



COLÉGIO CATARINENSE 1905-2000
“95 ANOS A SERVIÇO DA CULTURA E DA FÉ”

Rua Esteves Junior, 711
88015-530 Florianópolis, SC
Fone: 251-1500

Este artigo é uma contribuição em duas partes, na primeira das quais o autor critica o método das comunidades terapêuticas, considerando-as “uma volta ao passado pela contramão”. É uma opinião polêmica, dado o fato concreto de que essas comunidades se multiplicam e têm bom conceito. Na segunda parte do artigo, o autor descreve o que ele chama de proposta alternativa, que é o próprio espaço físico da Universidade, colocado a serviço da superação da tóxico-dependência.

A Universidade como espaço alternativo de tratamento da dependência química

Wilson Kraemer de Paula

Livre docente em Enfermagem Psiquiátrica, Professor Titular, fundador e voluntário do Serviço de Atendimento as Necessidades Psicossociais, Grupo Alternativo de Estudo dos Problemas das Drogas, Grupo de Ajuda Mútua, Albergue e Serviço de Tele Ajuda da Universidade Federal de Santa Catarina.

Desenvolverei minha contribuição em dois temas: Num 1º momento, exponho minha opinião sobre as comunidades terapêuticas, considerando-as “uma volta ao passado pela contramão”; num 2º momento, apresento “a Universidade como espaço alternativo de tratamento da dependência química”.

1. Comunidade Terapêutica: uma volta ao passado pela contramão

A inexistência de serviços oficiais em qualidade e quantidade suficientes e o custo financeiro das Clínicas Especializadas, exorbitantes para a maioria da população, fazem com que as Comunidades Terapêuticas ou “Fazendas de Recuperação” sejam o recurso de internação mais utilizado para o tratamento e recuperação de dependentes de álcool e outras drogas no Brasil.

Introduzidas no Brasil pela Igreja Católica na cidade de Campinas, São Paulo, as Comunidades Terapêuticas proliferaram desordenadamente no país sob o manto e tutela de diversos segmentos da sociedade, atendendo interesses diversos e com isto perdendo a característica original.

As Comunidades Terapêuticas como proposta de tratamento psiquiátrico foram criadas na Inglaterra por Maxwell Jones (1972), após a segunda guerra mundial, com o objetivo principal de diminuir o conflito de patentes militares na relação terapeutas-pacientes à medida que, em várias situações, os doentes eram hierarquicamente superiores aos profissionais da saúde que os assistiam. Este modelo de tratamento reconhece e promove a capacidade terapêutica do ambiente e dos próprios pacientes que, sabendo usá-las, podem desenvolver a auto-ajuda e ajuda.

As relações de trabalho estabelecidas das comunidades terapêuticas psiquiátricas são do tipo cooperativo, e o envolvimento dos pacientes é participativo à medida que eles passam a decidir, com apoio, o que para eles e para a comunidade é melhor. Assim o relacionamento é democrático e

socializador. Nas comunidades, os internos devem ser tratados pela equipe como hóspedes e, por isso, não são obrigados a desempenhar quaisquer atividades como, por exemplo, de higiene e limpeza, cozinha, trabalhos braçais e ou outras tarefas, que os indivíduos somente *devem* fazer quando cobertos por todos os direitos trabalhistas. Qualquer um, terapeuta ou paciente, antes de pensar no seu próprio bem, deve estar convicto e pensar nos outros e em como pode ajudar.

Assim, a proposta de Comunidade Terapêutica criada por Maxwell Jones (1972), e praticada pela psiquiatria, nada tem a ver com a proposta do tripé “trabalho, oração e disciplina”, divulgada por serviços de recuperação de dependentes químicos, já que as “fazendas de recuperação” agrupam e mantêm dependentes de drogas em ambientes fechados, e a grande maioria delas exigem dos internos o trabalho obrigatório e não remunerado. Além disto, as “fazendas” fazem outras discriminações, separando os doentes por gênero ou somente atendendo homens, já que são raras as “comunidades” que aceitam pacientes do sexo feminino, rejeitando portadores de doenças sexualmente transmissíveis e ou AIDS e homossexuais.

As comunidades terapêuticas para tratamento de dependentes químicos, por melhor que sejam, como os hospitais e clínicas especializadas, constituem uma anormalidade social. Isto, pelo fato de que, nesses locais fechados, recuperandos, recuperados e agentes terapêuticos formam uma população diferenciada e única, onde uns desempenham o papel do patológico e outros o de sadios.

