

Já complementar dá-se o entendimento de interdisciplinaridade como uma forma de estruturar e organizar maior quantidade de conhecimento de abrangência, facilitando a compreensão de múltiplas causas que afetam determinada realidade (LINHARES et al., 2AD). A interdisciplinaridade unifica a forma de ver a pessoa atendida. A temática se torna relevante por se tratar de uma abordagem que proporciona visão complexa do paciente, e tornam maiores as chances de melhor interação entre os profissionais.

2.7. JEAN PIAGET E O DESENVOLVIMENTO DA MORAL

No livro "O juízo moral na criança", Piaget propõe o estudo do juízo moral, por meio de análises, do que chamou de "regras do jogo social", na medida em que a moral consiste num sistema de regras, a essência da moral deve ser procurada no respeito que o indivíduo adquire pelas regras sociais (PIAGET, 1994, p. 23).

Piaget diz que geralmente as regras morais que a criança aprende a respeitar já chegam até ela elaboradas pelos adultos, principalmente pelas pessoas que lhe são referência e já chegam como verdades absolutas num primeiro momento. Aqui já falava em modelagem do comportamento, ou seja, o comportamento e a moral como sendo apreendidas no convívio social.

Neste trabalho "O juízo moral na criança" o autor faz referência ao estudo das regras do jogo de bolinhas de gude, no qual as crianças maiores transmitem as regras para as crianças menores; logo, as leis são passadas de criança para criança. As crianças maiores, por sua vez, já podem escolher se modificam ou não as regras do jogo. Assim podemos examinar de que forma se pratica a regra: se ela é algo sagrado (heterônoma) ou algo sobre o que se pode decidir obedecer ou não (autônoma).

Quanto ao **conhecimento e aceitação das regras** Piaget identificou quatro estágios: (a) no primeiro estágio (0-2 anos), assinalado como estágio motor, as crianças não fazem uso de regras, não há atividade social; (b) no segundo estágio (2-5 anos) chamado por Piaget de

egocêntrico, as crianças recebem do exterior as regras codificadas, mas não há um interesse em encontrar parceiros para jogar ou ganhar o jogo, cada criança joga para si, mesmo quando em grupo; (c) no terceiro estágio (7-8 anos) caracterizado por Piaget como o estágio da cooperação surge a importância de se ganhar o jogo; logo, há necessidade da sistematização das regras; (d) no quarto estágio (11-12 anos) as regras do jogo são definidas e entendidas minuciosamente por todos os jogadores, o qual chamou de estágio da codificação das regras, pois agora as regras fazem parte da sociedade (PIAGET, 1994, p. 34).

Quanto à **consciência das regras** Piaget divide-a em três estágios: o primeiro compreende o estágio motor, neste momento a regra ainda não é coercitiva; o segundo a regra é entendida como sagrada, “toda modificação proposta é considerada pela criança como uma transgressão”; e no terceiro (da prática das regras) aqui a regra é considerada como uma lei imposta pelo consentimento mútuo, cujo respeito é obrigatório, se deseja ser leal, permitindo-se, transformá-la, desde que haja o consenso geral (PIAGET, 1994, p. 34).

Os estudos de Piaget nos mostram claramente como ocorre o processo de internalização das regras. No início as regras são exteriores ao sujeito e estaques, no entanto com o amadurecimento emocional tornam-se flexíveis sem prejudicar o coletivo porque há um consenso social. Piaget ressalta em seu texto que as regras as quais se refere, se constituem independentemente do sujeito, se transmitem de geração em geração e que para acontecer modificações nas regras, essas modificações têm que ser aprovadas pela coletividade.

O filósofo Axel Honneth (2013), mostra outra perspectiva dos estudos de Piaget a partir da premissa de que a dependência individual de experiências de reconhecimento social explica porque o sujeito individualmente aspira ser membro em diferentes modelos de grupos sociais. Honneth diz que o desenvolvimento moral de Piaget promoveu a importância socializadora do grupo de pares, com isso colaborou para compreensão de que o grupo deve ser compreendido como um mecanismo social fundado na necessidade ou no interesse psíquico do indivíduo, porque o auxilia na estabilidade e ampliação social.

Segundo Honneth (2013) o comportamento do grupo também pode ser influenciado por projeções e fantasias inconscientes que levam a patologização dos processos comunicativos e trazem consigo efeitos destrutivos. Diz ter convicção de que a formação do eu sujeito se realiza através da gradual internalização de um comportamento social reativo,

que tem caráter de reconhecimento intersubjetivo. No texto “O eu no nós: reconhecimento como força motriz de grupos” Honneth (2013), fala dos estágios de configuração da autonomia por meio do reconhecimento pelo grupo. Seriam eles: a autorrelação positiva – autoconfiança estabelecida pelo comportamento cuidadoso e estável da pessoa de referência primária; o autorrespeito a partir da experimentação de brincadeiras onde a capacidade de fazer julgamentos é percebida como importante ou confiável; e, autoestima quando a criança tem consciência das suas habilidades.

Quando todo esse processo ou parte dele falha, temos a busca por reconhecimento de forma mais destrutiva, autodestrutiva e alianças a grupos que podem reagir de forma inadequada diante dos problemas inerentes a vida (HONNETH, 2013).

2.8. MARTIN HOFFMAN E O DESENVOLVIMENTO DE EMPATIA

Para o psicólogo Martin L. Hoffman a palavra empatia está diretamente relacionada ao desenvolvimento de um senso cognitivo sobre a existência de outras pessoas. O que se encontra ligado ao processo de diferenciação de si mesmo (self) em relação aos demais (HOFFMAN, 1981). Nancy Eisenberg distinguiu três tipos de reações emocionais que freqüentemente são designados por empatia: a expressão em reflexo do sentir do outro, a resposta a uma emoção do outro e a manifestação de ansiedade perante o estado do outro (EISENBERG, 1986). Sendo assim a empatia é a resposta afetiva vicária (vicária não é uma palavra usual e significa o que se faz em substituição de algo, ou delegar a...), a outras pessoas, ou seja, uma resposta afetiva apropriada à situação de outra pessoa (HOFFMAN, 1981),.

Quanto ao desenvolvimento deste sentimento pelas outras pessoas o acompanhamento de crianças mostrou a associação entre os sentimentos produzidos durante os episódios empáticos e os níveis de desenvolvimento sócio-cognitivo produz mudanças na maneira como os indivíduos irão sentir a empatia. Por exemplo, em idades muito precoces, nas quais ainda não existe distinção cognitiva entre si mesmo e o outro, as crianças podem ter sentimentos empáticos ao testemunhar a angústia do outro, como se aquele sofrimento estivesse ocorrendo com elas mesmas. Assim, ao ver um colega se machucar e chorar, a criança pode chorar como se ela mesma tivesse se machucado. A esse sentimento, que produz desconforto, Hoffman dá o nome de angústia empática (HOFFMAN, 1987). Hoffman (2000) considera que o

desenvolvimento da compreensão empática é uma manifestação de maturidade emocional e uma consolidação da identidade pessoal.

2.9. ANTHONY GIDDENS E AS REGRAS DE CONVIVÊNCIA SOCIAL

O processo de socialização é o principal arcabouço que uma sociedade possui. A socialização garante a transmissão da cultura através do tempo e das gerações. A socialização, além de estar diretamente relacionada com as identidades sociais, pode ser compreendida como contínua, na medida em que as nossas idéias e o nosso comportamento são continuamente influenciados pelos relacionamentos sociais e pelo ambiente em que vivemos (GIDDENS, 2003).

É por meio da socialização que aprendemos e incorporamos hábitos, costumes valores, normas/regras de nossa sociedade e comunidade. Desde o nascimento até a vida adulta, estamos continuamente aprendendo comportamentos, formas de interagir em diversos e novos ambientes. Nossa identidade se modifica ao atingirmos diferentes estágios de desenvolvimento e ao assumirmos papéis sociais diversos que se alternam e multiplicam ao longo da vida (GIDDENS, 2005).

Cooperação é essencial nas relações sociais, pois implica a existência de normas que orientam a ação do grupo, mesmo que haja rivalidade, mas este não interfira na cooperação. Ainda sobre a vida em grupo Giddens (2005) pontua que todo grupo tem sua cultura, “conjunto de capacidades adquiridas”. Uma sociedade possui elementos suficientemente diversificados para atender as exigências de sobrevivência do grupo em todos os aspectos de vida social. O grupo social se forma voluntariamente e mantém relações de reciprocidade.

Os grupos sociais estruturam a sociedade, ou seja, a estruturação, para Giddens, é o exercício dos princípios estruturais pelos agentes sociais. A estruturação social é composta por “propriedades” implicadas na reprodução de totalidades sociais, dessas totalidades as “instituições” são as que possuem maior extensão “espaço-temporal”, ou seja, as instituições são propriedades estruturais hierarquicamente organizadas, portanto, instituições totais. Aqui se enquadra o hospital delineado por princípios estruturantes, hierarquicamente organizados, portanto, uma propriedade e uma instituição totalitária.

A estrutura baseada em regras pode ser pensada no exemplo dos jogos como prescrições formalizadas, passível de contestação, embora estruturante e reguladora. As regras sociais sempre estão relacionadas ao coletivo podendo sustentar práticas e comportamentos. Partem do coletivo e dão vazão a um desejo coletivo. As regras subentendem “procedimentos metódicos” de interação social regulado pelo grupo e sustentado por ele. As regras relacionam-se com a constituição de significado e, por outro lado, com o sancionamento dos modos de conduta, a reação contrária a regra deve servir para mudanças estruturais, arranjos e adequações. A quebra da regra é subjetividade e nem sempre afere o coletivo porque pode corresponder ao coletivo (GIDDENS, 2003, p. 21).

As pessoas são capazes não só de monitorar suas próprias atividades e as de outros na regularidade da conduta, mas também monitorar essa monitoração na consciência discursiva, o que Giddens chama de monitoração reflexiva das ações. As pessoas incorporam rotineiramente características temporais e espaciais de encontros em processos de constituição de significado. A comunicação, como elemento geral de interação, é um conceito mais abrangente do que intenção comunicativa (isto é o que a pessoa “quer” dizer ou fazer).

Ainda sobre regras e conduta Giddens (2005) diz que ser responsável pelas próprias atividades é expor as razões para elas e fornecer as bases normativas pelas quais elas podem ser justificadas; quando não há justificativa, não há responsabilização.

O conceito de rotina é baseado na consciência prática e vital para a teoria da estruturação. A rotina faz parte da continuidade da personalidade, à medida que executa sua rotina, das instituições e da sociedade da continuidade a reprodução do modo de vida social. Além de gerar segurança básica de continuidade de transmissão cultural e de hábitos, em outras palavras gerando segurança ontológica para o indivíduo. Assim rotina é tranquilizadora se consegue manter a idéia de continuidade (GIDDENS, 2005, p. 72).

Na teoria da estruturação Giddens explora a rotina e a estabilidade social como constituintes da pessoa ao qual se refere como ator social. A rotina constitui a expressão primordial da dualidade da estrutura em relação à continuidade da vida social. A vida social adquire caráter rotinizado à medida que se estende no tempo e no espaço. Para Giddens os receios subjetivos na atualidade devem-se ao desmantelamento dos contextos tradicionais de confiança, com repercussões institucionais mais amplas. O seu livro *A constituição da sociedade* apresenta uma longa elaboração sobre esse tema e critica a idéia de que o

comportamento humano resulta de forças que os atores não controlam nem compreendem. (GIDDENS, 2005).

Essas reflexões nos colocam em face a vivência do regramento instituído pelo programa padrão oferecido para o tratamento do grupo. O programa se constitui de uma base rígida uma vez que comporta conceitos e referências teóricas norteadoras do tratamento e uma área de atuação flexível do ponto de vista das intervenções oferecidas. Ou seja, dentro do programa matriz é experimentado, testado, construído e desconstruído inúmeras vezes modelos de abordagem. Assim como as regras que são frequentemente reeditadas a partir da interação das pessoas e da expressão de suas questões individuais e coletivas. Na sequência reporto ao desenho do programa de tratamento.

2.10. PROGRAMA DE TRATAMENTO DO SERVIÇO DE ADIÇÃO – DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

O tratamento para Adição e Transtornos Relacionados abrangem diversas modalidades, que se estendem ao longo de um espectro que abriga desde estratégias biológicas até psicossociais: psicoterapia, intervenções farmacológicas, programa de 12 passos (modelo adotado pelos grupos anônimos de mútua-ajuda, como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos), abordagem de comunidades terapêuticas, entre outras propostas terapêuticas. Tipicamente, os programas de reabilitação psicossocial incluem: psicoterapia individual e de grupo, aconselhamento individual, palestras, psicoeducação, aconselhamento familiar, atividades recreacionais, suporte oferecido por grupos anônimos, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), entre outros recursos disponibilizados (SANTOS, 2007).

Em artigo de Francesco Colom e Eduard Vieta (2000), a psicoeducação é descrita como um potente instrumento não só para melhorar o desfecho dos pacientes, como também para auxiliá-los a gerenciar desespero, medos, estigma e baixa auto-estima. Além de otimizar a eficácia dos estabilizadores de humor, a psicoeducação também envolve o direito dos pacientes de serem informados sobre sua doença.

A psicoeducação faz parte de todo o processo terapêutico de abordagem grupal em saúde mental. Bieling (2008), no capítulo de comorbidades do livro “TCC em grupos”, revela a importância da abordagem psicoeducativa para que os sujeitos compreendam seus sintomas

e consigam reconhecer seus problemas emocionais. Os membros dos grupos devem ser incentivados a descreverem seus problemas e devem ser suplementados pela psicoeducação por parte dos terapeutas. Essa atitude facilitaria o autocuidado e proporciona adesão ao tratamento e enfrentamento de seus problemas (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008).

A psicoeducação objetiva, sobretudo, a adesão ao tratamento fornecendo aos usuários, através de recursos teóricos e práticos, informações acerca da natureza e do tratamento do transtorno. Visa, portanto, não só melhorar a adesão ao tratamento, mas também melhorar o juízo crítico acerca do transtorno, aprimorar a forma como se lida com estressores psicossociais, ensinar o paciente e seus familiares a identificar precocemente os sinais prodrômicos de novos episódios, promover hábitos saudáveis e a regularidade no estilo de vida, e evitar o uso/abuso de substâncias (SOBELL; SOBELL, 2013).

Um programa psicoeducacional, deve abordar os seguintes tópicos: informação sobre os índices de recorrência e a cronicidade da doença; informação sobre os fatores desencadeantes e treinamento para identificá-los; informação sobre os agentes psicofarmacológicos, suas vantagens, seus potenciais efeitos colaterais e interações medicamentosas; treinamento na detecção precoce dos sintomas prodrômicos, treinamento sobre o manejo dos sintomas; informação sobre os riscos associados ao uso de drogas ilícitas, estimulantes, xantinas, café e álcool; importância de rotinas de manutenção (com ênfase dos hábitos de sono); treinamento em gerenciamento do estresse; como lidar com o estigma e outros problemas sociais relacionados à doença (COLOM; VIETA, 2004; COLOM et al., 2004; SOBELL; SOBELL, 2013).

Nos estudos revisados foram indicadas com mais frequência às práticas da terapia cognitiva, técnica motivacional, entrevista motivacional, psicoterapia de grupo, psicoeducação, aconselhamento, grupos de mútua-ajuda (alcoólicos anônimos) (NIDA, 2014). Os tratamentos considerados eficazes para tratamento das adições podem incluir terapia comportamental, medicamentos, ou, de preferência, a sua combinação (NIDA, 2014).

Terapias comportamentais variam em foco e podem envolver: abordagem da motivação do paciente para mudar; criação de incentivos para abstinência e adesão ao tratamento – manejo de contingência; treinamento de habilidades para resistir ao uso desde SPA; substituição das atividades relacionadas ao uso por atividades construtivas e

gratificantes; melhorar as habilidades de resolução de problemas – prevenção da recaída; e constituição de melhores relações pessoais (NIDA, 2014).

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD, 2014) recomenda que o tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas deve ter a característica multidisciplinar, com a participação de profissionais de especialidades diversas (psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, etc.). O trabalho de cada um é ao mesmo tempo autônomo e integrado na estratégia de recuperação do indivíduo, sendo que as principais formas de atuação dos profissionais podem ser agrupadas segundo as modalidades:

- Seguimento individual – aconselhamento;
- Psicoterapia individual;
- Psicoterapia em grupo;
- Prevenção de recaída: Trata-se de um conjunto de habilidades e modificações do estilo de vida da pessoa para evitar uma recaída. Estratégias comportamentais e cognitivas são baseadas na teoria de que processos de aprendizagem de adaptação de comportamento, como especificado acima, resumidamente. Os indivíduos aprendem a identificar e corrigir comportamentos problemáticos. A prevenção de recaída engloba diversas técnicas comportamentais e cognitivas que facilitam a manutenção da abstinência bem como auxiliam pessoas que já experimentaram recaídas, ou seja, um programa de autocontrole (MARLATT; DONOVAN, 2009).
- Treinamento de habilidades sociais;
- Tratamento familiar

2.11. PAPEL DO CONSELHEIRO E O TRABALHO EM GRUPO PARA O TRATAMENTO DA ADIÇÃO

A função de conselheiro em adição não exige expertise, nem mesmo existe regulamentação, ou seja, não pressupõe nenhum requisito profissional legal até o momento. No entanto, o conselheiro tem o papel fundamental de manter a cultura de recuperação na unidade de tratamento, orientar condutas, monitorar e apoiar as pessoas em tratamento e

trabalhar aspectos da prevenção de recaída. Sendo necessária, portanto, postura motivacional, empatia, alteridade, capacidade de manter coesão grupal, capacidade de vinculação, disciplina, boa comunicação verbal, capacidade de manejo de conflitos, tolerância, bom nível cultural e técnico, dentre outros (BARRETT et al., 2008).

Na enfermagem, a coordenação de grupos é muito utilizada na saúde pública e mental, no âmbito hospitalar em ambulatórios (SPADINI; MELLO E SOUZA, 2006). A estratégia grupal conduzida por enfermeiros é entendida como a arte de explorar condições favoráveis para mudança de hábitos e estilo de vida e aplicar os meios disponíveis com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Segundo Spadini e cols., a contribuição da enfermagem seria o olhar para prevenção em saúde, habilidade na identificação de problemas que afetam a saúde e reconhecimento da potencialidade, além da formação específica como educador em saúde (SPADINI; MELLO E SOUZA, 2006).

A ampla utilização da grupoterapia no tratamento das Adições e Transtornos relacionados tem como base o consenso de vários especialistas como: psicólogos, enfermeiros, psiquiatras e conselheiros em dependência química, que a consideram uma intervenção valiosa, que pode ser aplicada no tratamento de diferentes substâncias, como a nicotina, álcool, cocaína, anfetamina e outras. Apesar do seu uso bastante comum, existem poucos estudos controlados – e estes têm limitações metodológicas – que confirmem sua efetividade, o que também acontece em relação a outros tratamentos. No entanto, em termos práticos, sua aplicabilidade tem levado a resultados viáveis (PERES et al., 2011).

Segundo NIDA (2014), o aconselhamento (individual e/ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes cruciais para um tratamento eficaz. Sendo este o sexto princípio de tratamento. Em terapia de grupo os pacientes mencionam temas como motivação, aquisição de habilidades para resistir ao uso de drogas, substituição de atividades que não impliquem em uso de drogas e melhoria de habilidades para resolver problemas. A terapia comportamental também facilita relações interpessoais e a habilidade do indivíduo para atuar em família e na comunidade.

Entendendo os grupos como campos dinâmicos, onde circulam em todos os níveis, uma rede de necessidades, desejos, afetos e ansiedades, o trabalho objetiva colocar em cena, tanto quanto possível, o que vem sendo um impedimento do viver criativo, a partir de um atendimento direcionado nesse sentido. Através do “fazer” visa potencializar as capacidades

de autonomia, de forma a ampliar os recursos culturais, de circulação e inclusão social dos participantes (VINOGRADOV; YALON, 1992; YALOM; LESZCZ, 2006). O grupo é uma forte contribuição no trabalho multidisciplinar. A soma de abordagens aumenta a possibilidade de recuperação (MELO, 2004).

Muitas questões relevantes em relação aos benefícios da terapia de grupo têm sido apontadas. Em se tratando de dependência química esta abordagem vem de longa data.

Alguns aspectos grupais que foram analisados na bibliografia consultada (SOBELL; SOBELL, 2013) e serão apontados:

O primeiro aspecto nos diz que a abordagem grupal está indicada para alguns casos como tratamento único de manutenção e em outros ser usada como coadjuvante quando associada a outros recursos psicoterápicos.

O segundo é a viabilidade pela praticidade dessa abordagem, uma vez que atende um numero maior de pessoas, o que no atual panorama da saúde pública é um critério valioso.

O terceiro trata de incluir o excluído, já que o nível de exclusão e discriminação em que vivem os dependentes é de abrangência impactante para eles, a abordagem grupal oferece meios para que esse indivíduo se perceba como parte integrante de um grupo, com o qual se identifica.

O quarto é o fato de o grupo ter força e auxilia na construção de uma identidade mais autentica e fortalecida. Com base nesses aspectos importantes o objetivo maior do grupo deve ser a elaboração de dificuldades pessoais do paciente. Abordar problemas da realidade, o que existe aqui e agora, é de suma importância nos grupos de orientação e aconselhamento (VINOGRADOV; YALON, 1992; YALOM; LESZCZ, 2006).

2.12. A ESCOLHA POR METODOLOGIAS ATIVAS E LÚDICAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PSICOEDUCAÇÃO

Adesão ao tratamento é definido como a extensão de cuidado, a apreensão para si das intervenções, o que as pessoas seguem fazendo das recomendações terapêuticas que recebem dos profissionais de saúde. Existem diversos métodos de medidas de adesão, entre eles: o

auto-relato, o monitoramento terapêutico do fármaco ou metabólitos, medição de parâmetros fisiológicos, refil, contagem de pílulas, monitoramento eletrônico e escalas de adesão. No caso de usuários de substâncias o controle da adesão mais comumente usado se faz pela aplicação de screening de detecção de substâncias (KRUEGER, 2009).

O grupo para o usuário de substâncias psicoativas é uma estratégia terapêutica educativa adequada ao usuário que procura atendimento. A razão de ser desse trabalho é a possibilidade de investigar o quanto e como pode contribuir as práticas educativas e psicoeducativas (VINOGRADOV; YALON, 1992; YALOM; LESZCZ, 2006).