Sob falsos pretextos, como a importância do contato com a natureza e com a terra, “ensinando” os recuperandos a ordenhar vacas, plantar alface e pedir “contribuições” nos semáforos para a manutenção das obras, as comunidades terapêuticas geralmente acabam sendo guetos de uma minoria selecionada e agrupada por problemas patológicos comuns, cada vez mais desajustadas e distantes de suas raízes culturais e da sociedade.

Em nome da recuperação, facções religiosas, políticos, comerciantes e fariseus elaboram projetos, buscam e exigem recursos a fundo perdido, tanto da sociedade civil, quanto dos governos.

Os dirigentes das comunidades, na mais das vezes leigos em saúde e muitos em recuperação, já que o tratamento é para o resto da vida, quando não dominados por suas crenças, atendem interesses pessoais egoísticos, narcisistas e idealisticamente suspeitos.

Os familiares dos doentes, geralmente os mais interessados na

internação, pouco participam do processo de recuperação. Pois o acesso às comunidades é dificultado pela localização e distância das mesmas dos centros urbanos, e pelos rígidos e inflexíveis regulamentos destas instituições. Erroneamente, nesta visão, os doentes são os réus e vilões, e as vítimas são os familiares e a sociedade. A família, que tem o direito e o dever de cumprir o seu papel de cuidador, é afastada e vista como inadequada, salvo nas horas de contribuir financeiramente e compartilhar de reuniões secretas, preconceituosas e discriminadoras, não participando da solução de problemas existenciais e situacionais de seus doentes que, sentindo-se indevidamente culpados e arrependidos, necessitam de aproximação, amor e “perdão”.

Trabalho, oração e disciplina devem ser atitudes e comportamentos relacionados às virtudes humanas, recomendados e, se possível, praticados por todas as pessoas, e não transformados em um método corretivo e educacional para um grupo particular como dependentes químicos.

1.1. Disciplina

O processo de rotulação dos dependentes químicos internados em serviços de recuperação e tratamento para o problema das drogas é inevitável, conseqüência direta da própria estrutura institucional que faz com que a sociedade os reconheça e identifique como “anormais”, principalmente por considerá-los indisciplinados e encará-los como um risco social.

As dependências químicas não são seletivas para uma determinada raça, cor, condição sócio-econômica, crença religiosa ou tipo de personalidade. A doença é pandêmica e atinge todas as categorias e classes sociais.

Assim, se determinadas pessoas apresentam problemas de caráter, anterior ao uso de drogas, acredita-se que cerca de 10% dos doentes apresentam distúrbios desta natureza fazendo uso de substâncias psicoativas. Desse modo, agravam os desvios de comportamento e, quando param de usar drogas, continuam com comportamentos sociopáticos. Como a maioria das pessoas que têm problemas de caráter devem ser também usuárias de drogas e geralmente mais resistentes aos tratamentos, porque elas têm no mínimo duas “doenças”, quais sejam, da droga e da personalidade, o observador menos avisado, que vê os dependentes internados em presídios, manicômios, reformatórios, hospitais e clínicas psiquiátricas e comunidades terapêuticas, generaliza. E conclui que todos os dependentes químicos são sociopatas e, por isto, recomendam e praticam o modelo de tratamento moral e religioso.

Porém, para a grande maioria dos dependentes químicos, os

comportamentos sociopáticos surgem na intercorrência do uso. É que, antes da doença e quando recuperados, eles são pessoas dóceis, ordeiras, confiáveis, responsáveis, trabalhadoras, disciplinadas e tementes a Deus. Conseqüentemente, não estando sob efeito das drogas, não apresentam problemas de caráter.

1.2. Laborterapia

O método de tratamento pelo trabalho, mais conhecido como Laborterapia, criado na Alemanha no século XIX e praticado nos hospitais psiquiátricos ou “Colônias”, do Brasil, durante mais de dois terços do século XX, era fundamentado na visão orgânica das doenças mentais e propunha a limpeza de impurezas do corpo pelo desgaste físico como forma de re-equilibrar o organismo e melhorar a auto-estima e a auto-imagem.

A laborterapia, retomada pelas autodenominadas “Comunidades Terapêuticas” que se destinam ao tratamento de dependentes químicos é, salvo melhor juízo, um retrocesso na assistência psiquiátrica.

A laborterapia é uma