A literatura nos mostra que as estratégias possibilitam uma forma de ensino vivencial com a utilização de técnicas grupais (TEIXEIRA; AMARAL, 2002) e, em especial, do método psicodramático originado do Psicodrama (MORENO, 1978), com a utilização de role-playin, que se destina a treinar e desenvolver papéis que podem ser definidos pelo grupo ou pelo terapeuta. Essa forma de ensino vivencial conduz o sujeito à compreensão da dinâmica relacional entre estas duas dimensões. As dramatizações que ilustram as situações imaginadas, por exemplo, entre “familiar” e “paciente”, juntam-se a outras formas de ensino: aulas expositivas, seminários, grupos de discussão, visando à realização de investigação, apresentação de filmes e entrevistas com profissionais da área da saúde (SOBELL; SOBELL, 2013).

O emprego de estratégias educacionais, visando situações reais e vivenciadas pelo grupo em relação a alterações de saúde leva à abertura de um processo de comunicação peculiar; é dada ao sujeito uma singular oportunidade para que entre em contato com seus sentimentos e suas reações diante do concreto e das incertezas em um ambiente controlado.

Perceber-se constitui o primeiro passo para compreender a condição do outro, num complexo biológico, social e psicológico, evitando o fechamento em uma única forma de entender o homem que adoece. Ele é individual e social, capaz de escolhas e decisões. Aquele que adoece não tem sua existência negada. O respeito à diferença recai sobre a ética da compreensão, e o conhecimento é capaz de ligar saberes, efetivando a educação integral do ser humano. A compreensão do humano acontece quando se sente e se concebe os humanos como sujeitos (TEIXEIRA; AMARAL, 2002). A idéia da consciência da complexidade humana, abordando a necessidade da “abertura subjetiva em relação ao outro”, ressalta a contradição existente no ser humano que, sendo capaz de comover-se com uma história vista

em um livro, não é capaz de experimentar maior sensibilidade e abertura para o contato com as misérias físicas e morais (MORIN, 2005).

As metodologias ativas estão alicerçadas na autonomia. A educação contemporânea pressupõe que as pessoas são capazes de autogovernar seu processo de mudança e formação educativa, têm o livre-arbítrio para receber e aderir, ou não (MITRE et al., 2008). A autonomia pode ser buscada e sempre será o resultado do indivíduo como eu pessoal capaz de agir autonomamente no âmbito da ética (sujeito moral), edificando os valores que nortearão o julgamento e a ação em sua vida social (MITRE et al., 2008).

2.13. INTERLOCUÇÃO DA ELABORAÇÃO DO JOGO (ENQUANTO RECURSO DE INTERVENÇÃO TERAPEUTICA) COM O ENSINO NA SAÚDE:

Ao pensar em elaborar uma nova técnica para intervenção no campo da saúde foi importante recorrer as referências oferecidas pelos pesquisadores da área do ensino na saúde. A busca por estes referenciais nos colocou em contato com trabalhos interessantes que sugerem abordagens criativas, lúdicas, educativas evitando ser disciplinador. Propõe abordagem interdisciplinar, baseado em problemas com forte envolvimento das áreas sociais e da antropologia. Para uma efetiva compreensão da função das intervenções educativas e do motivo da adesão ou da não adesão ao tratamento sugerido considerando o contexto de vida, a subjetividade, a autonomia, valorizando o sujeito instituído de história, cultura e escolhas que independem de qualquer outro.

O ensino na saúde presume uma intervenção baseada em identificação de problemas (**Problem-Based Learning – PBL**). Abordagem que é capaz de promover a aquisição de conhecimentos, ao mesmo tempo que ajuda a desenvolver habilidades e as atitudes almejadas. No caso específico do uso de substâncias essa intervenção educativa proporciona a mudança de hábitos saudáveis. Em contraponto aos métodos convencionais de ensino, que utilizam problemas referidos pelas pessoas envolvidas, o PBL utiliza um problema para iniciar, focar e motivar a apreensão de novos conceitos. Nessa abordagem, o grupo de pacientes tem a oportunidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar e avaliar, desenvolvendo a habilidade de assumir responsabilidade pela sua mudança (VIGNOCHI et al., 2009).

De acordo com essa idéia, o trabalho tem por objeto o problema anunciado pelo outro, a dúvida, o dilema. O que difere do trabalho sobre um objeto material em alguns aspectos fundamentais:

1. O objeto do trabalho é uma pessoa dotada de personalidade, pensamentos e emoções. Nesse sentido, o trabalho deixa de ser unilateral e passa a ser uma interação entre o terapeuta e o objeto.
2. O trabalho precisa contar com a emergência de sentimentos contraditórios, questões de poder e conflitos de valores tanto no trabalhador quanto da outra pessoa envolvida.

Assim a elaboração do jogo de cartas como veículo para discussão de problemas éticos e morais do grupo que busca tratamento para adição, busca ser um instrumento pedagógico/didático, de fácil aplicação, promotor de consciência, autonomia e responsabilização. Norteados pela concepção de complexidade, baseada em problemas identificados pelos usuários e ensino na saúde, cuja pretensão é extrapolar o campo da assistência ao paciente e ser fomentador de discussão na equipe.

Alguns estudos com grupos e jogos têm sido realizados no sentido e oferecem modelagem social.

Em estudos feitos por um grupo da Johns Hopkins University, intitulados por *Institutions and Cooperation in an Ecology of Games* os autores assinalaram que os dilemas sociais estudados por meio de jogos de cooperação e ou competição buscam apontar os ganhos individuais contra os do grupo, e confrontá-los adequando as condutas para que o grupo possa ser beneficiado sem oferecer prejuízo ao indivíduo. Foi observado que a restrição de capacidade para alguma atividade promoveu a cooperação sem comprometer a reputação e o crescimento do indivíduo e do grupo. De forma mais ampla, a abordagem de jogos possibilitou a modelagem de comportamentos mais adaptáveis as mudanças. Além de possibilitar o estudo de grande variedade de problemas sociais (SMALDINO; LUBELL, 2011, 2014; SMALDINO; SCHANK, 2012).

O estudo de Balliet (2013) *Trust, Conflict, and Cooperation: A Meta-Analysis*, mostrou que muitas teorias enfatizam o fato de que a verdade é o mais importante em situações de conflito em grupo. Entretanto o estudo de situações conflituosas com grupos

mostrou que o comportamento cooperativo e equilibrado em relação às buscas individuais e do grupo revela uma empatia maior do grupo para com o indivíduo. Ainda que a verdade e a cooperação sejam muito valorizadas pelos indivíduos.

O trabalho da pesquisadora Williams (2007) propôs um jogo de cartas denominado "Jogo da Escolha" para ser utilizado dentro de um contexto terapêutico, com pacientes usuários de drogas. Cujo objetivo é abordar crenças típicas de jovens usuários de SPAs, bem como desenvolver e orientar/sugerir habilidades de manejo de situações de risco. O jogo desenvolvido estimula o paciente a pensar em novas possibilidades de agir, ampliando o repertório na tomada de decisão frente a uma situação que lhe ative o comportamento do uso de drogas.

Diante do estudo destes trabalhos pensamos o jogo que está em fase de validação. Evidenciamos que muitos são os trabalhos feitos no sentido de tornar as abordagens terapêuticas educativas e atraentes aos usuários. Analisando as potencialidades e barreiras para a concretização de um trabalho com ênfase no ensino na saúde, procuramos contribuir na elaboração de uma atividade crítica e participativa possa formular de perguntas, refletir, a fim de solucionar o problema; emitir hipóteses fundamentadas e decisões, socializando-as.

3. JUSTIFICATIVA

O objeto de estudo mostra-se relevante e original por serem desconhecidas experiências desta prática de cuidado com ênfase na reflexão dos aspectos éticos e morais dirigidos a usuários de substâncias internados para tratamento no Brasil. Sendo assim, pesquisas com esta temática são limitadas, não obstante muitas experiências com uso de jogos foram relatadas, principalmente os que se designam a tratamento de comportamentos aditivos e transtornos de conduta. A resposta positivas destas intervenções foram importantes para a idéia em desenvolver um trabalho como o que relatamos aqui.

Portanto, vários foram os motivos para o desenvolvimento deste trabalho um está apoiado na experiência de pensar e produzir cuidado junto aos pacientes internados, bem como nos desafios diários em aprender sobre e com o grupo. No entanto, poderíamos refletir a cerca de outros tantos pontos de reflexão que se tornaram motivos para a realização deste trabalho, que foram apresentados pelo grupo como: a dificuldade em visualizar a vida das pessoas fora das instituições, o desconhecimento dos parâmetros para a tomada de decisão, a manifestação de raiva contra o mundo e as demais pessoas, a falta de esperança, a ampla história de criminalidade, a percepção de crime como trabalho, a naturalização da violência doméstica, o sexismo... Em contraponto a busca por saídas, a sincera revelação de sofrimento, as histórias de vida inundadas de perdas e abandono, a busca por respeito e reconhecimento, a busca por pertencer a algum lugar, as potencias individuais para mudança, a competência em sobreviver, a resiliência, dentre outros....

Acreditamos que com a realização deste estudo, estaremos contribuindo para um cuidado em saúde mental mais próximo da realidade das pessoas, bem como mais capazes em abordar os problemas éticos e morais enfrentados cotidianamente pelos pacientes internados, ampliando assim, as discussões sobre a problemática da adição e transtornos relacionados, favorecendo uma prática que valoriza e fortalece a abordagem interdisciplinar.

Este trabalho explorou as representações sociais, significados, concepções presentes na adesão ou não adesão as regras de convivência da unidade de internação. Desta forma, o texto traz reflexões sobre como os participantes percebem-se em relação ao programa terapêutico, assim como em relação ao seu processo de recuperação.

A idéia da utilização de um jogo de cartas surge a partir da existência de um arcabouço teórico, desenvolvido especificamente para tratamento em adição por meio de jogos, que contemplam os fatores envolvidos na motivação para a mudança de comportamentos-problema. Sendo assim, nos parece útil testar estes modelos lúdicos, educativos existentes a fim de, cientificamente, averiguar seu potencial de adaptabilidade para esse público e posteriormente realizar as modificações necessárias e validar um jogo que reflita mais precisamente as características de nossa população.

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo Geral

- Desenvolver um jogo de cartas terapêutico para abordagem de problemas éticos e morais vivenciados pelos pacientes internados na Unidade de Adição do Serviço de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4.2. Objetivos Específicos:

- Realizar um levantamento dos problemas éticos e morais identificados pelos pacientes como relevantes na sua vida antes e durante a internação.
- Relacionar os problemas éticos e morais vivenciados às regras de convivência social durante a internação.

5. MÉTODO

Esse capítulo visa apresentar o desenvolvimento do presente trabalho. Para consecução dessa pesquisa cumpriu-se as seguintes etapas:

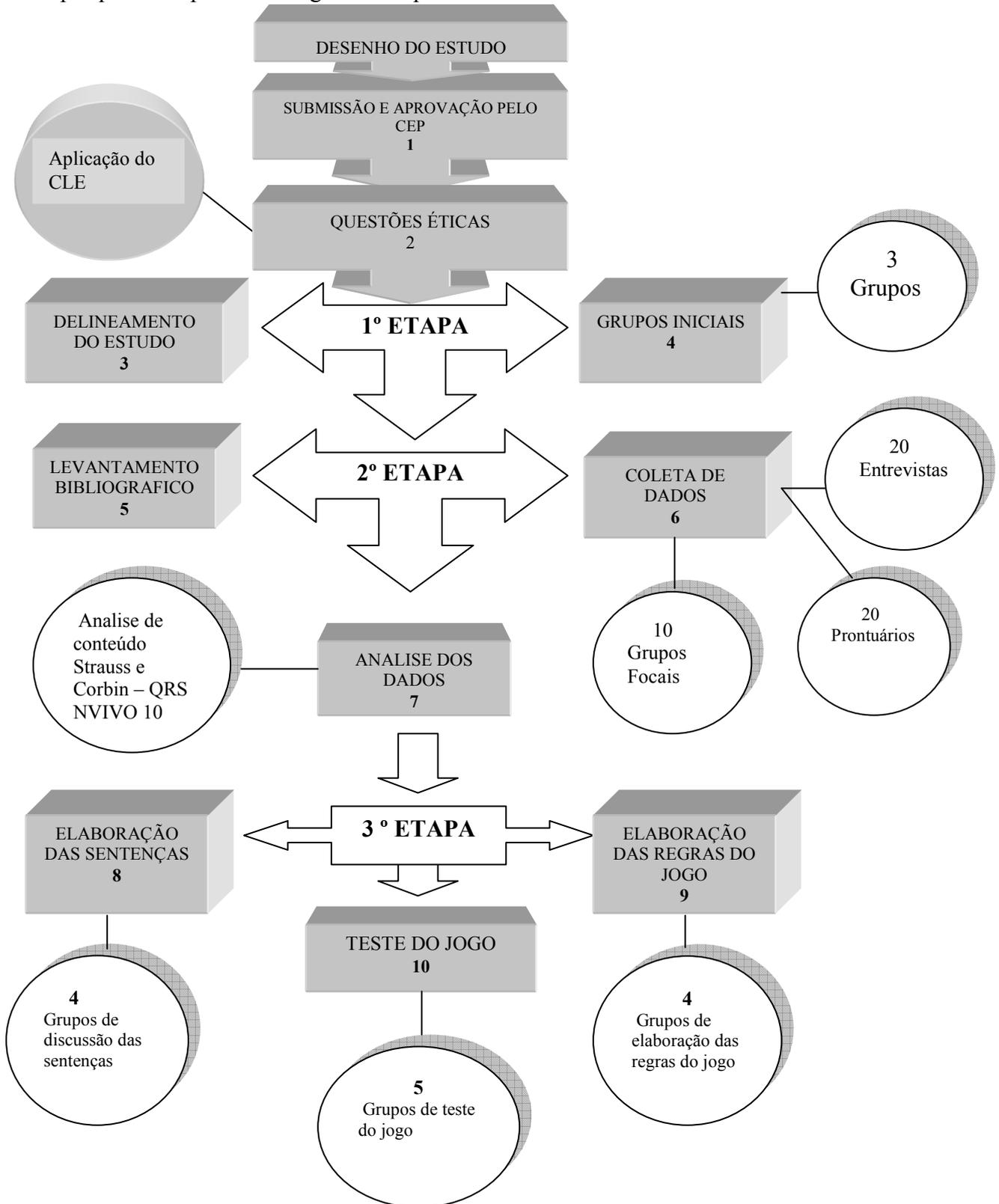


Figura 1: Desenvolvimento do trabalho

1. **Submissão** em 18/10/2013 e **Aprovação** pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde em 09/11/2013;
2. **Questões éticas:** O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA por tratar-se de um estudo com seres humanos sob o número 23214313.2.0000.5327. Todos os participantes deram seu consentimento que está documentado em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I). O acesso aos dados contidos em prontuários foi baseado no preenchimento de um Termo de Compromisso para Uso de Dados (ANEXO II).
3. **Delineamento do Estudo:** mediante os objetivos e finalidades desse estudo optou-se por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, de cunho descritiva em função da necessidade de se realizar um estudo exploratório, compreendendo a realização de grupos focais e entrevista com especialista, buscando assim refinar o problema de pesquisa, portanto, trata-se de uma análise interpretativa (STRAUSS; CORBIN, 2008).
4. **Grupos Iniciais sobre as regras de convivência da Unidade de Adição:** foram realizadas três reuniões iniciais sobre as regras de convivência e sobre como foram elaboradas. O objetivo destas reuniões foi sensibilizar o grupo para o tema da pesquisa e levantar as dificuldades no cumprimento das mesmas. As regras foram elaboradas no ano anterior a partir de oficinas pedagógicas direcionadas para este fim. Aqui compreendemos como oficina pedagógica a organização para o bem viver, a reflexão, a conceitualização, aprendizagem, a sistematização da rotina e adequação desta. Logo, oficina pedagógica constitui o lugar do vínculo, da participação, da comunicação, da produção social de objetos, acontecimentos e conhecimentos (CANDAU; SACAVINO; MARANDINO, 1995, p. 117).
5. **Levantamento Bibliográfico:** dos Descritores da biblioteca virtual em Saúde (BVS): Card Games, Moral Development, Principle-Based Ethics, Adaptation, Psychological; Drug Users, Behavior Therapy, Game Theory, após foram feitas buscas bibliográficas nas bases Medline, Lilacs, NIDA (National Institute on Drug Abuse), ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas), PubMed, Scielo, ADDICTION e ISI.

- 6. Coleta de Dados:** aplicados os consentimentos de participação na pesquisa aos participantes (ANEXO I), foi realizada busca ativa de informações em vinte prontuários (20) e realizadas vinte (20) entrevistas-semi-estruturadas conforme modelo em anexo, feitas individualmente pela pesquisadora e transcritas simultaneamente pela pesquisadora, todas as entrevistas foram validadas e assinadas logo após a realização pelos participantes. Optou-se por não gravar para que este procedimento não interferisse na espontaneidade de fala do participante (ANEXO IV). Posteriormente, foram acessados os vinte (20) prontuários dos participantes entrevistados pelo sistema AGHWEB do HCPA. Essa pesquisa obedeceu a um roteiro em anexo (ANEXO VI). Os dez (10) grupos-focais foram conduzidos pela pesquisadora com base em perguntas pré-estruturadas conforme anexo, tiveram em média 12 participantes (ANEXO IV) e transcritos simultaneamente pela equipe de pesquisa, que acompanhou os grupos focais. Os grupos focais contaram sempre com no mínimo dois integrantes da equipe de pesquisa para a transcrição simultânea das falas. Aqui se optou também por não gravar para que este procedimento não interferisse na espontaneidade da fala dos participantes da pesquisa. Durante a coleta de dados a equipe de pesquisa se reunia periodicamente para discutir sobre o processo de coleta, sobre as transcrições e sobre dados da literatura. Para qualificar a condução da coleta e a análise dos dados a pesquisadora cursou a disciplina de Sociologia da Moral no PPG em Sociologia da UFRGS.
- 7. Análises dos Dados:** foram realizadas reuniões com a equipe de pesquisa para discussão dos resultados, reunião com o grupo de pesquisadores do Serviço de Bioética e reuniões com profissionais da equipe. Após as discussões o procedimento utilizado para auxiliar a análise dos dados foi à operação de codificação - recorte dos textos em unidades de registro: um tema. A análise de conteúdo ocorreu por saturação dos dados coletados (STRAUSS; CORBIN, 2008). A exploração do material consiste essencialmente na operação de codificação - recorte dos textos em unidades de registro: um tema. O procedimento consistiu em conceitualizar e reduzir os dados, foram elaboradas categorias, sendo possível relacioná-las codificando os trechos extraídos das transcrições. Também foram realizados levantamentos das palavras mais frequentes nas entrevistas e nos grupos focais, que puderam balizar os processos de codificação e recodificação. Todos estes processos foram realizados através do software de análise qualitativa QSR NVivo 10, licenciado pela UFRGS.

- 8. Elaboração das Sentenças do Jogo:** nesta etapa foram realizados quatro (4) grupos de elaboração das sentenças das cartas do jogo. Os grupos foram conduzidos a partir das categorias construídas da análise qualitativa. Este estudo desenvolveu um jogo de cartas que exemplifica situações rotineiras e que se constituem em problemas éticos e conflitos morais, vividos pelos pacientes antes e durante a internação, adaptados do Jogo “Sem-Censura: uma questão de princípios” (MAKOW, 1987) e correlacionados com os problemas, levantados pelo grupo, para a adesão as Regras de Convivência da Unidade anteriormente elaboradas em oficinas pelos próprios pacientes em conjunto com a equipe. Os grupos de elaboração das sentenças tiveram em média onze (11) participantes. Buscamos elaborar cartas por meio de levantamento dos problemas éticos e morais vivenciados pelos próprios usuários, sendo estas vivências ilegais/ilícitas e de risco, comportamento opositor as regras básicas de convivência e figuras de autoridade, cultura familiar, valores, custo-benefício no contexto da relação com as substâncias psicoativas. As sentenças ainda não foram completamente validadas.
- 9. Elaboração das Regras do Jogo:** Foram realizados quatro (4) grupos de elaboração das regras do jogo, com 10 participantes em média. A elaboração das regras tiveram como base as discussões feitas acerca das regras do jogo “Sem- Censura: uma questão de princípios”. Da Teoria Clássica do jogo e do Dilema do Prisioneiro. Sendo, portanto, outros quatro (4) grupos realizados para jogar as cartas elaboradas a partir das regras estabelecidas, com 12 participantes em média. Os registros das discussões desses grupos foram registrados em um diário de campo. A aplicação do jogo se deu em caráter experimental.
- 10. Teste do jogo:** Foram realizados cinco (5) grupos de teste do jogo, sendo que está em realização a avaliação de viabilidade até o momento. Nestes grupos houve uma média de 12 participantes, quando o jogo foi jogado e as regras foram testadas.

RESULTADOS

5.1. Perfil dos participantes de pesquisa (entrevistas)

Foram realizadas 20 entrevistas semi-estruturadas (ANEXO II), sendo que a amostra foi definida por saturação de dados. O número de entrevistas iniciais foi estabelecido com a finalidade de não haver qualquer forma de discriminação entre os usuários internados na Unidade. Os conteúdos obtidos nas entrevistas foram confrontados com a análise de prontuários.

5.2. Perfil dos participantes de pesquisa (prontuários)

Os dados buscados na pesquisa em prontuários obedeceram a um roteiro previamente estabelecido (ANEXO VI), sendo estes prontuários dos pacientes participantes da entrevista.

Os dados obtidos foram utilizados para cruzar os dados obtidos com a entrevista. Todos os participantes estiveram internados na condição de pacientes da Unidade de Adição masculina do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidade Álvaro Alvim. O total de prontuários pesquisados foram 20. A média em idade foi de 38 anos, sendo 15 caucasianos, três pardos, dois negros. A média de dias de internação deste grupo foi de 29 dias.

O paciente com menos tempo de internação a ser entrevistado tinha 3 dias de internação e cinco dias de desintoxicação. O paciente com mais tempo de internação a ser entrevistado tinha 40 dias de internação e 54 de desintoxicação. Esta diferença pode ser explicada pelo encaminhamento da rede de saúde mental do município de Porto Alegre, em que os pacientes buscam as emergências psiquiátricas e neste local já começam a desintoxicação.

Quanto à família, 11 pacientes possuem referência familiar, 09 referiram não ter contato com seus familiares. Em relação aos filhos: 09 pacientes não possuem filhos e 11 possuem. No entanto, quatro destes convivem com seus filhos e destes três residem com seus filhos no mesmo lar.

Em relação à escolaridade: 11 pacientes possuem ensino fundamental incompleto; três ensino médio incompleto, quatro ensino médio completo e dois curso superior incompleto.

A descrição do motivador para internação foi para 11 pacientes o fato de estarem vivendo em situação de rua associado à perda de controle no uso das substâncias. Enquanto sete participantes referiram estar internados em função do descontrole do uso e pela

dificuldade em ficar abstinente, dois pacientes internaram por recaída. Destes 20, apenas três pacientes estavam em tratamento ambulatorial/CAPS e abstêmios parcialmente de uso de drogas.

5.3. Descrição individual dos participantes de pesquisa que participaram da etapa de entrevistas individuais semi-estruturadas (confrontação entre os dados fornecidos na entrevista e os de prontuários eletrônicos)

Primeiro participante: o motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi estar em situação de rua e problemas graves de saúde associados ao uso abusivo de álcool. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome da dependência (F10.2). Negou envolvimento com atividades ilegais. Possui um filho pré-adolescente com quem tem contato esporádico. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Segundo participante: o motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi uso intenso e exclusivo de *crack* com dificuldade de suspender o uso sozinho. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína – síndrome da dependência (F14.2). Possui um filho ainda criança com quem não tem contato há um ano. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Terceiro participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi o aumento do consumo de cocaína. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – síndrome da dependência (F14.2). Sem filhos. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Quarto participante: O motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi a recaída no uso de cocaína. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas– uso nocivo à saúde (F19.1). Sem filhos. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Quinto participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi uso abusivo de drogas com dificuldade de suspender o uso. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína – síndrome da dependência (F14.2).

Sem filhos. Encaminhamento para CAPS após a alta. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Sexto participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi o uso abusivo da álcool. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome da dependência (F10.2). Sem filhos. Encaminhado ao ambulatório após a alta, familiares receberam atendimento e encaminhamento pós-alta. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Sétimo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), situação de rua referente ao uso abusivo de cocaína. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína – síndrome da dependência (F14.2). Sem filhos. Recebeu encaminhamento social e tratamento familiar. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Oitavo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi o desejo de se abster do crack. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína– síndrome da dependência (F14.2). Possui uma filha ainda criança com quem não tem convívio. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Nono participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso diário de crack e maconha sem conseguir se abster sozinho. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas – síndrome da dependência (F19.2). Sem filhos. Encaminhado ao CAPS após a alta. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo da álcool. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome da dependência (F10.2). Possui dois filhos: um adolescente e outro adulto. Reside com os filhos. Recebeu encaminhamento social, encaminhado ao CAPS da sua região. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo Primeiro participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo de múltiplas substâncias. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas substâncias– síndrome da dependência (F19.2). Possui 4 filhos adultos, não tem convívio com os filhos. Recebeu encaminhamento social e para o ambulatório. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo segundo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso de múltiplas substâncias. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas substâncias– síndrome da dependência (F19.2). Possui uma filha ainda criança, não tem contato com a filha. Sai para Comunidade Terapêutica acompanhado de familiar. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo terceiro participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi uso abusivo de crack e nicotina. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas– síndrome da dependência (F19.2). Sem filhos. Recebeu encaminhamento social para albergue e para ambulatório. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo quarto participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo da cocaína. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína– síndrome da dependência (F14.2). Possui um filho ainda criança com quem reside. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo quinto participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo de crack, tabaco e maconha. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas– síndrome da dependência (F19.2). Possui dois filhos ainda crianças, não convive com as crianças. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo sexto participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo da cocaína. Diagnóstico médico: Transtornos mentais

e comportamentais devidos ao uso de cocaína– síndrome da dependência (F14.2). Sem filhos. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo sétimo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo de crack. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína – síndrome da dependência (F14.2). Sem filhos. Recebeu encaminhamento social, encaminhamento ao ambulatório e tratamento familiar após a alta. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo oitavo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo da álcool. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome da dependência (F10.2). Possui 4 filhas com quem não mantém contato há 4 anos. Recebeu encaminhamento social, encaminhamento ao ambulatório de traumatologia para seqüência no tratamento da fratura nasal e tratamento familiar. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Décimo nono participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi situação de rua referente ao uso abusivo de múltiplas drogas. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas – síndrome da dependência (F19.2). Possui dois filhos adultos com quem não tem contato. Recebeu encaminhamento social e encaminhamento para CAPS. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

Vigésimo participante: motivo da internação, segundo informações coletadas (SIC), foi problemas no trabalho devido ao uso abusivo da álcool. Diagnóstico médico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – síndrome da dependência (F10.2). Possui dois filhos adultos com quem convive. Exame do estado mental durante a participação do estudo sem alterações significativas.

A tabela 1 sintetiza os dados confrontados entre as entrevistas e os prontuários.

Quadro 1: Dados compilados dos pacientes entrevistados

DADOS DEMOGRAFICOS (entrevista + prontuários)					
Participantes	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Tempo de Internação	Motivo da alta
1º participante	Ens. Fund. Incompleto	Aposentado	Solteiro: com companheira	64 dias	Alta melhorada
2º participante	Ens. Fund. Incompleto	Desempregado	Solteiro	20 dias	Alta a pedido
3º participante	Ens. Fund. Incompleto	Bolsista	Solteiro	49 dias	Alta melhorada
4º participante	Ens. Fund. Incompleto	Beneficiário INSS – faz bicos	Solteiro	38 dias	Alta melhorada
5º participante	Ens. Médio Completo	Fábrica de Plástico	Solteiro	31 dias	Alta melhorada
6º participante	Ens. Fund. Incompleto	Auxiliar de Escritório	Solteiro	34 dias	Alta melhorada
7º participante	Ens. Fund. Incompleto	Segurança predial	Divorciado	10 dias	Alta a pedido
8º participante	Ens. Superior Incompleto	Beneficiário INSS – faz bicos	Solteiro	25 dias	Alta melhorada
9º participante	Ens. Médio Incompleto	Beneficiário INSS – faz bicos	Solteiro	20 dias	Alta a pedido
10º participante	Ens. Fund. Incompleto	Beneficiário INSS – faz bicos	Solteiro	21 dias	Alta a pedido
11º participante	Ens. Médio Completo	Beneficiário INSS – eletricista	Casado	48 dias	Alta melhorada
12º participante	Ens. Médio Incompleto	Faz bicos	Solteiro	49 dias	Alta melhorada
13º participante	Ens. Fund. Incompleto	Faz bicos	Solteiro	8 dias	Alta a pedido
14º participante	Ens. Médio Completo	Faz bicos	Solteiro	30 dias	Alta melhorada
15º participante	Ens. Fund. Incompleto	Beneficiário INSS	Solteiro	35 dias	Alta melhorada
16º participante	Ens. Fund. Incompleto	Faz bicos	Solteiro	48 dias	Alta melhorada
17º participante	Ens. Médio Incompleto	Faz bicos	Solteiro	8 dias	Alta melhorada
18º participante	Ens. Fund. Incompleto	Faz bicos	Solteiro	64 dias	Alta melhorada
19º participante	Ens. Superior Incompleto	Faz bicos	Casado	13 dias	Alta a pedido
20º participante	Ens. Médio Completo	Agente Administrativo	Separado	42 dias	Alta melhorada

5.4. Descrição das participações nos grupos- focais

Foram realizados dez (10) grupos–focais no período de dezembro de 2013 a março de 2014. Os grupos foram conduzidos pela pesquisadora com base em perguntas pré-estruturadas conforme anexo (ANEXO IV), tiveram em média 12 participantes

Durante a coleta de dados a equipe de pesquisa se reunia periodicamente para conversar sobre o processo de coleta e sobre as transcrições a fim de verificar se as situações obtidas no levantamento têm a abrangência necessária para a construção do jogo proposto. Um dos limitadores desta coleta foi o fato do grupo ser muito dinâmico por ser em uma internação, os participantes dos grupos mudam muito e não foram sempre os mesmos até o fim do trabalho. Tivemos a entrada pacientes novos ingressando nos grupos e na pesquisa ao passo que outros saíam por que solicitaram alta ou porque foram de alta clínica programada.

1. GRUPO FOCAL N° 1

Participantes: 11 pacientes.

Questão norteadora: Quais regras básicas de convivência (durante a internação e na vida social) você considera difícil de cumprir? Por quê?

Nesta atividade os pacientes revelaram a dificuldade em conversar sobre outros assuntos que não estejam relacionados ao repertório restrito de uso de substâncias, vida de ativa ou sobre a rotina das instituições onde estiveram internados. A regra questionada aqui é uma recomendação a qual orienta que o paciente deve evitar falar sobre o seu tratamento durante as refeições (ANEXO V). O objetivo desta recomendação é proporcionar um ambiente tranquilo, desprovido dos conflitos inerentes ao tratamento, e pretende direcionar as matérias de tratamento para espaços de discussão de tratamento propiciando assim que outros espaços sejam ocupados por outras temáticas, experiências de vida.. Aja vista, o grupo ser composto por pessoas com história de muitas internações, essa recomendação sugere um exercício de busca por outros repertórios:

“quero conversar sobre conversar no refeitório. A gente vive tratamento então é difícil não falar em tratamento. Porque é espontâneo. Porque eu durmo e acordo tratamento. Eu vivo tratamento. A técnica “adverte nós” e é complicado (GF1)”.

O grupo relaciona a dificuldade em cumprir essa recomendação ao fato de estarem vivendo “alheios ao mundo” e da vida em geral por muito tempo:

“Tenho vivência no presídio central e em internação, vivo fechado. É ruim quando as pessoas falam dos problemas de justiça porque relembra estes tempos. Fiquei com 24 pessoas em uma cela. Uma experiência que não quero mais. A gente é tudo alienado, retardado não sei como se diz isso. To fora do mundo, vou falar do que? Minha vida é isso, um quase nada, só droga e cadeia desde que eu me conheço por gente. É muito difícil cumprir essa regra”(GF1).

Outra ponderação feita pelo grupo é o abandono familiar identificado por diversos fatos: os pacientes internados se desfizeram dos seus bens para “levantar dinheiro” e comprarem substâncias. Assim ao se internarem a família não tem pertences a trazer ao menos que seja onerada por compras de roupas e material de higiene pessoal. A questão aqui é que as famílias há muito tempo sofrem perdas materiais e financeiras em função da adição do paciente, e muitas famílias vivem em situação de grande vulnerabilidade agravada pela adição do paciente internado.

Diante deste contexto muitos pacientes contam com doações feitas pelo serviço social do hospital. As regras questionadas aqui pelo grupo são a proibição de realizar trocas, doações, empréstimos, negócios ou apostas e a proibição de lavar roupas pessoais (ANEXO V. A primeira proibição pretende evitar comportamentos inadequados de apropriação de bens alheios ou acúmulo de bens para si com finalidade de uso, comércio de bens e pertences. A segunda pretende evitar perda e bens por manejo inadequado, além do fato da unidade não possuir estrutura física que comporte roupas lavadas que possam ser secas apropriadamente. Ainda há o impedimento por razões de segurança do paciente relacionado ao uso de produtos para lavagem e adequação da estrutura hospitalar. Estas regras foram as mais questionadas e desrespeitadas pelo grupo.

“primeiro a parte de lavar a roupa. É muito difícil. Pra mim participar dos exercícios é complicado o desodorante não vence a camisa fica cheirando, meu desodorante venceu na atividade física e vou ficar a semana toda fedendo. A roupa do hospital é quente e comprida. Faz duas semanas que estou com a mesma camiseta”. (GF1)

Outra fala que exemplifica essa problemática, agravada pelo uso crônico de substâncias e perdas afetivas, materiais e financeiras está representada abaixo:

“Eu não tenho ninguém para contar e a roupa não posso lavar, aqui é difícil isso. Uma peça de roupa não é suficiente. Até que eu queira falar com um superior. Assim, falar sobre problemas é difícil, também porque a gente vem cheio de problemas da rua e não tem como fugir”.(GF1)

Algumas falas podem ser representativas do benefício da rotina enquanto sistema organizador da vida diária:

“Chegar no horário certo dos grupos é difícil, é uma regra difícil e boa, se arrumar para os grupos, isso é bom. Estou sem chinelos até botar o tênis demora às vezes eu tenho medo de me atrasar.” (GF1)

2. GRUPO FOCAL Nº 2

Participantes: 11 pacientes.

Questão norteadora: Quais regras básicas de convivência você considera fácil de cumprir? Por quê?

O grupo algumas vezes se reporta as atividades oferecidas no programa como muito importantes durante seu tratamento, além de apontarem para o programa como um diferencial em relação aos outros tratamentos:

“freqüentar grupo me fortalece me tira da nostalgia, aprendendo técnicas novas, gosto de coisas novas. Mais fácil para mim 12 passos e AA, a regra mais fácil é participar cronograma.” (GF2)

O grupo discutiu muitas vezes a questão da autonomia e de como internalizar as regras, como no exemplo que segue:

“fáceis todas as regras são porque tenho que cumprir. Difícil é decidir sozinho o que é certo ou errado. Regras foram feitas para serem cumpridas. Não tem uma mais fácil.” (GF2)

3. GRUPO FOCAL N° 3

Repetida a questão por não ter saturado a discussão

Questão norteadora: Quais regras básicas de convivência (durante a internação e na vida social) você considera fácil de cumprir? Por quê?

Participante: 13 pacientes.

O grupo se reporta ao fato de ter rotina oferecer segurança e ser algo positivo durante a internação, mas percebe-se claramente que a autogerencia para manutenção desta organização oferecida pela instituição é algo que dificilmente perdura após a alta:

“agora tenho hora pra dormir e acordar e me sinto bem de ter rotina”. (GF3)

“eu sozinho não sei me cuidar, em casa eu esqueço de tomar os remédios, dificuldade em casa de tomar remédio eu sempre tive também, ta lá tudo jogado!” (GF3)

“faço das palavras dele a minha também não gosto de medicação”. (GF3)

O grupo traz freqüentemente que a institucionalização oferece contenção para o uso, mas na vida pós-alta é algo que consideram quase inatingíveis:

“pra mim o mais fácil é não utilizar drogas, cigarro e outras coisas, aqui dentro. Porque não dá vontade de usar aqui, na rua tenho onde conseguir, usar não é difícil na rua. Aqui dentro dá vontade de parar, tem o envolvimento com o tratamento e também a minha vontade, mas quando sair não sei.” (GF3)

“eu já deixei de usar remédio para usar cachaça. Pra não tirar efeito ruim do remédio eu escolho a cachaça e paro com o remédio, só uso remédio quando to internado” (GF3)

“acho legal que os profissionais vão atrás de nós e nos dêem as coisas que a gente precisa, na rua não tenho nada disso, empregados só aqui e sozinho não faço nada”. (GF3)

4. GRUPO FOCAL Nº 4

Participante: 10 pacientes.

Questão norteadora: De que forma você acha que as regras básicas de convivência (durante a internação e na vida social) podem interferir POSITIVAMENTE no seu estilo de vida?

O grupo pontua que o fato de se adequar a regra não significa aceitá-la, compreendê-la ou internalizá-la. Demonstrem em algumas falas a postura centrada no seu desejo próprio em detrimento do coletivo:

“eu acho que tem que cumprir tudo. Eu acho positivo. Tu não vai tirar a força meu pensamento, botando coisas na minha cabeça. Eu penso o que eu quiser mesmo que não concorde eu faço mas continuo pensando o que eu quero” (GF4)

“ eu to acostumado na rua, e vivo internado me adapto bem. O que não significa que eu concorde com as regras dos lugares. Faço da minha vida o que eu quiser, ninguém entra na minha mente. Pra ti eu posso dizer porque eu confio em ti. Eu faço o que quero e não to nem aí pro grupo” (GF4)

O grupo fala do ganho com os limites e da disciplina para o ambiente seguro e harmonioso, regulador de comportamento.

“sem regras tu não tem disciplina, e disciplina é uma coisa boa. Sem disciplina vira baderna.” (GF4)

“ faz algum sentido, se tu fizer tudo ao contrário como tu vai querer ter respeito”. (GF4)

5. GRUPO – FOCAL Nº5

Repetida à questão por não ter saturado a discussão

Participante: 10 pacientes.

Questão norteadora: De que forma você acha que as regras básicas de convivência podem interferir POSITIVAMENTE no estilo de vida?

6. GRUPO FOCAL: Nº 6

Participante: 15 pacientes.

De que forma você acha que as regras básicas de convivência podem interferir NEGATIVAMENTE no seu estilo de vida?

Neste grupo houve dificuldade em desenvolver uma idéia sobre o prejuízo das regras de convivência, o grupo se manifestou contrario a elaborar uma idéia sobre o assunto:

“ não sei o que dizer sobre isso, não cumprir regras foi o que me levou pra cadeia”
(GF6)

“é interessante essas regras, quando a gente ta na rua a gente não cumpria nada, nenhum de nós. Se seguir a risca as regras sai daqui outra pessoa. Acho que o que pode ter de ruim é a gente não ter liberdade de fazer o que dá na tenha, sempre tem que ta pensando o que é melhor, tem que andar com essas regras embaixo do braço porque aqui tem lei, eu não gosto de lei” (GF6)

7. GRUPO FOCAL Nº 7

Participante: 15 pacientes.

Questão norteadora: O que você nunca faria contra si mesmo e contra outra pessoa?

Neste grupo surgiram muitos aspectos da moralidade e sobre o resgate de princípios de vida, no entanto ainda lidos de forma egoístas.

“ Aqui no proibido tem muitas coisas... Tem que levantar a moral dos caras. Tem que dar força para seguir o tratamento. Eu não xingaria outras pessoas. Tem que esquecer o que fez de errado e os outros tem que nos perdoar sempre, a gente é humano e Deus diz pra perdoar” (GF7)

Muitas vezes no discurso apareceu falta de empatia pelos outros, família e grupo de tratamento:

“Agredir outras pessoas, assediar, furtar eu jamais faria na minha vida nova. Já fiz isso tudo mas não quero fazer de novo espero não precisar fazer mas se precisar faço, né?!.” (GF7)

“Trair outra pessoa ou a mim mesmo. Porque a infidelidade é horrível. Fui criado pela minha mãe para ser uma pessoa honesta, fiel. Sempre foi assim na minha vida. Já teve caso de traição e acabei me separando da pessoa e tive uma filha nesse relacionamento. Eu sempre fui fiel quando tava sóbrio. Aparecia outras gurias, mas sempre respeitei ela, só quando bebia eu traia ela tem que entender eu sou doente. Ela não me respeitou.” (GF7)

“Injustiça. Eu não gosto de injustiças. Gosto de ouvir todas as partes para ter a minha opinião. Não gosto que as pessoas cometam injustiças contra terceiros ou contra mim mesmo. Não gosto de ser julgado. Não admito injustiça. Eu não sou um cara confiável? As pessoas têm que entender e perdoar a gente. Se eu roubo é porque preciso, não vai fazer falta de quem eu roubo” (GF7)

8. GRUPO FOCAL Nº 8

Participante: 12 pacientes.

Questão norteadora: O que você considera INDISPENSÁVEL na convivência com outras pessoas?

O grupo abordou aspectos relacionados a princípios e virtudes, assim como muitas vezes o respeito como indispensável:

“acho que tem que ter respeito um por outro se não tiver vira bagunça. É importante ter limites”. (GF8)

“porque principalmente pela minha recuperação. Perdi o respeito com as mulheres sei tudo o que eu fiz” (GF8).

“falta de caráter. quando eu era normal eu tinha caráter todo mundo me respeitava. Depois que eu comecei a usar e morar na rua ninguém me respeita mais”. (GF8)

A abordagem moral em relação ao uso de substância é uma constante, que justifica a continuidade do uso:

“ser dependente é não ter falta de vergonha na cara, falta de respeito, por isso acho que não tem cura” (GF8)

“respeito sempre. Nem todo mundo tem respeito, nem gosta de todo mundo. Tem que ter afinidade. Porque ter respeito é aceitar o outro”. (GF8)

Os princípios aqui aplicados por motivadores pessoais:

“amar ao próximo, fazer bem ao próximo. Amor incondicional, as pessoas não tem isso por mim, minha família me abandonou. Acho que é isto é indispensável se funcionar o mundo seria melhor o mais importante é o que eu faço e não os outros”.

(GF8)

“lealdade” (GF8)

“cumplicidade. Falar com a pessoa conversar com a pessoa. amizade também que daí a gente se perdoa pelo que faz de ruim”. (GF8)

9. GRUPO FOCAL N° 9

Questão norteadora: Que tipo de trabalho você se envolveria mesmo sendo ilegal, por que?

Participante: 12 pacientes.

O grupo demonstrou ter um amplo repertório no crime, desde tenra idade. Experiência com atividades ilegais e justificativas sociais e pessoais para continuidade na atividade ilegal foram os principais assuntos levantados pelos participantes do grupo, conforme falas abaixo:

“venderia bebida alcoólica a qualquer pessoa, mesmo para menores de idade porque todo mundo vende”. (GF9)

“Trabalharia no tráfico. Office boy do tráfico. Fazia tele-entrega porque rendia mais do que desenhar” (GF9)

“eu também tive porte de arma. Situação para perícia e porte de arma também. INSS. Fala da sua situação de perícia. Planejando situação para consulta de renovação do benefício, diz que vai dar um "drible" na médica do INSS.” (GF9)

Algumas pessoas, claramente, definem como a religião e família (filhos) como garantia de perdão, contingência para atos violentos e proteção contra o tráfico e polícia:

“Tenho religião e Deus vê o que os homens não vêem” (GF9).

“ter família em casa é uma questão de sobrevivência. Dá segurança ter família, criança em casa, os home pega mais leve e Deus perdoa também. Porque os home sabe o que a gente faz, mas tem pena das criança, todo mundo lá no ...que tem filho sabe que os home aliviam. A gente sabe que não pode e a gente faz. é o que tem pra fazer”. (GF9)

10. GRUPO FOCAL N° 10

Repetida a questão por não ter saturado a discussão

Questão norteadora: Que tipo de trabalho você se envolveria mesmo que fosse ilegal? Por quê?

Participante: 17 pacientes.

O grupo relata seus problemas sociais relacionados ao uso de substâncias com relação a atos que fariam, mesmo sendo ilegais:

‘furtaria supermercado pela comida. Pela necessidade já fiz. Meus pais eram usuários e tavam sempre duros, os dois morreram de HIV quase juntos nós era tudo pequeno 5 filhos. Passaram a minha infância trocando seringa lá em casa, mas nunca ofereceram uma internação pra eles. Eu era pequeno e pegava comida no supermercado tinha fome pra caramba. Os dottor levava seringa e não levava comida’ (GF10)

Muitos revelam detalhes da sua profissão ilegal. Em determinado momento foi possível presenciarmos uma breve discussão sobre qual crime seria mais rentável, assim como qual risco e pena associados:

“eu sou profissional de caminhão, é difícil acontecer roubo de carga. Tem GPS, segurança, seguradora, controle do caminhão à distancia. Hoje tá muito difícil de roubar. Mas carro é mais fácil. A maioria não tem alarme e seguro, corta corrente. Na Sertório tem vários carros assim.” (GF10)

“ eu acho que roubar carro já foi mais fácil, eu levava até com gente dentro, mas o negócio é que é arriscado, o tempo de cadeia e o lucro baixo não compensa” (GF10)

“ vale muito um assalto grande, mas é preciso ter infra pra fazer, se não trabalha pra um patrão grandão não vale a pena correr o risco senão tu fica até sem advogado depois” (GF10)

Quadro 2: Fluxo de participação nos grupos focais:

GRUPOS-FOCAIS	NÚMERO DE PARTICIPANTES INICIAIS	ENTRADA DE PARTICIPANTES *	SAÍDA DE PARTICIPANTES **	TOTAL DE PARTICIPANTES***
ENTREVISTADOS	20	-	-	=20
G1		-1	+9	= 11
G2		-3	+5	=11
G3		-2	+0	=13
G4		-4	+9	=10
G5		-1	+2	=10
G6		-3	+1	=15
G7		-3	+0	=15
G8		-5	+6	=12
G9		-1	+1	=12
G10		-6	+1	=17

Legenda: * Entrada de participantes por ingresso na unidade ou por decisão do indivíduo em participar; ** Saída de participantes por alta a pedido, alta médica ou por decisão do indivíduo em não participar; ***Total de participantes no grupo reflete o número de indivíduos presentes no grupo e estes repetem participações nos demais grupos.

5.5. CATEGORIAS ESTABELECIDAS A PARTIR DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO NO QSR NVIVO 10 (DADOS DAS ENTREVISTAS E GRUPOS-FOCAIS TRANSCRITOS)

As categorias foram estabelecidas através do método de Straus e Corbin (2008), da *grounded theory* ou da teoria fundamentada em dados.

A análise sugerida pelos autores inicia com a formulação de perguntas para analisar o material colhido. A pergunta utilizada neste trabalho era sobre a concepção de moral e ética das pessoas envolvidas e como elas entendiam a aplicação destes conceitos na convivência com outras pessoas a partir do cumprimento ou não das regras básicas de convivência na unidade de internação. Diante dos achados foram feitas comparações entre as situações relatadas nas entrevistas e grupos com a questão do trabalho: qual a relação do achado com a problemática moral e ética vivida pelo pacientes? Essa comparação permitiu analisar o contexto em que as sentenças surgiam, sendo possível examinar completamente a dimensão das falas.

A decisão por usar uma ferramenta analítica ocorreu para aumentar a sensibilidade, ajudar a reconhecer as tendências sem a influência do olhar da pesquisadora que também é terapeuta do grupo participante da pesquisa. A análise adicional por meio de comparações que descrevemos aqui foi utilizada até a saturação dos dados e a categorização (STRAUS, 2009).

Inicialmente foi feita uma codificação aberta, ou seja, um processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesta busca analítica as palavras que mais apareceram nas vinte entrevistas foram: **pessoas, estilo e problemas**. Já nos dez grupos focais

as três palavras mais freqüentes foram: **coisas, gente e pessoa**. Após a análise de contexto destas palavras chegamos várias possibilidades de categorização. A partir daqui a Codificação foi Axial, ou seja, relacionamos as categorias com às subcategorias, que são questões que respondem sobre o fenômeno em si, dando um maior poder exploratório ao conceito, neste caso os aspectos morais e éticos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Como um dos objetivos durante a análise era identificar os problemas morais, foi criada uma **categoria de assuntos morais** e para esta então adicionamos as expressões que mais aparecerem na busca que estavam relacionadas a esta categoria pelo contexto então concluímos em quatro subcategorias: relacionado a **palavra problema** estruturamos as **sub-categorias respeito/desrespeito e legalidade/ilegalidade**, relacionado a **palavra pessoa** as **sub-categorias honestidade e religião**. Como durante a análise percebemos que essa categorização foi insuficiente durante a codificação, foi criada uma categoria geral de comportamento associado, cuja finalidade foi incluir as demais palavras na categorização e o contexto onde apareceram então a **palavra gente** deu origem a **sub-categoria sentimentos**, já a **palavra estilo** deu origem as **subcategorias de rotina**, de **lugar** (locais onde ocorre habitualmente o uso das substâncias) e **conduta** (comportamentos associados ao uso de substância que em geral são inadequados ao meio onde estão inseridos). Concluindo, o esquema da tabela abaixo sintetiza as categorias e sub-categorias construídas a partir do método da teoria fundamentada em dados:

Quadro 2: Consolidação do processo de categorização segundo Strauss e Corbin (2008)

Categorias Centrais	ASSUNTOS MORAIS	COMPORTAMENTO RELACIONADO AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA
Sub - categorias	Respeito	Sentimento
	Desrespeito	
	Religião	Rotina
	Legalidade Ilegalidade	Lugar
	Honestidade	Conduta

5.6. GRUPOS DE ELABORAÇÃO DAS SENTENÇAS A PARTIR DAS CATEGORIAS

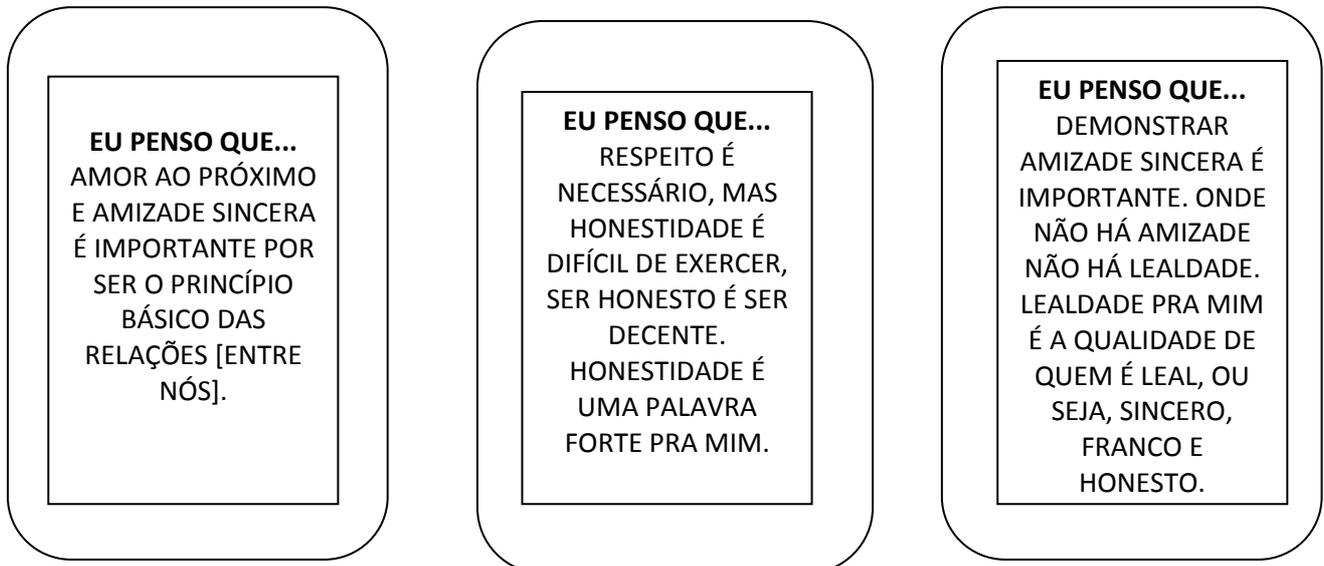
Foram realizadas quatro reuniões (duas semanas) para discutir as sentenças extraídas do relatório dos Assuntos Morais e do relatório do Comportamento Relacionado ao Uso de Substância Psicoativa.

O grande grupo foi organizado em mini-grupos contendo de 2 a 4 pacientes cada um. Foram distribuídas as quatro fichas de relatórios de falas das subcategorias. Os mini-grupos trabalharam adequando as falas ao formato de cartas conforme será mostrado abaixo. O relatório completo do trabalho está no APENDICE I.

A. PRIMEIRO GRUPO:

Participantes: 10 pacientes.

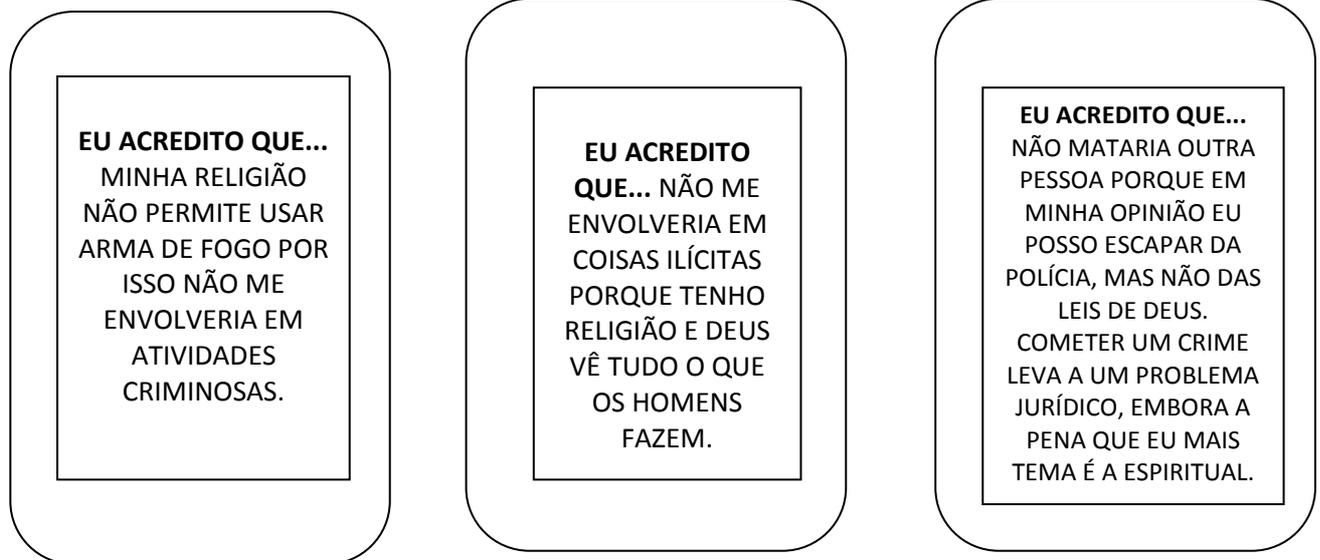
A partir dos assuntos morais levantados dos relatórios dos grupos e entrevistas foram organizadas as sentenças morais para as cartas do jogo, da subcategoria RESPEITO/DESRESPEITO, como no exemplo abaixo:



B. SEGUNDO GRUPO:

Participantes: 10 pacientes.

Foram organizadas as sentenças morais para as cartas do jogo, abaixo o exemplo da subcategoria RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE:



C. TERCEIRO GRUPO:

Participantes: 12 pacientes.

Foram organizadas as sentenças morais para as cartas do jogo, abaixo o exemplo da subcategoria LEGALIDADE/ILEGALIDADE:

EU ADMITO QUE...
NÃO MATARIA UMA PESSOA. ACHO QUE É O FIM ISSO TE MUDA PRA SEMPRE. SEI DE GENTE QUE COMETEU HOMICÍDIO E NÃO TEM VOLTA. TALVEZ SE MINHA FILHA TIVESSE EM PERIGO, MAS NÃO SEI SÓ ESTANDO NA SITUAÇÃO PRA SABER.

EU ADMITO QUE...
FARIA CONTRABANDO DE CIGARROS E BEBIDA PARA MENOR DE IDADE. O PROIBIDO É QUE DÁ DINHEIRO. A GENTE TEM QUE OLHAR PRA BRECHA, PRA ONDE DÁ LUCRO. NO FUTURO O LANCE VAI SER OS MENORES.

EU ADMITO QUE...
JÁ ROUBEI MUITO EM SUPERMERCADO E PENSO QUE NÃO TEM PROBLEMA. NÃO ACHO QUE ISSO É RECRIMINÁVEL PORQUE O DONO NÃO PRECISA DO QUE EU ROUBO, ELE TEM MAIS QUE EU.

D. QUARTO GRUPO:

Participantes: 12 pacientes.

Foram organizadas as sentenças morais para as cartas do jogo, abaixo o exemplo da subcategoria HONESTIDADE:

EU ADMITO QUE...
RECEBI UMA EDUCAÇÃO SEVERA, MINHA FAMÍLIA ERA HONESTA. O PRINCÍPIO SEMPRE FOI À HONESTIDADE. EU SEI QUE FIZ COISA ILEGAL QUANDO GERENCIEI UM PROSTÍBULO, MAS VENDER BEBIDA NÃO É CRIME E EU NÃO TIRAVA COMISSÃO EM CIMA DAS GURIAS.

EU ADMITO QUE... ACHO QUE SER HONESTO É UMA VIRTUDE OU É PRODUTO DO CARÁTER. O QUE EU FAÇO DE ILEGAL É COMPRAR DROGA ILÍCITA PARA USAR. A GENTE ACABA RECEBENDO PROPOSTAS PARA TRABALHO ILEGAL, MAS EU NUNCA ACEITEI. USAR DROGA É UMA FERIDA MORAL PRA MIM.

EU ADMITO QUE...
NÃO ME ENVOLVERIA COM COISAS ILÍCITAS TENHO NOÇÃO DO QUE É BOM PRA COMUNIDADE. PRA MIM É CLARO QUE ENVOLVER-SE EM CRIME É UMA QUESTÃO DE CARÁTER E HONESTIDADE.

5.7. GRUPOS DE ELABORAÇÃO DO JOGO (RELATÓRIOS A PARTIR DE DIÁRIOS DE CAMPO E TRANSCRIÇÕES)

Foram realizados quatro encontros ao todo para discutir o jogo. Nos dois primeiros encontros foi apresentado ao grupo a *Teoria Clássica do Jogo* (termo da economia) (KIRSCHBAUM; IWAI, 2011) e feita a pergunta norteadora: O que queremos abordar com o jogo?

O jogo construído foi testado em 4 grupos realizados em diferentes momentos, cada um com em média 15 participantes, perfazendo um total de 30 participantes diferentes já que as altas e as admissões alteram os grupos de tratamento com frequência.

Todas estas atividades foram realizadas na própria Unidade de Tratamento e incluídas no programa como parte integrante da terapêutica.

A. PRIMEIRO GRUPO:

Participantes: 11 pacientes.

Neste encontro foi elaborada a primeira hipótese baseada na *Teoria Clássica do Jogo*: um jogo de análise das situações em que há uma convocação a tomada decisão ética ou reflexiva a partir de questões morais postas nas cartas. Este é um jogo típico, onde jogadores tomam decisões, cada um com suas próprias idéias busca argumentar e derrubar o argumento do oponente. O jogo finalmente é resolvido em consequência da decisão dos jogadores sobre a melhor argumentação (KIRSCHBAUM, C. 2007; KOGAN, 1988).

B. SEGUNDO GRUPO:

Participantes: 14 pacientes.

A segunda hipótese foi elaborar um jogo paradoxal, baseado no *Dilema do prisioneiro*, que consiste em duas pessoas buscarem agir em seu próprio interesse perseguindo um curso de ação que não resulte no ideal. O típico dilema do prisioneiro está configurado de tal maneira que ambas as partes podem escolher proteger-se à custa do outro participante. Como resultado de seguir um processo puramente lógico para ajudar a si mesmo, ambos participantes se encontram em um estado pior do que se tivessem colaborado uns com os outros no processo de tomada de decisão (CAMERON; CINTRON-ARIAS, 2013).

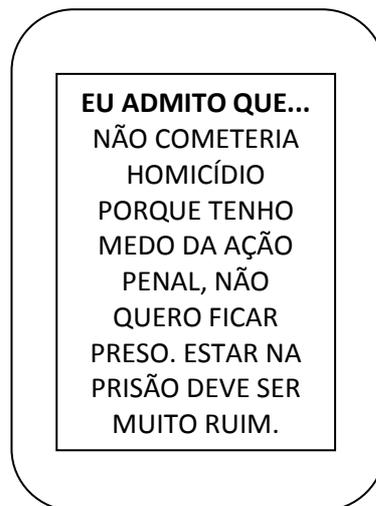
Nos dois últimos encontros foi apresentado ao grupo o Dilema do Prisioneiro (CAMERON; CINTRON-ARIAS, 2013) e feita a pergunta norteadora: O que queremos abordar com o jogo?

C. TERCEIRO GRUPO:

Participantes: 10 pacientes.

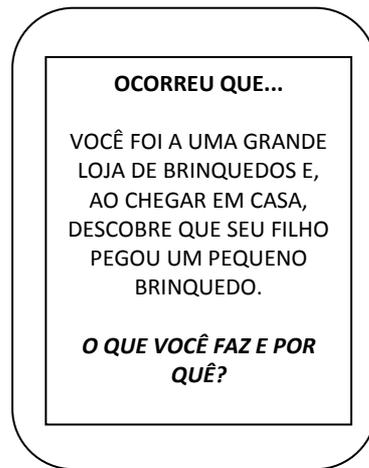
Questão norteadora: O que queremos abordar com o jogo?

Neste grupo foram definidas as normas de funcionamento do jogo a partir das discussões feitas até aqui pelo grupo. As categorias morais referidas pelos pacientes (tanto nos grupos-focais como nas entrevistas) serão as IDEIAS a serem defendidas durante o jogo, mesmo que o defensor não esteja de acordo. O jogador irá defender a sua MÁXIMA e o grupo irá argumentar buscando dissuadi-lo. Como por exemplo, o jogador poderá ter retirado do baralho a carta a seguir:



Essa máxima deverá ser defendida pelo jogador, mesmo que ele não esteja de acordo. O grupo, no entanto pode tentar dissuadi-lo dos seus argumentos contra-argumentando. Se ele mudar de idéia o grupo ganha o jogador passa a vez.

As SITUAÇÕES PROBLEMA ou PROBLEMAS ÉTICOS serão resolvidos por um jogador a partir do que for considerado um comportamento adequado para a conflitiva moral posta em cada situação. O grupo irá questionar e contra argumentar a decisão do jogador. O objetivo será dissuadi-lo ou apoiá-lo em sua decisão aproximando-se ao máximo de uma adequação ética, da mesma forma como para carta anterior. Como exemplo:



O jogador é livre para ter qualquer tipo de conduta, desde que tenha em mente que o objetivo do jogo é defender seu ponto de vista e provar que está certo. O jogo é um dispositivo para debate, envolvendo muitos problemas éticos e morais, para, então, adivinhar a resposta do adversário e conseguir convencer aos outros jogadores que se tem razão na tomada de decisão.

As sentenças foram adaptadas a partir das cartas do jogo Sem Censura (MAKOW, 1987) e das vivências do grupo, assim como foram feitas adaptações da linguagem e dos cenários que se aproximassem ao máximo da vida dos envolvidos.

D. QUARTO GRUPO:

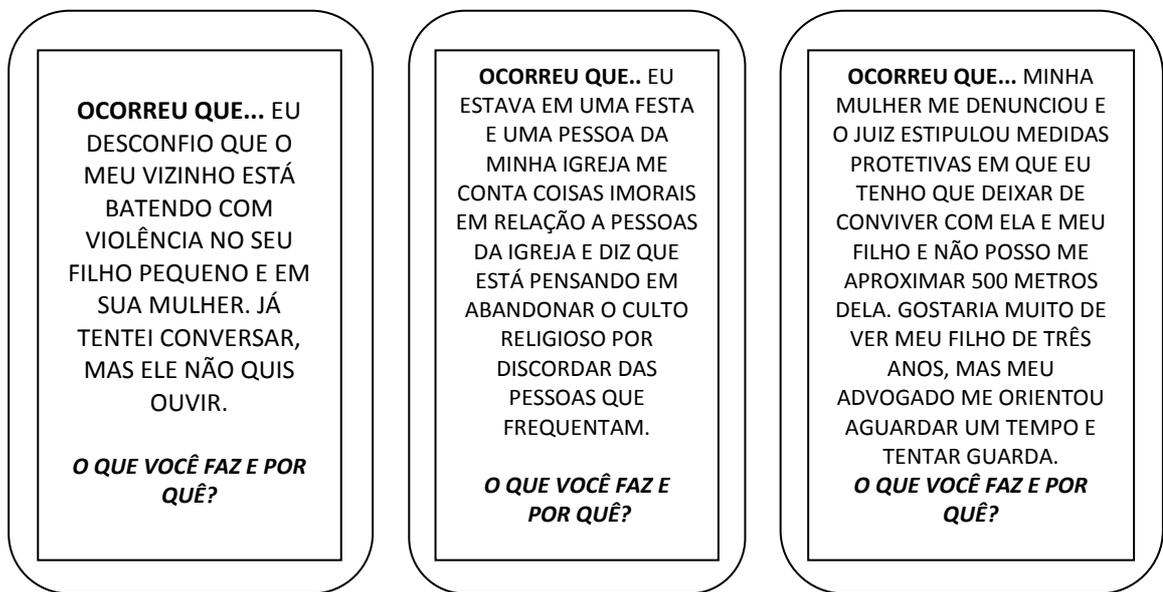
Participantes: 11 pacientes.

Este grupo trabalhou junto na elaboração das cartas problema, adaptando as situações postas no jogo sem Censura a linguagem mais acessível ao grupo e que correspondessem as máximas morais discutidas anteriormente. Inicialmente foram selecionadas as cartas que continham situações que o grupo queria discutir. Neste grupo foram selecionada em torno de 50 cartas das 60 cartas dilema do jogo Sem censura.

E. QUINTO GRUPO:

Participantes: 14 pacientes.

Este grupo se deteve a adaptar a linguagem de todas as cartas selecionadas e reescrevê-las. Após este trabalho as situações problemas foram categorizadas conforme as categorias de análise deste estudo. Neste processo algumas foram descartadas, permanecendo as de maior relevância para o grupo. Definimos chamar de carta problema pelo fato das situações abarcarem várias possibilidades de resolução, dentro de uma compreensão de que os problemas são multifatoriais. Segue alguns exemplos das cartas PROBLEMA:



5.8. GRUPOS DE TESTE DO JOGO

O jogo em elaboração foi testado em quatro grupos realizados em diferentes momentos no período de março a abril do corrente ano. Alguns participantes estiveram em mais de um grupo, outros em apenas um, outros ainda participaram de todos. Cada grupo teve em média 15 participantes, perfazendo um total de 30 participantes. Apenas 9 pessoas estiveram nos quatro grupos programados. Em função das altas, das desistências e das admissões a configuração dos grupos alterna com frequência.

Após o consentimento, os pacientes foram orientados pela pesquisadora sobre as regras do jogo que foram estipuladas anteriormente pelo grupo.

Todas estas atividades foram realizadas na própria Unidade de Tratamento e incluídas no programa como parte integrante da terapêutica.

A. PRIMEIRO GRUPO:

Participantes: 10 pacientes.

Neste grupo uma das limitações observadas do jogo foi a dificuldade em defender proposições as quais não se está de acordo. Muitos participantes quiseram trocar a carta porque perceberam que teriam dificuldade em argumentar em relação a situações das quais não tem uma idéia formada inicialmente. Algumas cartas foram excluídas por esse motivo. Um exemplo de MAXIMA [carta do jogo] excluída pelo grupo por identificação de dificuldade em defender está abaixo:

“Eu admito que... Pretendo fazer contrabando de mercadorias, porque dá dinheiro rápido e é isso que eu preciso. Trabalho de camelô e tenho que me garantir.”

Embora essa situação tenha sido relatada por um membro de grupo e vários participantes tenham concordado com ela, na hora do teste do jogo os participantes se sentiram desconfortáveis “moralmente” em defender essa proposição. A discussão para exclusão dessa carta foi o desconforto em ler e defender um comportamento considerado inadequado pela sociedade. As outras 10 situações de exclusão de cartas ocorreram em decorrência do mesmo fato. As situações excluídas inicialmente serão estudadas a fim de se reavaliar sua inclusão na etapa de validação do jogo.

B. SEGUNDO GRUPO:

Participantes: 12 pacientes.

Neste grupo foram feitas adequações de linguagem de algumas cartas, subtraindo-se algumas gírias que não eram compreendidas pela maioria. Os participantes também optaram por retirar as palavras de baixo calão. Referiram não perceber que o que foi dito nos grupos focais era tão feio quando lido e registrado. A discussão foi sobre o aspecto da educação e das relações prejudicadas pela violência doméstica. O grupo quis continuar a discutir a possibilidade de se retirar do jogo as MAXIMAS por abarcarem conflitos morais os quais não havia sido percebido pela maioria.

C. TERCEIRO GRUPO:

Participantes: 12 pacientes.

O grupo se dividiu em mini grupos para relatarmos sua percepção das cartas do jogo. Houve o momento do jogo. A discussão foi tão densa e conflituosa, pois dos 12 jogadores apenas 4 sortearam cartas para discussão. Uma das sugestões desse grupo foi estipular um tempo para os debates e argumentação. Após essa experiência estipulamos o uso de uma ampulheta com contagem de 2 minutos para argumentação e no máximo 3 para a contra-argumentação.

D. QUARTO GRUPO:

Participantes: 17 pacientes.

Nessa reunião o jogo foi jogado com todas as cartas e houve participação de todos os integrantes. O tempo do jogo foi de 1 hora. As sentenças foram amplamente debatidas, muitas questões foram levantadas. Principalmente a repulsa por situações que envolvem a família, agressão contra crianças e ação de policiais. No entanto não foi possível ainda testar todas as sentenças elaboradas. Sendo que a validação neste caso se dará na seqüência deste trabalho.

6. DISCUSSÃO

Intuímos que os grupos de pessoas que participaram deste trabalho apresentam dificuldade tanto nas relações quanto na contenção e interpretação dos sentimentos. O pensamento expresso em geral é concreto. Essa forma de pensar trata-se da incapacidade do indivíduo para fazer a distinção entre o simbólico e o concreto (PIAGET, 1975). Não significa necessariamente uma anormalidade trata-se de um resultado de dificuldade de expressão intelectual, ou apenas uma dificuldade de abstrair-se do concreto, o que prejudica as suas relações e o controle dos impulsos, interpretação dos sentimentos. No grupo o sentimento mais lembrado foi à raiva.

‘meu problema é a raiva, eu sei que as vezes eu sou impulsivo também, mas se não fosse a raiva eu faria melhor’ (GF3)

Segundo Rangé e Marlatt (2008), a questão da raiva deveria ser tratada em ambientes terapêuticos com afinco, uma vez que é sabido que as recaídas ao uso de SPAs estão relacionadas a esse sentimento. Os autores pontuam ainda que se faça necessário a utilização de elementos educativos que possibilitem ampliar o espectro de elementos identificados sobre como e por que as pessoas pensam (logo sentem) de determinada forma, para ser possível identificar a raiva. Acreditam ainda que a identificação do motor desse sentimento é o que auxilia o seu controle. Portanto, aprender a discriminar estímulos que causam raiva e saber como funcionar sob o efeito dessa emoção é muito importante. Assim, vale à pena tentar definir a raiva e apontar seus efeitos positivos e negativos. É essencial discriminar quais situações causam raiva, direta ou indiretamente, e qual resposta a manifestam (reações internas).

O aumento de atividades agradáveis que pudessem minimizar a expressão da raiva também nos motivou a optar por um jogo. O objetivo de incentivar o aumento de tempo dedicado ao lazer e as atividades que oferecem prazer é uma forma de evitar pensamentos negativos (RANGÉ; MARLATT, 2008; RANGÉ, 2011) e ampliar o repertório de possibilidades ao surgir um sentimento propulsor ao uso de drogas (MARLATT; DONOVAN, 2009). Na fala a seguir é possível observar essa visão restrita das possibilidades e negativa em relação à convivência no ambiente terapêutico:

“Cada caso é um caso. O que serve pra um não serve pra outro. Pode criar conflito. Mas não atrapalha meu tratamento, sabe aquele negócio: dever cumprido direito adquirido, mas que dá raiva dá, eu fico loco com o que não concordo destas regras” (E 9)

A fala apresentada foi hostil em relação a “ter que” se adequar as regras de convivência quando não se está de acordo do ponto de vista individual. A questão da coletividade como critério na balança de decisão parece incomodar o participante ao refletir sobre as regras. Outra análise que o participante faz é o benefício individual de cumprir uma norma que favoreça o coletivo. Trata-se, portanto de uma questão ética, uma vez que a pessoa questiona as evidências a partir da reflexão sobre o que é bom ou mau. Aparecem opiniões contraditórias sobre o que a pessoa deve fazer ou deixar de fazer. Sob esse aspecto, ética é o esforço racional para encontrar um critério de validade geral, a partir do qual possamos julgar ações e formas de vida (ZILLES, 2006).

A comunicação e técnicas de comunicação em grupo por meio de jogos são recomendadas no tratamento de usuários de substâncias e pessoas com comportamento compulsivo (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008). Visto como as atividades lúdicas diversificam os espaços terapêuticos possibilitando que as pessoas possam falar sobre si mesmas, descrevendo fatos e experiências em suas vidas para favorecer a descoberta de identidades ocasionais entre os participantes (SOBELL; SOBELL, 2013). Aqui faz-se importante manter o foco no desenvolvimento da escuta e da observação. O diálogo pode ser encerrado educadamente, permitindo a pessoa o sentimento de que foi agradável conversar com ela. Os obstáculos que podem prejudicar uma comunicação eficiente em cada um precisam ser identificados, de forma que possam ser superados (RANGÉ; MARLATT, 2008).

As falas extraídas durante esse trabalho exemplificam claramente a dificuldade de manutenção do tratamento em função da adaptação a um novo estilo de vida após a alta hospitalar:

“disciplina é fácil aqui dentro, mas muito difícil na rua” (E 11);

“aqui só serve pra desintoxicar. Não muda meu estilo de vida é pouco tempo. A vida é diferente lá na rua as regras são minhas e não da polícia e dos políticos” (E 18).

É sabido que a mudança no estilo de vida é um elemento central para reduzir a probabilidade de recaídas. Assim a redução de fontes de estresse, a busca de um equilíbrio entre prazer a obrigação, prática de exercícios físicos, ioga, meditação ou outra forma de relaxamento e o uso de técnicas de inoculação de estresse são indicados para auxiliar na manutenção da abstinência e melhora da qualidade de vida. Entretanto, esta é a dificuldade relatada pelo grupo que vive uma profunda falta de motivação para esse investimento (MARLATT; DONOVAN, 2009).

“eu já deixei de usar remédios para usar cachaça. Pra tirar o efeito ruim do remédio eu escolho a cachaça e paro com o remédio, eu sei que não é certo mas escolho a cachaça” (GF3)

A adesão ao tratamento perpassa a questão de adaptação às novas regras e rotinas, assim como está diretamente atrelado à mudança essencial no estilo de vida. Incorporar na rotina esses novos elementos de tratamento parece ser uma questão importante pela frequência dos relatados nos grupos focais. Além dos elementos simbólicos e emocionais envolvidos, percebemos claramente que seguir o tratamento por vezes parece uma sujeição a “ordem” de outra pessoa.

A história e a própria experiência da pessoa mostra o que se deve fazer ou deixar de fazer, como na fala “eu sei o que é certo”, o que é bom ou mau, certo ou errado é uma questão situada dentro de culturas, sociedades, a pessoa conhece a hierarquia de valores. Sabemos que em cada sociedade há comportamentos considerados bons outros maus. O indivíduo nasce, por assim dizer, para dentro de uma cultura com um conjunto de regras, prescrições e orientações de conduta para torná-la reta. Dentro desses sistemas, a pessoa sabe seus direitos e deveres. O sistema social e moral constituem uma unidade e sabe-se o que é permitido ou proibido (ZILLES, 2006).

A compreensão de saúde dentro desse sistema social perpassa uma lógica e há um conceito evidente do que é saúde, do que é bom. A fala a seguir representa em parte esta análise:

“eu tenho que melhorar essas atitudes pra melhorar a minha vida, eu que não gosto de seguir o que o médico manda, não gosto de enfermeira me seguindo.” (GF4).

O texto “integridade e Respeito: Princípios de uma concepção de Moralidade Baseada numa Teoria do Reconhecimento”, de Axel Honneth (1992) apresenta uma forma de compreender os fenômenos experiências na realização deste trabalho. O texto é um resumo da

obra deste autor sobre a teoria do reconhecimento. Honneth diz que a essência da “dignidade humana” só pode ser descoberta negativamente, determinando as formas de degradação e de ofensa pessoal; e de que foram essas experiências de desrespeito e insulto que tornaram o objetivo normativo de assegurar a dignidade humana uma força motriz na história. Ainda diz que o respeito é um reconhecimento social importante para os humanos porque qualifica a capacidade deste de sobreviver, criar e SER na vida.

Em uma das falas surge a seguinte concepção:

“ meu código é respeito, se não a coisa pega lá fora a gente é agredido todo hora. Respeito pra mim é um princípio ”(quinto participante).

Em todo texto aparecem em torno de 123 citações sobre respeito, sendo esta a palavra mais representativa da amostra.

Honnet (2011) distingue três formas básicas de desrespeito. Primeiro desrespeito à integridade física que é a forma mais reconhecida, na fala seguinte:

“a coisa pega lá fora a gente é agredido todo hora”(E 9)

A pessoa se vê privada da oportunidade de dispor livremente do seu corpo, experimentando não apenas a dor física, mas o sentimento de estar indefesa e à disposição de outro sujeito, o que compromete o seu senso de realidade. É a forma de desrespeito mais profundo sobre a pessoa abalando a autoconfiança que ela conquistou gradualmente através da infância, de poder coordenar seu corpo autonomamente.

Segundo, desrespeito, a autocompreensão normativa do sujeito exemplificado com a concepção:

“respeito é aceitar o outro do jeito que ele é, eu tenho que me respeitar, primeiro eu, porque to morrendo com a droga e respeitar os outros também, né?!” (E2)

Honneth (2011) explica que a manifestação radical desse desrespeito seria a escravidão, mas neste contexto preferimos comparar a “prisão importa pelo uso de substância”, dia que a pessoa sofre uma negação ou privação de seus direitos como membro igual da comunidade, comprometendo seu auto-respeito, quer dizer, sua habilidade de

relacionar-se consigo como um parceiro de interação com iguais direitos em relação aos demais.

Terceiro, o autor ainda pontua o desrespeito às formas de vida e às concepções de certos indivíduos ou grupos. Represento esta concepção com a seguinte fala:

“ Lá no Berta os home só respeitam a gente se tem criança em casa se não trata a gente que nem bandido porque é pobre e drogado (E14).

Nesta fala percebemos que moral considera o agir com a lei local, à constituição da regra e o juízo prudencial da consciência neste caso específico para sobrevivência, enquanto a ética trata do fundamento da moral da questão imposta pelo meio de violência neste caso (ZILLES, 2006).

Apona-se aqui um marcador de violência é sabido que algumas pessoas estão submetidas à violência numa proporção maior em alguns contextos. Concebemos por violência nesta ocasião como o uso intencional da força, ou poder, em forma de ameaça contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona (ou tem grandes probabilidades de ocasionar) lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento e privações (OMS, 2002).

Neste ponto Honneth (2011) diz que é a humilhação ou desvalorização de estilos de vida individuais ou coletivos, que impede aqueles que aderem a esses padrões de relacionar-se com seu modo de vida, como investido de significado positivo, em sua comunidade e abala sua auto-estima. Ou seja, sua capacidade de ver-se a si mesmo como possuidor de traços e habilidades características que sejam merecedoras de estima.

Honneth (1992) observa ainda que, tendo em vista a analogia que às vezes se faz entre as formas de desrespeito, de um lado, há os estados de doença ou morte física do outro (morte psicológica, morte social, moral e dano). Podemos considerar que as formas de desrespeito seriam, então, como a Adição por SPA (doenças de integridade psicossocial), enquanto as formas correspondentes de reconhecimento seriam como as condições básicas de saúde.

As formas de reconhecimento descritas por Honneth (1992) seriam então, também três: o amor, direito e solidariedade. Honneth conclui que a moralidade, se entendida como uma instituição que visa à proteção da dignidade humana deve defender a "reciprocidade do

amor, o universalismo dos direitos e a igualdade da solidariedade contra os ataques da força e da repressão" (FERES JR., 2002).

Estudos feitos com a população de usuários de substâncias apontam para este grave problema de saúde pública, associado primeiro pela questão social, depois pelos aspectos psiquiátricos e biológicos envolvidos (TAVARES; SCHEFFER; ALMEIDA, 2012). Um dos elementos já apontados nessa discussão foi o precário manejo da raiva. A fala a seguir demonstra como a agressão e a violência faz parte da história de parte desse grupo:

“eu já fiz isso duas vezes. Em uma internação eu agredi uma enfermeira, já soquei da escada do segundo andar um médico uma vez, quando tava irritado. Bati na segurança também. Eu to aqui agora e reaprendo disciplina. Evitar esse comportamento pode me ajudar” (GF5)

Segundo Koller (1999) há três formas de participação em atos violentos, como vítima, como autor ou como testemunha. Na prática esses papéis não estão separados uns dos outros e podem ocorrer paralelamente. Ainda aponta que o agressor expressa sua violência pela transgressão de normas de convivência na sociedade, ou pelo rompimento de uma regra moral que protege o patrimônio e a vida.

A vida de um usuário e sua família assim como das pessoas correlacionadas incluem aqui os profissionais envolvidos no tratamento estão expostos a riscos advindos dessa relação, embora a violência apareça em qualquer relação. A violência aparece nas relações humanas através dos comportamentos e ações que as pessoas têm nos seus relacionamentos do dia a dia. Para entender as razões de um comportamento, tem-se que levar em consideração que ele é consequência do movimento de diversos fatores que se interligam, gerando condicionamentos mútuos e complexos (KUSNETZOFF, 1982). Em geral os atos violentos são consequência e causa de uma perpetuação de iniquidades.

Algumas pessoas manifestaram a satisfação pelo encontro de uma identidade por meio da violência e atos ilegais, inclusive há uma naturalização da ilegalidade:

“eu trabalhei em empresas grandes (tráfico de drogas), mas era bem violento e arriscado, não sei dizer o que faria mesmo que fosse ilegal. Tenho tudo, não preciso de nada, se eu quiser meu pai (traficante) faz ranchão, tenho casa não preciso de nada só parar de usar droga”(E13)

Do ponto de vista da ética ou moral, de maneira genérica, esta fala apresenta referenciais e princípios atrelados a liberdade onde a avaliação do todo é desconsiderado o parâmetro de certo ou errado pela sociedade. A ética e a moral enquanto o agir responsável do homem, o agir baseado na liberdade. É a ciência que trata do que é considerado “viver bem” e “viver mal”. Considera-se, portanto, uma ciência prática (ZILLES, 2006).

Sobre esta questão Tavares (2012) diz que o uso de SPA pode ser estímulo, motivo, resposta ou elemento mediador de comportamento social violento. Trabalhos feitos com grupos específicos em presídios assinalam que as drogas apresentam papel relevante nos contextos em que são usadas. Por exemplo, o abuso do álcool pode aumentar a possibilidade de haver comportamento agressivo, porém isso não ocorre de forma generalizada, já que as consequências do uso abusivo do álcool e outras drogas dependem de fatores individuais, sociais e culturais (TAVARES; SCHEFFER; ALMEIDA, 2012).

Na sequência o participante fala da sua relação com a ilegalidade e identidade social:

“ as pessoa me respeita lá. Meu pai é patrão, não deixa eu me envolvê pelo risco de vida, sô muito respeitado e conhecido, já fiz a minha, como eu adoeci to fora”(E13)

Para Honneth (2011) todo o reconhecimento buscado corresponde a um desrespeito sofrido. Assim, a forma de reconhecimento pelo amor toma forma de aprovação e engajamento emocional a partir do desrespeito a integridade física essa experiência de violação da integridade, aquela que o indivíduo se torna capaz de desenvolver sua autoconfiança relacionada ao corpo. Esse desrespeito, portanto geraria a necessidade de reconhecimento e aprovação pelo amor.

Essa forma de reconhecimento depende de atração e reciprocidade, é, portanto marcada por questões particulares e por isso está confinada às relações sociais primárias como

familiares, amigos e parceiros amorosos. As falas a seguir demonstram como esse reconhecimento é importante:

“amizade sincera é o mais importante pra mim. “Porque lealdade e amizade facilita a vida. Ah e traz felicidade” (E3).

“ eu to me tratando pra minha família me perdoar e para adquirir a confiança deles de novo”(E7);

‘eu acho que amor ao próximo e amizade sincera é o mais importante, queria que a minha mulher me aceitasse de novo por isso vim pra cá”(E1).

O segundo tipo de reconhecimento proposto pelo autor corresponde a violação da igual consideração moral de um membro da comunidade, seria uma reação as iniquidades, a violação de direitos. Essa experiência vivida pela pessoa gera uma busca a igualdade moral, se revela por uma expansão dos direitos (tanto no seu conteúdo material, quanto moral). é marcada por um inerente universalismo. A fala a seguir demonstra o quanto a busca por esse reconhecimento é presente:

“a experiência dos outros e a história dos outros são semelhantes a minha. Quero freqüentar os Alcoólicos Anônimos, lá nós somos iguais, temos direito de ser quem a gente é. Quero ganhar dinheiro rápido e mostrar pros outros do que eu sou capaz” .(E20).

‘ injustiça, eu não gosto de injustiças. Gosto de ouvir todas as partes para ter minha opinião. Não gosto que pessoas cometam injustiças contra terceiros ou contra mim mesmo. Não gosto de ser julgado. Não admito injustiça. Agora porque tu usa droga tu faz tudo errado?’”(GF4)

Por fim, Honneth (2011), define a terceira forma de reconhecimento correspondente ao desrespeito as formas de vida individuais ou coletivas. Aqui é a solidariedade com, a aprovação de estilos de vida não convencionais. A fala a seguir ilustra essa hipótese conceitual:

“meu problema com droga começou na infância, meu pai traficava e usava. Ele não era um cara regrado, fazia coisas que achava que tinha o direito de fazer porque outras pessoas se dão bem fazendo e a vida não lhe deu oportunidade. Sempre me incentivou a dar jeitinho.

E eu na escola era o filho do patrão, depois o drogado, a nossa vida era diferente e eu não tinha amigos. Eu era má companhia pros outros” (E1)

Assim Honneth (1992, 2011) procura justificar por que a experiência do desrespeito pode representar uma força motriz no processo de constituição do ser social.

O comportamento contra autoridade e as leis corresponde tanto ao fator biológico de déficit do controle dos impulsos (NETO, 2003), quanto as razões sociais compreendidas aqui por meio da teoria de Honneth (2011) e Giddens (2005).

O modelo cognitivo das adições utiliza elementos para representar o funcionamento das adições. Este modelo estimula o uso da experiência do paciente para a identificação do modelo. Seus elementos são a situação-estímulo (situação de risco) que inclui as emoções e as situações vividas. As situações ativam as crenças sobre uso de drogas e os pensamentos automáticos relacionados a essas crenças. As emoções ativam as crenças permissivas ou facilitadoras ao uso de substâncias (RANGÉ, 2011). A manifestação das crenças emocionais ou situacionais em geral é dualista o que prejudica a possibilidade de organização de um repertório amplo de resolução de problemas.

“ou tu obedece ou não, não existe isso de discutir o que é melhor. É obediência.. Não tem essa coisa do meio termo. Tem que se decidir” (E17)

O modelo cognitivo trabalha com reestruturação cognitiva pelo fortalecimento das crenças de controle e pela modificação e enfraquecimento das crenças permissivas. As falas do grupo que anunciam a contingência da fé em Deus podem ser consideradas uma crença de controle (RANGÉ, 2011), já do ponto de vista moral, as ações relacionadas ao uso de substâncias vão contra os princípios ditados pelo seu Deus. Portanto, a fé mostra-se importante para a manutenção da esperança e da abstinência. A religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais (FLECK et al., 2003). O argumento para manutenção da fé após a alta hospitalar

mais usualmente defendido foi o perdão de Deus o que está diretamente relacionado a possibilidade de culpa relacionada ao passado.

Durante a realização desta atividade surgiram relatos que descreviam um grupo de pessoas com padrões morais rígidos, para quem a religião é um orientador da norma social e reguladora do bom e mal, do certo e errado, um sistema de crenças e valores pouco flexíveis em contraponto ao estilo de vida “desregrado” dos usuários de substâncias. Estudos publicados em revistas indexadas no Brasil pela autora Zilá Sanches (2006; 2004; 1991) apontam para o papel fundamental da religiosidade, principalmente no tratamento de doenças crônicas e severas. O acompanhamento desta questão com usuários de droga apontou para o fato dos pacientes se beneficiarem com a prática religiosa, em especial nos períodos que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas estressantes oriundas das condições geradas pela Adição.

O grupo de pacientes participantes expôs uma visão dicotômica das situações de vida. O grupo apresentou seus dilemas éticos para tomada decisão. Foi possível discutir a trajetória de trabalho ilegal:

“ ser garçom de casa de prostituição. Meu sonho era ser hidráulico, mas hoje sou encostado pelo INSS e não posso trabalhar legalizado. Como já fui dono de casa de moças, penso em driblar a médica do INSS adiar meu benefício e dar um lugar pra umas guria trabalhar” (E12)

Assim como a motivação para o que chamaram de “reforma moral” sem a qual “não há recuperação”.

“o que eu tinha que fazer de errado eu já fiz. Agora quero me converter. Uma vez eu li sem conversão não há recuperação. Eu quero ir pro AA, fazer uma reforma moral, meu inventário moral” (E15)

Durante a coleta, os usuários descreveram seus antecedentes criminais, passagens pelo sistema prisional, manifestaram sua conduta opositora a regras, postura confrontativa as figuras de autoridade, a raiva dirigida a sociedade por verem-se sem possibilidades de ascensão e reconhecimento, muitas vezes atuando no descumprimento de leis básicas de convivência em grupo, vendo Deus como a única figura contingente

“nunca me suicidaria e também não mataria outra pessoa porque posso me safar da polícia, mas Deus sabe tudo” (E11)

Para TUGENDHAT (2003, p. 17) existem dois tipos de justificação recíproca de normas: o religioso e o relacionado aos interesses dos membros da sociedade. O primeiro pode ser denominado de justificação vertical ou autoritária, e o segundo de justificação horizontal. Nas sociedades tradicionais, é vertical, de tipo religioso.

Ainda nesta fala é possível identificar a Ética como reflexão sobre questões morais, segundo ZILLES (2006) nestes casos a ética pode se entender como a reação à perda de evidências. Quando as evidências são questionadas, surgem múltiplas respostas aos questionamentos e uma diversidade moral que podem induzir a pensar ser impossível falar de “bom” em sentido universal. Neste caso todas as concepções morais dependem totalmente da cultura e todos os critérios subordinam-se às concepções morais dominantes (ZILLES, 2006).

Outra condição identificada foi à questão de gênero identificada nos inúmeros relatos de violência doméstica e identificação da mulher em lugar de dominação e submissão:

“...eu bati nela mesmo, ela é mulher tem que se dar o respeito e me respeitar eu paro quando quiser, daí corri com ela de casa. Até que vi que ela tinha razão, mas levou anos pra eu aceitar. Não dô muita importância pra isso também, mulher pra mim é só pra usar, não quero relacionamento fixo” (GF3)

Sejam, estas situações, precipitadas pelo uso de substância ou por estímulo social e econômico, essa experiência nos mostrou o quão distante é, por vezes, a linguagem do tratamento da realidade da população que busca atendimento.

Do ponto de vista da bioética as relações egoístas podem migrar para um comportamento onde o outro é o fim, ou seja, por meio do outro eu conseguiria atingir meus objetivos, a isso J. B SCHNEEWIND chamou de altruísmo (GOLDIM, 2006). A mudança é possível baseado na análise de causa e consequência, com complemento da informação e de uma atitude reflexiva sobre a ação. O mesmo texto explica que a ética nos confere o senso de humanidade, uma responsabilidade humana, deveres do ser humano com outro ser humano.

A fala a seguir também demonstra uma tentativa de adequação na prevenção de consequência:

“lá fora tem que cumprir [as regras]. Vai ser chato, vai ter coisas que não posso falar que não concordo, mas pra não me dar mal tem que fazer, é dever, né! (GF4).

O conceito de dever está sujeito a mal-entendidos, quando incluímos a este conceito as tendências, desejos e necessidades a fim de justificá-los. Para Kant, o conceito de dever está atrelado a ideia de obrigação incondicional, um dever que independe de minhas intenções e dos efeitos de minha ação. Somente o dever próprio ou a autonomia corresponde à liberdade. O homem não se vincula a um mandamento, mas a um princípio formal de orientar todos os seus atos por princípios, que valem universalmente. Princípios morais devem ser os mesmos para todos. Kant diz que: “Age somente de acordo com aquela máxima através da qual possas querer simultaneamente que se torne uma lei universal” no livro a *Metafísica dos costumes*. (ZILLES, 2006).

“ isso é relativo [ilegalidade]. Isso é educação, o que é ilegal pra mim depende do que eu preciso. Outra coisa que não sei o nome é respeito ou honra? Esse negócio aí que ninguém tem, vai desde o presidente até nós aqui. Não sei se quem estuda mais e tem educação é tão certinho assim? Tem muito programa do governo que não é pra nós[bolsa para estudante de curso superior]. Bolsa família aumenta a renda e dá voto, se tiver que enganar o governo eu não to nem aí, a maioria aqui engana o governo, tudo encostado [se referindo a pacientes que possuem benefício INSS](GF7).

Acima de tudo, devemos reconhecer que não há como negar a diversidade de ideias morais entre diferentes comunidades. Também não se pode discutir o condicionamento dessa diversidade por circunstâncias sociais, econômicas e políticas. Mas temos que nos perguntar se podemos aceitar a consequência que se segue a partir deste fato. A moral nesta fala é reduzida a um problema empírico, o respeito, a honra (o significado de honra aqui empregado pelo paciente foi no de ser honesto) dirigida a outros é anunciado com escárnio (terminologia

citada por Kant em metafísica dos costumes com a definição de desprezo dirigido aos outros em detrimento da vontade própria).

No positivismo moral a moralidade está enraizada, mas como uma dimensão incondicional da realidade. Há a autorealização do homem como pessoa e comunidade, moldando o mundo e o comportamento com ele, através das exigências de moralidade. Neste sentido, a pessoa pode fazer o que todo mundo faz, mesmo que não seja o “bem” pra todos. Para o positivismo moral nenhuma ação humana é boa ou ruim em sua essência, ou é, incondicionalmente ordenado ou proibido. A moralidade objetiva ou obrigação moral de qualquer ação não depende de opinião e atitude do objeto da ação, mas de algo que está fora do objeto e pode ser sujeita a alterações (BRANDÃO, 2011).

Finalizando esta discussão de dissertação entendemos que o filósofo Immanuel Kant esteve em voltas à pergunta sobre o esclarecimento (*aufklärung*) e sempre que trabalhamos para que haja um esclarecimento nos remetemos às mesmas indagações antes feitas por ele. Kant começa pelo próprio termo esclarecimento, que “*é a saída do homem de sua menoridade*”. Que é o que o próprio homem, ainda diz que quem não consegue sair de sua condição medíocre e tomar coragem de servir-se de si mesmo sem necessitar da ajuda de alheios não cresceu, não evoluiu (KANT, 2005). A menoridade afeta o homem em todos os campos: na política, na sociedade, no trabalho, na vida de relação, nas decisões básicas, lhe tira a autonomia, etc.

O processo para se sair desse estado de menoridade está no autocontrole e na liberdade que cada indivíduo deve cultivar. Somos convidados a não nos acomodar, a sair em busca do saber, por isso usa o termo latino: *Sapere aude!* (Ouse saber). Somente através dessa ousadia é que podemos sair de nossa condição. Essa ousadia implica a ‘*coragem de fazer uso de teu próprio entendimento*’ (KANT, 2005), que em suma é a proposta aqui, procurar um meio de sair da inércia do estreito repertório imposto pelas condições de vida e uso de substâncias psicoativas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O processo de recuperação da Adição é lento e repleto de obstáculos, portanto criar formas lúdicas para discutir limites, controle e responsabilização é promover autonomia. Além da experiência social junto aos colegas de grupo, o jogo permite a reflexão de princípios de recuperação e de vida. Nesta atividade, o paciente/ jogador pode discutir as suas ansiedades.

O método apresentado neste trabalho proporcionou ao paciente/jogador reconstruir situações que despertam reflexões e críticas acerca de seu cotidiano.

As situações imaginadas por cada paciente, durante o jogo revelando de forma espontânea e sem receios de discriminação, de expor suas crenças. De certa forma durante os grupos puderam extravasar suas necessidades, pensamentos e agressividades.

Avaliamos que a importância deste trabalho foi oportunizar a discussão de questões sociais, relativas a relevância da base moral e da ética para tomada de decisão. A convivência em sociedade exige um comportamento de empatia a outras pessoas, solidariedade, respeito e outros princípios e valores. Principalmente uma postura reflexiva e tolerante diante de conflitos.

Dada a complexidade das discussões feitas com o grupo participante durante o processo consideramos que a avaliação da viabilidade de utilização do jogo para grupos subsequentes deverá ser conduzida na seqüência deste trabalho. Acreditamos que será possível desenvolver mais as categorias e desenvolver outras sentenças para ampliar as discussões. Cujo objetivo é para este paciente/jogador refletir sobre a sua relação com as outras pessoas, sobre a sua convivência em sociedade, sobre o ônus pra si mesmo e para os outros da sua adição. Podendo ampliar as suas possibilidades de ação, avaliar de forma adequada a consequência das suas ações, revendo a sua posição de um indivíduo com limitações, mas com possibilidades de interagir criativamente com o mundo sem destruir e ser destruído.

O trabalho com adictos geralmente é frustrante do ponto de vista de continuidade e acompanhamento, além do abandono a recaída também possui taxas altas, mas talvez seja por isso que é estimulante. Ao lidar com pacientes adictos, é importante para o terapeuta estar

“focado”, motivado, sem expectativa de progresso rápido. Temos que buscar oferecer feedback, educação, técnicas que possam auxiliar o paciente na resolução de problemas, sabendo que não temos alcance para resolver as crises vividas por eles. Podemos manter a empatia e apoiá-lo na busca pela solução.

Observamos que desde a inserção desta intervenção foi marcante a mudança comportamental no grupo, assim como na cultura de discussão dos temas relativos a moral e a ética. Estes são hoje conceitos incorporados no tratamento. Assim como a trajetória judicial/ilegal dos pacientes como parte do contexto de tratamento. Foi possível evidenciar a importância do trabalho com a temática proposta, pelo significado que exprime aos pacientes.

Temos como proposta continuar o trabalho de montagem do jogo de e acreditamos se possível disseminação do jogo como elemento facilitador para reflexão ética e moral em situações semelhante de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (NIDA), N. I. ON D. A. **Strategic Plan | National Institute on Drug Abuse (NIDA)**. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/about-nida/organization/divisions/division-basic-neuroscience-behavioral-research-dbnbr/strategic-plan>>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- (WHO), W. H. O. **Confronting the tobacco epidemic in an era of trade liberalization**. Geneva (CH): WHO, 2010.
- APA, A. P. A. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5.ed.: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 992
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. São Paulo: Edipro, 2007. p. 319
- BALLIET, D.; VAN LANGE, P. A. M. Trust, conflict, and cooperation: a meta-analysis. **Psychological bulletin**, v. 139, n. 5, p. 1090–112, set. 2013.
- BARRETT, M. S. et al. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 45, n. 2, p. 247–267, 2008.
- BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos**. [s.l.] Artmed, 2008.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Editora Roca, 2004.
- BRANDÃO, A. R. P. A POSTURA DO POSITIVISMO COM RELAÇÃO ÀS CIÊNCIAS HUMANAS. **Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia**, v. 3, n. 6, 2011.
- CAMERON, S. M.; CINTRON-ARIAS, A. Prisoner's dilemma on real social networks: revisited. **Mathematical biosciences and engineering** □: **MBE**, v. 10, n. 5-6, p. 1381–98, 2013.
- CANDAU, V. M.; SACAVINO, S. B.; MARANDINO, M. **Oficinas pedagógicas de direitos humanos**. 2^a. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 125
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil □: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID - □: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- COLOM, F. et al. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 61, n. 8, p. 549–55, ago. 2000.
- COLOM, F. et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. **Bipolar disorders**, v. 6, n. 4, p. 294–8, ago. 2004.

- COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 47–50, out. 2004.
- DURKHEIM, É. **As Regras do Método Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2007. p. 165
- DURKHEIM, É. **A Educação moral**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 270
- EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 342
- EISENBERG, N. **Altruistic emotion, cognition, and behavior**. [s.l.] Lawrence Erlbaum Associates, 1986. p. 256
- FERES JR., J. Contribuição a uma tipologia das formas de desrespeito: para além do modelo hegeliano-republicano. **Dados**, v. 45, n. 4, 2002.
- FERREIRA, A. B. DE H.; ANJOS, M. DOS; FERREIRA, M. B. **Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999. p. 2128
- FLECK, M. P. DA A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446–455, ago. 2003.
- GIDDENS, A. **A Constituição da Sociedade**. 3^o. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- GIDDENS, A. **Sociologia**. 3^o. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GOLDIM, J. R. **Bioética Potter 1988**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/bioet88.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- GOLDIM, J. R. **Ética: definições**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/etica.htm>>.
- GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Rev HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86–92, 2006.
- GOLDIM, J. R. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 1, p. 58–63, 2009.
- HOFFMAN, M. L. Is altruism part of human nature? **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 40, n. 1, p. 121–137, 1981.
- HOFFMAN, M. L. The contribution of empathy to justice and moral judgment. In: EISENBERG, N.; STRAYER, J. (Eds.). **Empathy and its development**. New York: Cambridge University Press, 1987. p. 47–80.
- HOFFMAN, M. L. **Empathy and moral development: Implications for caring and justice**. New York: Cambridge University Press, 2000.

HONNETH, A. Integrity and Disrespect: Principles of a Conception of Morality Based on the Theory of Recognition. **Political Theory**, v. 20, n. 2, p. 187–201, 1 maio 1992.

HONNETH, A. **Luta pelo reconhecimento: para uma gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed. 70, 2011. p. 286

HONNETH, A. O eu no nós: reconhecimento como força motriz de grupos. **Sociologias**, v. 15, n. 33, p. 56–80, ago. 2013.

INPAD; DROGAS, I. N. DE C. E T. PARA P. P. DO Á. E OUTRAS. II **LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL DE DROGAS (Resultados Parciais)**. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/resultados/violencia-contracrianca-ou-adolescente/resultados-parciais>>.

KANT, I. **Resposta a pergunta: Que é esclarecimento?** 3^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997. p. 1169

KAUFMANN, V. G. et al. Alcohol consumption and partner violence among women entering substance use disorder treatment. **Psychology of addictive behaviors □: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors**, v. 28, n. 2, p. 313–21, jun. 2014.

KIRSCHBAUM, C.; IWAI, T. Teoria dos jogos e microsociologia: avenidas de colaboração. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 1, p. 138–157, fev. 2011.

KOLLER, S. Violência doméstica: uma visão ecológica. In: AMENCAR, A. (Ed.). **Violência doméstica**. Brasília: Unicef, 1999. p. 32–42.

KRUEGER, R. A. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. [s.l.] SAGE Publications, 2009. p. 219

KUSNETZOFF, R. **As áreas do saber**. São Paulo: Cortez Editora, 1982.

LEITE, M. DA C.; ANDRADE, A. G. DE. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 317

LINHARES, E. H. P. DA C. M. et al. IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, 2AD.

MAKOW, H. **Jogo Sem Censura: uma questão de princípios**. São Paulo: Manufatura de Brinquedos Estrela S.A., 1987.

MARLATT, A.; DONOVAN, G. **Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 358

MELO, D. G. Psicoterapias de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; R., L. (Eds.). **Aconselhamento em dependência Química**. São Paulo: Editora Roca, 2004.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, jan. 1998.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Eds.). **Impacto da violência na saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, dez. 2008.

MOORE, G. E. **Princípios éticos**. São Paulo: Abril Cultural, 1975.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. [s.l.] Editora Cultrix, 1978. p. 496

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. [s.l.] Bertrand Brasil, 2005. p. 128

NETO, A. C. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. [s.l.] EDIPUCRS, 2003. p. 944

ONYEKA, I. N. et al. Coexisting social conditions and health problems among clients seeking treatment for illicit drug use in Finland: the HUUTI study. **BMC public health**, v. 13, p. 380, jan. 2013.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE). **Salud y Violencia: Plan de Acción Regional**. Washington: OPAS, 1994.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Abordagem Familiar em dependência química. In: IGLIE, N. B.; BORDIN, S.; R., L. (Eds.). **Aconselhamento em dependência Química**. São Paulo: Editora Roca, 2004.

PERES, R. S. et al. Compartilhar para conviver: relato de uma intervenção baseada em grupos de encontro para abordagem de estressores ocupacionais. **Revista da SPAGESP**, v. 12, p. 14–21, 2011.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Grupo Editorial Summus, 1994. p. 302

PIAGET, Jean. **O equilíbrio das estruturas cognitivas**. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

POTTER, V. R. **Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy**. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.

RAMOS, S. DE P.; BERTOLOTE, J. M. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 240

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria - 1ed**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

RANGÉ, B. P.; MARLATT, G. A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, p. s88–s95, out. 2008.

RATTO, L.; CORDEIRO, D. Principais comorbidades Psiquiátricas na Dependência Química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Eds.). **Aconselhamento em dependência Química**. São Paulo: Editora Roca, 2004.

SANCHEZ, Z. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas**. [s.l.] Universidade Federal de São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z. V. DER M.; OLIVEIRA, L. G. DE; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43–55, 2004.

SANCHEZ-VIDAL, A. **Psicologia comunitária: bases conceptuales y organizativas de métodos de intervención**. Barcelona: PPU, 1991.

SANTOS, M. A. DOS. **Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas** SMAD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, 1 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38649>>. Acesso em: 22 jul. 2014

SAUDE, O. M. DA. **CID-10 - CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS: E DE COMPORTAMENTO**. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 352

SAÚDE., O. M. DA. Informe mundial sobre a violência e a saúde. . 2002.

SMALDINO, P. E.; LUBELL, M. An institutional mechanism for assortment in an ecology of games. **PloS one**, v. 6, n. 8, p. e23019, jan. 2011.

SMALDINO, P. E.; LUBELL, M. Institutions and cooperation in an ecology of games. **Artificial life**, v. 20, n. 2, p. 207–21, jan. 2014.

SMALDINO, P. E.; SCHANK, J. C. Movement patterns, social dynamics, and the evolution of cooperation. **Theoretical Population Biology**, v. 82, n. 1, p. 48–58, ago. 2012.

SMALL, W. et al. Injection drug users' involvement in drug dealing in the downtown eastside of Vancouver: social organization and systemic violence. **The International journal on drug policy**, v. 24, n. 5, p. 479–87, set. 2013.

SOBELL, M. B.; SOBELL, L. C. **Teoria de grupo para Transtornos por abuso de substâncias**. Porto Alegre: ARTMED, 2013. p. 280

SPADINI, L. S.; MELLO E SOUZA, M. C. B. DE. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 1, p. 132–138, abr. 2006.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 288

TAVARES, G. P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. DE. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 1, p. 89–95, 2012.

TEIXEIRA, C. M. F.; AMARAL, G. F. Mudando paradigmas na formação médica. **Revista Brasileira de Transdisciplinariedade**, v. 1, 2002.

TUGENDHAT, E. **O problema da Moral**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

VIGNOCHI, C. et al. Considerações sobre Aprendizagem Baseada em Problemas na Educação em Saúde. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v. 29, n. 1, p. 45–50, 2009.

VINOGRADOV, S.; YALON, I. D. **Manual de Psicoterapia de Grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VOLKOW, N. D. et al. Adverse health effects of marijuana use. **The New England journal of medicine**, v. 370, n. 23, p. 2219–27, 5 jun. 2014.

WILLIAMS, A. V.; MEYER, E.; PECHANSKY, F. Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 4, p. 407–413, dez. 2007.

WU, E. et al. The Association Between Substance Use and Intimate Partner Violence Within Black Male Same-Sex Relationships. **Journal of interpersonal violence**, 11 jun. 2014.

YALOM, I. D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. [s.l.] Artmed, 2006. p. 528

YUNES, J.; ZUBAREW, T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 2, n. 3, dez. 1999.

ZALESKI, M. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 2, p. 142–148, jun. 2006.

ZILLES, U. **O que é Ética?** Porto Alegre: Edições EST; Série Pensar, 2006.

APÊNDICES

APENDICE I: GRUPO DE CARTAS PARA UTILIZAÇÃO NO JOGO TERAPÊUTICO

Jogo terapêutico

Grupo de Cartas: Situações de Avaliação Moral Relatório completo

Categorias Morais:

1. Respeito / desrespeito

<p>Eu penso que... Amor ao próximo e amizade sincera é importante por ser o princípio básico das relações [entre nós].</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... Solidariedade é o mais importante, porque da mesma forma que estamos tendo ajuda aqui dentro as pessoas lá fora também precisam de ajuda. Mas nem todas aceitam ajuda.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... privacidade [ao espaço do outro] alheia é fundamental.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu penso que... Devemos ter respeito nas relações. Devemos respeitar para ser respeitado.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... respeito é indispensável, desde que não subestime seu próximo.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... respeito é necessário, mas honestidade é difícil de exercer, ser honesto é ser decente. Honestidade é uma palavra forte eu não pego dinheiro dos outros e não quero que peguem de mim.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu penso que... respeito é básico senão vira bagunça o ambiente. O Eu penso que... respeito é importante porque mantém o equilíbrio e a tolerância mutua.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... não desrespeitaria alguém ou brigaria estando sóbrio. Tem que ter respeito ao limite dos outros, paciência. O pavio é curto no adicto, por isso, quando estamos no uso não conseguimos conviver com as outras pessoas.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... respeito é aceitar o outro do jeito que ele é.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu penso que... demonstrar amizade sincera é importante. Onde não há amizade não há lealdade. Lealdade pra mim é a qualidade de quem é leal, ou seja, sincero, franco e honesto.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... assédio sexual um comportamento inaceitável não assediaria alguém e não aceito este tipo de coisa comigo.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu penso que... sinceridade, justiça e respeito são os pilares de um grupo.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu penso que... ter amigos e respeitar os outros é uma questão de sobrevivência.</p>	<p>Eu penso que... confiança é algo conquistado com respeito.</p>	<p>Eu penso que... é importante retomar o respeito na vida, eu, por exemplo, perdi o respeito</p>

<p>Ninguém vive sozinho, precisamos de apoio.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Defenda essa idéia!</p>	<p>com as mulheres, vivi situações em que agredi minha mulher. Sei tudo que eu fiz, é ruim não esquecer.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Ocorreu que... eu apostei muito dinheiro com um amigo e perdi. Meu amigo não me cobrou e parece que esqueceu da aposta, embora os outros estejam falando comigo sobre isto. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... A vizinha do apartamento em frente ao meu passa pela janela sem roupa, todos os dias a gente vê tudo. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... meus amigos convidaram a mim e minha mulher para assistir um DVD a tarde. No entanto, era um filme pornográfico com cenas de sexo explícito.</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorre que... eu atropeliei um cachorro a noite. A via era movimentada. Eu pensei em parar o carro e providenciar ajuda, mas pensei se valia a pena o risco. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... meu carro estava com falhas mecânicas e apareceu um comprador inesperado. Eu pensei em avisar dos problemas do carro mas tive medo que esse esclarecimento iria dissuadi-lo da compra. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... uma criança da vizinhança veio me visitar e encontrou no meu pátio uma quantia em dinheiro que não era meu e nem da minha família. Eu pensei em pegar esse dinheiro da mão da criança. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorre que... meu filho foi até a mercearia. Quando ele voltou, eu percebi que o caixa deu o troco errado a mais. Eu pensei em devolver porque conheço o funcionário. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... num dia frio, eu encontrei um morador de rua bêbado caído perto da minha casa. Não havia ninguém por perto. Eu não conhecia aquela pessoa. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... eu estava chegando no estacionamento de um supermercado e ouvi uma mulher gritando. Não vi ninguém por perto apenas ouvi os gritos. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorre que... eu estava em uma loja comprando roupas. Sem querer eu derramei café e manchei uma das peças com dentro do provador. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que... minha mulher me contou que no passado quando éramos namorados teve um caso com outra pessoa. Eu era colega de escola dessa pessoa na época do fato. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorre que.. eu estava esperando um amigo há 1 hora após o horário marcado. Já estava com raiva. Finalmente meu amigo chegou e contou uma história que não parecia ser verdade. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorre que... um amigo meu está vivendo uma forte depressão. Por isso está se comportando de forma desagradável. As pessoas o tem evitado, pois inclusive a higiene está ruim. Então...</p>	<p>Ocorreu que ...antes do divórcio eu trabalhava com a minha ex- mulher. Minha ex-esposa ganhou muito dinheiro com vendas e com sua comissão comprou imóveis os quais colocou em seu nome. Com a minha renda comprei carro e preferi gastar em outras coisas. Agora ela não quer dividir seu patrimônio na separação. Então...</p>	<p>Ocorre que ... um amigo me convidou para jogar cartas e apostar, mas ele pagou a minha aposta. Eu ganhei muito dinheiro. Então...</p>

<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

2. Religião / espiritualidade

<p>Eu acredito que... minha religião não permite usar arma de fogo por isso não me envolveria em atividades criminosas.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acredito que... minha religião não autoriza ilegalidade, por isso já me ofereceram e eu não aceitei.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acredito que... não mataria ou cometeria suicídio porque obedeço às regras de Deus. Não quero enfrentar a fúria de Deus.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu acredito que... não mataria outra pessoa porque em minha opinião eu posso escapar da polícia, mas não das leis de Deus. Cometer um crime leva a um problema jurídico, embora a pena que eu mais temo é a espiritual.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acredito que... Não posso desobedecer a Deus porque foi Deus que me deu a vida. Sou contra suicídio porque é errado aos olhos de Deus.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acredito que... Não me envolveria em coisas ilícitas porque tenho religião e Deus vê tudo o que os homens fazem.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Ocorreu que.. eu estava em uma festa e uma pessoa da minha igreja me conta coisas imorais em relação a pessoas da igreja e diz que está pensando em abandonar o culto religioso por discordar das pessoas que frequentam. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... o padre católico da igreja que eu frequento diz que está descontente com as regras do vaticano. Em conversa privada ele me orienta a trocar de religião. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... uma pessoa da minha igreja diz que não aceita dependentes químicos na igreja e pede pra que se eu souber de alguém com esse problema que eu denuncie. Diz que acredita em mim para essa missão. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorreu que... uma pessoa me oferece um trabalho ilícito e diz que eu não preciso me preocupar porque Deus está do nosso lado, já que o assalto seria em uma empresa muito rica. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... eu estava faminto, tinha pouco dinheiro. Rezei a Deus para conseguir encontrar algo no valor que pudesse comprar e minutos depois achei 5 reais no chão. Comprei o que comer ao sair da mercearia um morador de rua me abordou pedindo o que eu tinha na mão. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... no estacionamento do supermercado dei uma batidinha em um carro. Quando fui olhar a batida percebi que o carro era da Mãe de Santo do meu bairro. Muitas vezes consultei com ela. Mas não tenho seguro e dinheiro para o conserto. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>

3. Legalidade/ilegalidade

<p>Eu admito que... Não cometeria homicídio porque tenho medo da ação penal, não quero ficar preso. Estar na</p>	<p>Eu admito que... Fui pego pela polícia uma vez, e fiquei preso por um dia. É horrível a cadeia, mas dá pra sobreviver.</p>	<p>Eu admito que... Nunca precisei trabalhar eu peço para os outros. Eu fico perto de uma parada de ônibus faço cara de</p>
--	---	---

prisão deve ser muito ruim.		carente daí ganho de 30 a 35 reais por dia.
<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>
Eu admito que... Se pudesse trabalharia como garçom em casa de prostituição. O dinheiro é bom, a gente vê guria todos os dias.	Eu admito que... Planejo driblar a médica do INSS para poder arrastar um pouco mais o meu benefício, não posso trabalhar ainda mesmo que ela queira que eu volte.	Eu admito que... Já trabalhei em empresas grandes, no momento não quero trabalhar. Tenho tudo, não preciso de nada, se eu quiser meu pai faz ranchão e me dá tudo. O dia que o velho não puder me dar eu roubo.
<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>
Eu admito que... Mataria um cara. O cara que se juntou com a minha ex-mulher. Esse é o meu plano. Ele sabe, já dei um pau nele e disse pra ele me esperar.	Eu admito que... Trabalharia como avião do tráfico. É seguro, tranquilo, a polícia nunca tem material pra te pegar, qualquer coisa tu é só mais um usuário, é descriminalizado. Anda com pouco que não dá nada e ainda a gente ganha bem.	Eu admito que... Não agüento mais essa vida é sempre muito rolo. Fui avião do tráfico um tempo, mas é sempre muita expiação.
<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>
Eu admito que... Trabalharia para o tráfico pela facilidade de adquirir dinheiro. Só por um tempo depois caio fora. Sô amigo de gente que pode me dar emprego. Não tenho medo de ser preso. Tenho bons advogados se precisar. Não trabalho pra chinelão.	Eu admito que... Não trabalharia mais para o tráfico. A gente sabe que ganha dinheiro por um tempo, depois que tu entra não consegue sair. No início és só pra te equilibrar depois tu nem tua família conseguem mais viver sem aquele dinheiro porque outro serviço não te dá aquele salário.	Eu admito que... Não mataria uma pessoa. Acho que é o fim isso te muda pra sempre. Sei de gente que cometeu homicídio e não tem volta. Talvez se minha filha tivesse em perigo, mas não sei só estando na situação pra saber.
<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>
Eu admito que... Pretendo fazer contrabando de mercadorias, porque dá dinheiro rápido e é isso que eu preciso. Trabalho de camelô e tenho que me garantir.	Eu admito que... Quero trabalhar com caça-níquel porque dá dinheiro fácil e não dá cadeia. A polícia leva umas máquinas e a gente consegue outras bem rápido.	Eu admito que... Não cometeria crime nenhum porque venho de uma família de pedintes. Meu pai ensinava que se a gente roubasse ou fizesse algo errado às pessoas não nos ajudariam mais. É uma questão de sobrevivência, queres ajuda tens que ajudar e não detonar com tudo.
<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>	<i>Defenda essa idéia!</i>
Eu admito que... Assaltaria uma relojoaria ou um banco, o problema é ter infra-estrutura pra isso. Este é o tipo de crime	Eu admito que... Não me envolveria em nada ilegal porque to velho e quero uma vida tranqüila. Talvez se fosse	Eu admito que... Não mataria ninguém nem cometeria suicídio porque não sou louco. Acho que pra fazer isso o cara

<p>que a gente só comete uma vez e fica atirado pra traz. Às vezes não vale à pena é muita gente envolvida. Tem que avaliar se vale o risco. Esse crime não dá pra repetir. Os caras que foram pegos se misturaram com reincidentes daí sempre tem polícia na cola.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>mais novo faria um pé de meia. Mas não sei descrever o que faria. Nunca me meti com crime porque tenho medo de me meter em rolo e piorar o que já é ruim.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>tem que ser meio atrapalhado.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu admito que... Não me envolveria com coisas ilícitas tenho noção do que é bom pra comunidade. Pra mim é claro que envolver-se em crime é uma questão de caráter.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Não me envolveria em coisas ilegais porque é contra os meus princípios. Acho que a paz que eu tenho não tem preço. Tenho medo da justiça, de ser assassinado, e das conseqüências destes atos na minha vida.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Faço cadeira de palha e vendo sem autorização, essa coisa de mercado ilegal. Sou ambulante ilegal. Mas não vou largar meu trabalho porque é o que sei fazer.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu admito que... Recebi uma educação severa, minha família era honesta. O princípio sempre foi à honestidade. Eu sei que fiz coisa ilegal quando gerenciei um prostíbulo, mas vender bebida não é crime e eu não tirava comissão em cima das gurias.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Já estive em conflito com a lei. Agredi várias pessoas e fiz coisas que não posso contar. Eu não gostaria de voltar a fazer isso. Porque é muito problema e a gente fica marcado. Esse papel de “o cara valentão” que bateu que quebrou e matou alguém não é real. A gente fica sempre em dívida com alguém. É legal só em filme de faroeste.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Acho que ser honesto é uma virtude ou é produto do caráter. O que eu faço de ilegal é comprar droga ilícita para usar. Quando a gente conhece pessoas que fazem coisas ilegais a gente acaba recebendo propostas para trabalho ilegal, mas eu nunca aceitei. Usar droga é uma ferida moral pra mim.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu admito que... acho que num tratamento para uso de drogas todos tem problema com a justiça. Não tem como fugir disso. Aqui todos estão cheios de problemas desse tipo.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Faria contrabando de cigarros e bebida para menor de idade. O proibido é que dá dinheiro. Se liberarem pros adultos a gente tem que olhar pra brecha, pra onde dá lucro. No futuro o lance vai ser os menores.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Faria tele-entrega de droga já fiz isso. É uma função neutra. Dá o mesmo que o tráfico, mas a gente corre menos risco principalmente se estiver usando marca de alguma empresa.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu admito que... Venderia bebida na praia. Faria lucro em cima de comerciante.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Recolheria dinheiro do jogo do bixo. Isso dá dinheiro rápido e vale à pena porque dá a possibilidade de fazer esquema de agiotagem.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu admito que... Faria receptação de carro roubado e venda de peças. Já fiz isso e trabalhei muito tempo em desmanches é um bom dinheiro.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu admito que... Envolveria-me</p>	<p>Eu admito que... Venderia</p>	<p>Eu admito que... Adulteraria</p>

<p>em jogos ilegais como jogo do osso e briga de galo de rinha. Isso é bom. E se te pegam não é muita coisa. As vezes é só multa.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>produtos piratas. Tenho loja e não posso depender só das coisas legais porque são caras e ninguém onde eu moro pode comprar. Pra andar bem e ostentar tem que ser pirata. Ninguém gosta de parecer pobretão.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>produtos vencidos. Já fiz isso trocava vencidos por dentro da validade. Levava os produtos bons pra casa e revendia. Dá um bom dinheiro também. Comida sai rápido.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu admito que... Já roubei muito em supermercado e penso que não tem problema. Não acho que isso é recriminável porque o dono não precisa do que eu roubo, ele tem mais que eu.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu admito que... Roubaria uma loja. Eu era especialista em roubar loja de roupa saía com sacolas de roupa. Sempre que a gente roubava uma loja é porque tinha um amigo lá ou a nossa "mina" facilitava o roubo.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu admito que... Nunca furtaria uma loja ou coisa parecida. Penso que isso poderia acarretar prejuízo para quem trabalha lá, além disso, acho que a pessoa que montou a loja trabalhou pra isso também. Não aceito ninguém tirar o que é meu então não tiro de ninguém também. Eu é que preciso correr atrás e conquistar.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu admito que... Não roubaria ou faria mal para alguém pelo simples fato de não querer que ninguém faça isso comigo.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu admito que... Não convidaria ninguém para cometer crime comigo. O que eu faço, eu faço sozinho. Acho que isso é ética.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu admito que... Venderia CD e DVD pirata porque isso todo mundo faz até a polícia compra. Não dá nada.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu admito que... Não faria nada ilegal. Já fiz e nunca ganhei dinheiro o suficiente. A gente está sempre na pobreza, esse negócio de dinheiro fácil é bom, mas é por pouco tempo. Depois tu fica na pindaíba de novo. E usando tudo em droga a gente não aproveita o dinheiro é tudo pra droga a família vive na miséria.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu admito que... Trabalho mesmo estando encostado pelo INSS porque o dinheiro que eu ganho do benefício é muito pouco. Trabalho de qualquer coisa. Faço bicos, depois dou um olé no médico do INSS pra complementar a renda.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu admito que... Acho que se não tiver uma boa oportunidade vou voltar a traficar. Já estou velho. Na minha idade já não dá para fazer tudo.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Ocorreu que... Seu filho adolescente compra de um amigo um aparelho de som roubado. O aparelho é de excelente qualidade, novo e foi um valor muito baixo.</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que...você foi a uma grande loja de brinquedos e, ao chegar em casa, descobre que seu filho pegou um pequeno brinquedo.</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que...você viu alguém roubando em um supermercado. A pessoa não lhe viu.</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorreu que... depois que a festa acabou na sua casa, você achou uma nota de cem reais na poltrona em que o seu</p>	<p>Ocorreu que... Você descobre que seu amigo só conseguiu a vaga de trabalho ao qual vocês dois concorriam porque</p>	<p>Ocorreu que...eu fui visitar um amigo que trabalha numa casa muito luxuosa, sem querer eu quebro um vaso caríssimo.</p>

cunhado estava sentado.	apresentou referências falsas.	Então...
<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>
Ocorreu que... eu estava armado em um baile funk e um cara entra fugindo da polícia com um produto roubado. Sai dali e o cara me pegou do braço. Pensei de devia dar um tiro ou não. Então...	Ocorreu que... minha mulher soube que estava grávida e me revelou que não tinha certeza se o filho era meu. Eu a ameacei e ela me denunciou. Agora que a criança nasceu eu sei que quero vê-lo. Então...	Ocorreu que... uma pessoa roubou uma máquina fotográfica semi-profissional da minha vizinha e ela revelou que não daria parte na polícia porque tem outra máquina muito boa. No mesmo dia achei a máquina tirada no meu pátio. Então...
<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>
Ocorreu que...eu recebi por engano um dinheiro em minha conta bancária. Um cara pra quem eu trabalhei me diz que depositou pro cara errado e que tem que fazer novamente a transação bancária. Eu precisava muito do dinheiro. Então...	Ocorreu que... eu comprei um carro de um amigo e ele me disse que era receptação depois de alguns dias. O carro era bom e foi muito barato. Então...	Ocorreu que... eu desconfio que o meu vizinho está batendo com violência no seu filho pequeno e em sua mulher. Já tentei conversar, mas ele não quis ouvir. Então...
<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>
Ocorreu que... eu fui almoçar com minha esposa em um restaurante caro e o garçom não marcou exatamente o que a gente consumiu. Então...	Ocorreu que... eu me machuquei levemente em um acidente de trânsito. Um advogado amigo meu disse que consegue uma boa indenização de DPVAT se eu for à audiência fingindo um pouco. Então...	Ocorreu que... eu descobri que minha esposa é bissexual e que está tendo um relacionamento com a irmã de um amigo meu. Então...
<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>
Ocorreu que...eu fui comprar uma calça e o lojista registrou um valor inferior ao da etiqueta. Então...	Ocorreu que... achei uma carteira com dinheiro, tinha 300 reais. Fui ao endereço do cartão profissional que estava na carteira e percebi que o morador era abastado. Então...	Ocorreu que... eu fui ameaçado fisicamente por um cara, se eu denunciar ele diz que vai me matar. Então...
<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>
Ocorreu que...eu fui ficar na casa de um amigo meu e achei no pátio um relógio muito valioso. Perguntei de quem era as pessoas riram e disseram que só podia ser meu porque não era de nenhum morador. Então...	Ocorreu que... abriu uma instituição para abrigar pessoas com problemas mentais na minha rua. Os moradores fizeram um abaixo assinado contra a instituição porque parece que ela é ilegal. Então...	Ocorreu que...meu irmão estava vendendo a casa e arrumei um comprador disposto a pagar a mais do que ele estava requerendo. Pensei em pegar a diferença como comissão pelo negócio. Se falasse para o meu irmão iria ter que passar o dinheiro pra ele. Então...
<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>	<i>O que você faz e por quê?</i>

<p>Ocorreu que...a família de uma vítima de assassinato foi entrevistada na esquina da minha casa e pede calorosamente que quem souber de qualquer coisa denuncie. Eu sei quem é o assassino. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... sua irmã queria ter um filho e ficou grávida de um amigo meu após um relacionamento ocasional mas ela não quer que ele saiba que o filho é dele. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que...eu estava dirigindo e um motorista desesperado fez sinal pra eu parar na estrada. Eram 20hs e havia pouco movimento na via. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... eu estava numa parada de ônibus e um cara me ofereceu um celular novinho e moderno por R\$ 30,00. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... eu amigo me ofereceu um taxi pra eu trabalhar, mas eu teria que fingir que não sei que rola trafico de drogas nos locais por onde vou circular. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... um amigo meu me convida para executar uma idéia que se der certo vai render uma fortuna mas é ilegal. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... o dono da casa que eu alugo recomendou para fazer a reforma do banheiro um cara que eu conheço que é ex-presidiário. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... um político que eu não gosto me ofereceu um emprego com salário bom caso eu vote nele. Teria que fazer certa campanha falando bem dele na vizinhança. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que...eu fiquei desempregado por seis meses e um amigo do meu irmão me ofereceu um trabalho em uma fábrica de armas que não parecia legalizada. Eu teria que testá-las. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... eu fui almoçar após uma reunião de trabalho e o garçom deixou a nota da empresa em branco o que me deu a possibilidade de colocar qualquer valor a ser cobrado da empresa. Sei que meus colegas superfaturam notas as vezes para tirar um extra. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... eu fui trabalhar numa empreiteira e conheci o chefe e sua esposa em uma reunião de fim de ano. Eu reconheci a mulher com quem tive um caso num passado recente. Ela tinha dito que era casada. Pensei em cobrar dela o meu segredo. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que...eu estava em uma loja, na seção de cristais, esbarrei em um prato caiu e quebrou. O gerente não viu. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que...eu estava procurando um relógio. Um vendedor ambulante viu o que eu procurava e me mostra um relógio original por um valor muito baixo. Sei que é receptação. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... eu fiz um empréstimo no banco, mudei de endereço e o banco não conseguia mais me encontrar. Um amigo me aconselhou a esperar expirar a dívida. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... eu trabalhava em uma construtora que estava fazendo um serviço perigoso e de segunda. Um amigo pede pra visitar as casas que estão sendo construídas porque tem a intenção de comprar uma. Cada casa vendida gera uma boa comissão para os funcionários. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>

Categorias relacionais com o uso de SPA - Jogo:

1. Lugares – cenários de uso

<p>Eu considero que... É fácil tomar medicações na internação. Mas em casa não tomo os medicamentos.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu considero que... Ficar fechado é difícil, mesmo que seja para tratamento. Não suporto a idéia de ficar preso ou perder a minha liberdade. Dizem que a adição é uma prisão, mas quando a gente está usando não percebemos que estamos presos. Estando sóbria a percepção de prisão aflora.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu considero que... Ter que obedecer às normas de uma instituição não é algo difícil. Dentro de uma internação ter regras é esperado.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Ocorreu que... eu estava na esquina do mercadinho do bairro, evito de entrar porque tem muito trago, esperava minha mulher que foi comprar e chegou um cara conhecido meu e me fez a proposta de me dar droga a credito se eu quiser. Chamou-me de amigo e disse que não tem problema. Sempre que eu quiser estará disponível. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... fui visitar minha irmã e meu cunhado estava em casa. Ele é usuário de drogas e traficante pequeno, mas me fez uma proposta para dividirmos o custo de uma quantidade expressiva de substâncias, além de poder usar iríamos vender e ganhar um bom dinheiro. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... meu patrão me chamou para uma conversa no escritório e disse que sabe que estão desaparecendo materiais da obra. Disse que confiava em mim, me ofereceu um aumento salarial, e o cargo de mestre de obras, para ficar de olho e revelar o que andava ocorrendo. Eu sabia o que estava acontecendo e sabia quem roubava. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>

2. Sentimentos – propulsores do uso / decorrentes do uso

<p>Eu aceito que... é preciso aprender a manejar a raiva. Violência e ameaça está em todo lugar. No tratamento eu aprendo a manejar a raiva e a tolerar os outros.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu aceito que... trabalhar em grupo é difícil. Às vezes a gente não tem habilidade com as pessoas. No começo é sempre difícil, o grupo tem um ritmo e a gente fica por fora. O melhor jeito é a troca de experiência.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu assumo que... pra mim sempre foi difícil falar em grupo. Eu só consigo ficar “espontâneo” quando estou sob o efeito de drogas ou álcool. Acho que posso falar algo inadequado então fico quieto.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>
<p>Eu assumo que... Conviver com os outros não era problema pra mim, com o tempo eu fui perdendo a habilidade de conviver de forma harmônica com os outros fui ficando mais fechado. Não consigo falar de sentimentos.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu assumo que... O difícil é enfrentar a frustração. Quando eu sou frustrado eu fico ao ponto de perder o controle. Às vezes eu perco o controle mesmo.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>	<p>Eu aceito que... Fidelidade, amor e amizade são os sentimentos que me mais mexem comigo. Não sei se consegui vivê-los, mas essa é a minha busca.</p> <p><i>Defenda essa idéia!</i></p>

<p>Eu assumo que... Fico chateado com facilidade quando não concordo com uma regra. Não concordo com o fato de não poder lavar roupa aqui.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... a raiva e a frustração são os sentimentos mais comuns na minha abstinência.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... falar em público e participar de grupos de tratamento pra mim é muito difícil, por isso abandono facilmente os tratamentos anteriores. Não consigo falar, não tenho certeza se o que eu estou falando é o correto.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu aceito que... Ficar fechado pra mim é o mais difícil. Sinto-me confinado, preso, penso muito em pedir alta.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Tenho muita saudade da família e vontade de abandonar o tratamento e que isso ocorre todos os dias. Penso muito na minha família e em quando eu usava.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... A supervisão da equipe é uma coisa terrível. Não suporto ser supervisionado.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu assumo que... A convivência é difícil e em casa é diferente os conflitos geram muita frustração.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu aceito que... É importante pôr-se no lugar do outro. Às vezes penso que as pessoas que trabalham aqui acham que porque a gente se drogou que se rale.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Falo muito nos grupos porque me sinto muito a vontade. Participar das atividades é o que tem de melhor.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu assumo que... Acho difícil não falar em uso de substâncias, a minha experiência de vida no passado está atrelada ao uso e ao mundo dos usuários. Tenho receio de fazer diferente.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Não gosto de depender dos outros e pensar que vou depender por causa do tratamento. Eu sempre me virei sozinho.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Pensar antes de fazer e pensar nas conseqüências das nossas ações é algo novo pra mim.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu assumo que... Gosto de viver em um ambiente com regras claras isso me dá segurança.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Acho ruim quando as pessoas estão falando dos problemas com a justiça. Fico nervoso porque tenho recordações do meu tempo no presídio que quero esquecer.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Acho muito constrangedor estar internado, porque a gente perde a privacidade. As pessoas da equipe entram no nosso quarto, tudo é publico.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu assumo que... Sinto-me injustiçado e sem apoio.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Acho bom estar internado porque a gente recebe tudo na mão.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu aceito que... Nasci mal, já me dei mal quando nasci então tenho que tentar melhorar.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu assumo que... Tenho satisfação de fazer o que é certo. Não gosto de injustiças.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Por achar que as pessoas nos tratam como uma ameaça tem uma hora que a gente começa a ser uma.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu assumo que... Se arrepender alivia. Não gosto de ser julgado.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu acredito que... Amor</p>	<p>Eu assumo que... Mentir me dá</p>	<p>Eu assumo que... Vergonha pra</p>

incondicional o próximo é o que faz o mundo funcionar. <i>Defenda essa idéia!</i>	raiva. Quando mentem pra mim é horrível porque me confunde a cabeça. <i>Defenda essa idéia!</i>	mim é um sentimento. Sem vergonha é alguém sem sentimento. <i>Defenda essa idéia!</i>
---	---	---

3. Rotina – organizadora da vida diária

Eu julgo que... A convivência no tratamento é ruim porque não posso usar apelidos nas pessoas. Sou muito sociável e gostaria de entrar no quarto dos outros pra conversar porque me sinto sozinho. <i>Defenda essa idéia!</i>	Eu julgo que... Manter o ambiente coletivo organizado é importante porque nos faz sentir bem. <i>Defenda essa idéia!</i>	Eu julgo que... Acho ruim não poder andar descalço porque em casa esse é o meu hábito. <i>Defenda essa idéia!</i>
---	--	---

4. Comportamento – risco de recaída / protetivos de recaída / habilidade social/conduita disruptiva/ conduta hostil/ conduta amigável

Eu acho que... Existem muitos programas sociais do governo, alguns não são para nós outros não, tem os fáceis de conseguir e os difíceis. No entanto, bolsa família é um programa que aumenta a renda, se tiver que enganar o governo eu não tô nem aí, a maioria aqui engana o governo, estão quase todos “encostados”. <i>Defenda essa idéia!</i>	Eu acho que... Não trairia outra pessoa. A infidelidade é horrível. É horrível se sentir traído. <i>Defenda essa idéia!</i>	Eu acho que... É importante ter limites na convivência com os outros. <i>Defenda essa idéia!</i>
Eu acho que... Meus problemas com regras surgiram em casa meu pai não era regrado e tinha profissão ilegal. Ele fazia coisas ilegais porque achava que tinha o direito de fazer. Dava a desculpa de existirem outras pessoas que também fazem errado e se dão bem. <i>Defenda essa idéia!</i>	Eu acho que... Não descumpriria regras na minha vida nova. <i>Defenda essa idéia!</i>	Eu acho que... Sou morador de rua. O que dizem pra eu fazer eu faço me adapto bem. <i>Defenda essa idéia!</i>
Eu acho que... Tenho um jeito folgado com as pessoas, tenho dificuldade de ver o limite com	Eu acho que... Sempre fui infantil, antes da droga. Eu faço e penso depois.	Eu acho que... Não concordo com algumas regras. Todo mundo aqui faz um esforço pra

o outro e não consigo saber se estou me excedendo. Defenda essa idéia!	Defenda essa idéia!	manter a hotelaria cinco estrelas. Defenda essa idéia!
Eu acho que... Disciplina é algo fácil de manter na vida. Defenda essa idéia!	Eu acho que... Gosto de viver sem regras. Não acho necessário obedecer à coisa nenhuma. Se eu quero vou lá e faço. Defenda essa idéia!	Eu acho que... As regras me ajudam a dar conta dos limites. Defenda essa idéia!
Eu acho que... Esse negócio de não poder falar nos corredores aqui acho uma sacanagem. É difícil evitar os parceiros. Defenda essa idéia!	Eu acho que... O mais fácil é não emprestar as coisas. Não empresto nada nem aqui e nem nunca. Defenda essa idéia!	Eu acho que... é importante cumprir regras, mas eu tinha tudo colado na geladeira, que meu pai colocou. Eu sabia o que tinha que fazer e não fazia a gente tava sempre discutindo. Defenda essa idéia!
Eu acho que...Na vida sou um cara regrado e muito disciplinado. Defenda essa idéia!	Eu acho que...As regras e essa internação não servem pra nada, só pra dar um tempo. Não muda meu estilo de vida é pouco tempo. A vida é diferente lá na rua as regras são minhas e não da polícia e dos políticos. Defenda essa idéia!	Eu acho que...A gente precisa de estímulo positivo e as regras servem para que as pessoas possam se corrigir. Quando a pessoa está obrigada é pior daí não tem regra que segure. Defenda essa idéia!
Eu acho que...Na rua também tem regras, mas não dá pra virar escravidão, tratamento não pode tornar a vida tão difícil. Defenda essa idéia!	Eu acho que...No tratamento eu acho que a gente fica o tempo todo tentando agradar os outros para ser aceito. A gente tem que mudar e cumprir é mais fácil viver na rua e não pensar o tempo inteiro. Defenda essa idéia!	Eu acho que...O que serve pra uns não serve para os outros. Pode criar conflito no tratamento só não pode atrapalhar o tratamento do grupo. Eu acredito que dever cumprido é dever adquirido. Defenda essa idéia!
Eu acho que...É muito difícil não falar em tratamento a gente vive o tratamento ou vive usando drogas. Defenda essa idéia!	Eu acho que...Não poder lavar roupa aqui é muito difícil. Sempre que a gente muda um hábito é ruim. Defenda essa idéia!	Eu acho que...Tenho problema com autoridade não gosto de ser mandado. Defenda essa idéia!
Eu assumo que... já deixei de usar remédio pára usar drogas. Pra não tirar o efeito do remédio eu escolho a droga e paro com o remédio. Defenda essa idéia!	Eu acho que...Regra nunca é legal e certinha. Eu sei o que são regras e não é esse enquadramento aqui que vai me modificar. Defenda essa idéia!	Eu acho que...Cumprir regra é bom mas às vezes a gente dá uma esquecinha. A gente não tem intenção, mas acontece. Defenda essa idéia!
Eu acho que...A gente na ativa mente muito a si mesmo. Meu propósito de tratamento é ficar atento ao primeiro gole e	Eu assumo que... tenho planejado uma situação para consulta de renovação do benefício, vou dar "drible" no	Eu acho que...Eu não sei trabalhar fora da ilegalidade não tenho formação nenhuma e esses trabalhos que pagam

<p>não mentir para as outras pessoas.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>médico do INSS.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>pouco não dá.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu acho que...Eu vou sentir falta da convivência com as pessoas na internação a gente aqui tem a garantia de que não vai ocorrer nada de ruim. Na minha vida toda não soube me defender de situações difíceis com outras pessoas. Não sei me proteger ou não sei me relacionar ainda não sei.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acho que...Eu acho muito difícil conviver com os outros, mas eu gosto de estar com as pessoas. Sinto-me muito solitário, com os outros me distraio.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acho que...Eu acho muito difícil evitar os parceiros de uso. Como vou chegar e dizer pra um cara que conheço desde criança cai fora. É brabo não sei se vai ser possível fazer isso.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu acho que...Eu acho que o mais difícil é tolerar os outros. Eu tenho paio curto, não agüento ignorância. Quando eu fico de saco cheio de alguém eu perco o equilíbrio. Parto pra briga.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acho que...Eu me dou bem com as pessoas. Acho que fico bem no convívio com outras pessoas. Não consigo é viver sozinho. Não sei me virar sozinho muito bem. Aqui é tudo fácil, na rua não.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acho que...A convivência com os outros é muito boa. Aqui na internação e fora dela. Meu problema é a relação com as pessoas da família. Essa relação é difícil nós temos muitos atritos.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Eu acho que...A relação em família é o mais difícil. Na minha família as pessoas não têm educação. As pessoas brigam, não entendem de dependência química, não acham problema usar nem roubar.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acho que... Pra mim um bom relacionamento se faz com conversa, amizade e cumplicidade.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>	<p>Eu acho que...Pra mim se não tiver boa relação com as pessoas não dá pra esperar que as pessoas te tratem bem.</p> <p>Defenda essa idéia!</p>
<p>Ocorreu que... eu estava preenchendo uma proposta de emprego e uma das perguntas era se eu já tinha feito tratamento psiquiátrico. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... eu e meu amigo acabamos de nos formar em um curso surgiu um emprego na nossa área. É uma excelente oportunidade. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... o filho adolescente do vizinho deu uma festa muito "louca". Os pai vão me perguntar quando voltarem da viagem como foram as coisas quando estiveram fora. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorreu que... um cara tentou ser meu amigo, me convidou pra dar umas bandas e tudo mas eu não quis porque o cara era uma mala, fui até grosseiro em uma ocasião pra dispensar o cara. Agora fiquei sabendo que ele é chefe na empresa que estou tentando uma vaga. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... uma amigo me ligou dizendo que estava muito deprimido e precisava da minha ajuda. Ele pediu pra eu ir na casa dele, eram 3 da manhã e eu tinha que sair de casa pro trabalho as 7 horas. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>	<p>Ocorreu que... eu estava exausto e tinha planejado ir ao cinema para relaxar. Um casal de amigos tiveram um problema de saúde na família e pediram para eu ficar com o filho deles de 2 anos. Então...</p> <p>O que você faz e por quê?</p>
<p>Ocorreu que...um casal estava</p>	<p>Ocorreu que...a minha sogra</p>	<p>Ocorreu que... Minha mulher</p>

<p>tendo uma discussão furiosa na rua. O homem agia de forma ameaçadora. A mulher estava pedindo socorro. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>que mora comigo está tomando uns goles de trago. Só bebe quando eu não estou em casa a minha mulher nega o fato e não quer falar no assunto. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>me denunciou e o juiz estipulou medidas protetivas em que eu tenho que deixar de conviver com ela e meu filho e não posso me aproximar 500 metros dela. Gostaria muito de ver meu filho de três anos, mas meu advogado me orientou aguardar um tempo e tentar guarda. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... Após ser liberado da prisão onde fiquei por 24hs por porte de drogas fui para internação e lá me orientaram que eu deixe de frequentar determinados lugares, espaços de convivência comunitária por causa do intenso uso no meu bairro. Não aceito essa orientação então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Minha namorada (o) gosta muito mais de mim do que eu dela (e). Eu já falei pra ela (e), mas ela (e) não se importou. Eu tenho pensado em acabar com a relação porque a (o) traio muito. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Cheguei a casa dias atrás e encontrei um caderno da(o) minha (meu) namorada (o), abri e achei escrito uma declaração de amor de um colega de trabalho dela (e). Fiquei com muita raiva e para não perder o controle não falei do assunto ainda com ela (e) na hora. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... Eu trabalho em um restaurante e vi o cozinheiro deixar cair um bife no chão. Ele olhou para os lados e colocou de volta no prato. Não é a primeira vez que isso ocorre. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Ao sair de alta da internação para desintoxicação fui direto para casa, ao chegar minha mulher e filho me contaram que minha filha mais velha de 15 anos está grávida do cara que me vendia droga. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... dois grandes amigos meus tiveram uma discussão feia comigo quando decidi ir para emergência e solicitar internação. Eles não queriam que eu internasse. Minha mãe me contou que eles ficaram muito chateados de eu internar e não querem falar mais comigo. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... Eu prometi oferecer um puxadinho com três peças no quintal da minha casa como moradia temporária e gratuita para um conhecido de muitos anos. Mas uma pessoa ofereceu dinheiro para ocupar essas peças. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Um amigo me emprestou o seu carro com o tanque cheio para levar um parente no hospital, aproveitei para dar outras voltas e resolver umas coisas. O carro gasta muita gasolina e quando fui abastecer o tanque estava quase vazio. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Minha sogra está muito idosa e precisa ir morar com alguém minha mulher é a única que pode cuidá-la e quer levá-la para nossa casa. Nós não nos damos bem e ela sabe do meu problema com drogas. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... Eu sou divorciado e tenho dois filhos adolescentes 17 e 15 anos. Eles às vezes passam um tempo comigo. Tive um (a) amante que queria ficar na</p>	<p>Ocorreu que... Eu sou vendedor de planos de parques para veraneio. Certa vez um jovem quis comprar um plano que eu sabia que ele não poderia pagar pela renda</p>	<p>Ocorreu que... eu e minha mulher estamos nos divorciando, e eu acho uma injustiça ter que pagar tanto de pensão para ela (e) viver com outro. Já tentei dar um</p>

<p>minha casa fim de semana. Não sabia se seria adequado ele (a) ficar lá em casa quando meus filhos estivessem. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>que ele declarava. Fiquei na dúvida se vendia mesmo assim ou o convencia de comprar um plano menor o que acarretaria numa redução da comissão pela venda. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>jeito fora da lei para não pagar. Mas tenho medo de ser preso. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... em uma conversa com minha (meu) companheira (o) ela (e) me disse que acha que temos dar um tempo as vezes para conhecer outras pessoas. Sem acabar com a nossa relação. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Alguns amigos me deixaram guardando lugar na fila de uma boate onde iríamos passar a noite, eles foram comprar a entrada. Já se passava 45 minutos e eles não retornavam. Eu estava deixando as pessoas atrás de mim entrarem. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Meu melhor amigo me pediu emprestado uma grande soma em dinheiro. Quase o valor total que eu recebi por um trabalho que eu realizei. Ele sabia que eu tinha o valor que ele solicitava. A sua proposta foi pegar emprestado a juros e me pagar ao longo de um ano. Eu o conheço bem, mas tinha pensado em fazer outras coisas com esse valor. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... um morador de rua me pediu esmola. Eu pensei em não dar porque o conheço da rua e sei que ele utiliza o dinheiro para beber, mas o conheço a muito tempo e já morei na rua também um tempo. Fiquei na dúvida sobre como proceder. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Os meus pais e esposa viajaram e eu estou responsável por cuidar do terreno e das duas casas do pátio da família. Meus amigos sabem e querem que eu aproveite para fazer um churrasco. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... O meu vizinho está batendo na mulher. Eu o conheço e sei que ele age sob efeito de drogas porque nós já usamos juntos. Eu o conheço desde piá. Fiquei com dúvida se denunciava ou não. Às vezes tenho vontade de ligar para brigada. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p><i>Ocorreu que...</i> Um amigo me convidou para ir num churrasco. Eu conheço as pessoas que vão estar lá. Neste momento estou tentando ficar abstermio. Eu adoraria ir, porque sei que vai ser muito divertido. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Eu não estava doente fisicamente, mas fisicamente exausto emocionalmente. E estava pensando em não ir trabalhar. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Fui abastecer meu carro e o atendente do posto esqueceu-se de cobrar o filtro do óleo. Eu conheço o cara porque ele mora na minha vila. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... Há uns meses eu fiz um empréstimo bancário para usar droga. Precisei internar e fiquei 45 dias. Depois da internação fui encaminhado para uma comunidade terapêutica. Fiquei com dúvida quanto a revelar para minha família meu problema financeiro. O banco vai mandar cartas para minha</p>	<p>Ocorreu que... Um amigo de infância me disse, em segredo, que tem um filho fora do casamento, mas negou-se a dizer quem é a mãe de seu filho. Depois de um tempo descubro que este filho é meu sobrinho. Minha irmã esconde o fato da família e do meu cunhado. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... O meu filho adotivo está adolescente e quer conhecer a sua família biológica. Saí agora da minha internação e estou no inicio o tratamento para abstinência de drogas. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>

<p>casa. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>		
<p>Ocorreu que... Minha filha de 15 anos me revelou que está tendo uma vida sexualmente ativa com seu namorado. Eu nunca aprovei o relacionamento. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... na noite de natal houve um assassinato horrível no meu bairro, perto da minha casa. As pessoas do bairro se mobilizaram para denunciar a polícia o assassino eu também o conheço a muitos anos. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... um colega de internação de quem eu gosto muito me pediu para escrever uma carta para entregar a sua terapeuta já que a minha carta havia sido muito elogiada pela equipe e pelo grupo. Então ...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>
<p>Ocorreu que... Fui a um show de strip-tease com amigos da firma que eu trabalho. No dia seguinte pela manhã minha mulher perguntou onde eu fui. Conteí uma história, mas ela não acreditou e disse que quer discutir com o meu médico as minhas saídas a trabalho, justifica que tem medo de recaída. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... Gostaria de visitar minha ex-mulher de quem sinto muita saudade e rever meus filhos, com a recaída eu fiquei um mês fora de casa e mais um mês na internação sem contato com ela. Ela se negou a participar do meu tratamento. Ela já está com outro. Então...</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>	<p>Ocorreu que... eu estava em frente a minha casa quando houve um</p> <p><i>O que você faz e por quê?</i></p>

ANEXOS

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Abordagem de problemas éticos e morais por meio de um Jogo Terapêutico desenvolvido com usuários de substâncias psicoativas internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre”**.

Esta pesquisa tem como objetivo principal o desenvolvimento de um jogo terapêutico para abordagem de problemas éticos e morais que você já vivenciou em outras situações e interações. O desenvolvimento do jogo se dará a partir de intervenções de grupos.

Sua participação será por meio de **uma** entrevista e levará em torno de 10 minutos. Esta entrevista será realizada antes do ingresso no grupo, a fim de avaliar a sua percepção a respeito dos problemas éticos e morais enfrentados no seu cotidiano.

Os benefícios da participação neste estudo estão na possibilidade de auxiliar na identificação dos problemas éticos e morais mais comumente enfrentados na “vida de ativa”, enquanto usuário de substâncias, que servirão para a elaboração de um jogo que proporcione uma discussão do melhor enfrentamento destas questões, reduzindo os riscos de exposição a problemas de saúde e segurança associados ao uso de substâncias psicoativas.

Você poderá sentir algum desconforto em discutir estes aspectos durante a entrevista. Você pode solicitar a qualquer momento a interrupção da entrevista sem qualquer prejuízo ao seu tratamento.

Todos os dados pessoais serão confidenciais. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revista científica ou discutidos com profissionais da saúde de maneira coletiva, sem citar seu nome, ou qualquer outra forma que possibilite a sua identificação.

A sua participação é voluntária. Você só participará se quiser e a sua participação não implicará em qualquer tipo de remuneração. Se você decidir não participar mais em qualquer momento deste estudo, isto não lhe trará nenhum prejuízo para o seu tratamento.

Declaro que fui informado dos objetivos e de como vou participar deste estudo, de forma clara e detalhada. Todas minhas dúvidas foram respondidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Porto Alegre, _____, de 20____.

Os profissionais responsáveis pelo estudo são:

Prof. Dr. José Roberto Goldim

Alessandra Mendes Calixto

Telefone: 33596475

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (3359-7640)

ANEXO II: APROVAÇÃO DO CEP-HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130502

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

JOSE ROBERTO GOLDIM

LUCAS FRANÇA GARCIA

Título: Abordagem de problemas éticos e morais por meio de um Jogo Terapêutico desenvolvido com usuários de substâncias psicoativas internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 26 de dezembro de 2013.

Prof. Eduardo Pandolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO III: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome:

Idade:

Tempo de desintoxicação:

Número de Tratamentos Anteriores:

Problemas Legais atuais ou no passado:

Quais regras básicas de convivência você considera difícil de cumprir? Por quê?

Quais regras básicas de convivência você considera fácil de cumprir? Por quê?

De que forma você acha que as regras básicas de convivência podem interferir positivamente no seu estilo de vida?

De que forma você acha que as regras básicas de convivência podem interferir negativamente no seu estilo de vida?

O que você nunca faria contra si mesmo e contra outra pessoa?

O que você considera indispensável na convivência com outras pessoas?

Que tipo de trabalho você se envolveria mesmo que fosse ilegal? Por quê?

**ANEXO IV: REGRAS BÁSICAS DE CONVIVENCIA DA UNIDADE DE ADIÇÃO,
UNIDADE ALVARO ALVIM, HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

É PROIBIDO:
1. agredir ou ameaçar agredir;
2. assediar sexualmente outras pessoas;
3. utilizar qualquer droga ou fumar;
4. furtar, roubar ou esconder pertences ou equipamentos;
5. causar danos ao patrimônio;
6. fazer xingamentos, intimidar ou ameaçar outras pessoas;
7. entrar nos outros quartos e no posto de enfermagem ;
8. realizar trocas, doações, empréstimos, negócios ou apostas;
9. circular pela unidade descalço ou sem camisa;
10. encorajar o uso de substâncias sob qualquer forma;
11. usar o celular de forma não autorizada pela equipe;
12. usar adornos (brincos, manta, boné, anéis, correntes, piercings...);
13. chamar por apelidos não autorizados;
14. comer fora do refeitório ou armazenar alimentos no quarto;
15. lavar roupas pessoais, exceto roupas íntimas: cuecas e meias, que não deverão ser penduradas na janela;
16. apoiar os pés nas cadeiras ou assumir qualquer postura não terapêutica.
É OBRIGATÓRIO:
1. utilizar os medicamentos prescritos;
2. permitir que seus pertences sejam revistados pela equipe assistencial a qualquer momento;
3. cumprir as combinações e tarefas definidas nos grupos e com equipe;
4. participar das atividades estabelecidas;
5. cumprir os horários;
6. manter organizados a cama e os pertences pessoais;
7. discutir sobre o tratamento e alta somente com a equipe de referência;
8. manter os espaços coletivos limpos e organizados.
O PACIENTE DEVE EVITAR:
1. conversar sobre seu tratamento durante as refeições;
2. circular nos corredores nos horários das atividades;
3. agrupar-se fora das salas de convivência;
4. fornecer seu telefone pessoal ou dados pessoais para outro paciente;
5. expor seus problemas com a justiça ou problemas pessoais fora dos grupos ou dos atendimentos individuais;
6. usar palavrões ou quaisquer termos de baixo calão.

ANEXO IV: ROTEIRO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIOS

- Identificação:
- Nome
- Idade
- Naturalidade
- Nacionalidade
- Cor
- Estado civil
- Profissão
- Escolaridade
- Motivo da internação:
- Tratamentos prévios:
- Acompanhante na admissão:
- Filhos:
- Contato com filhos:
- Com quem reside: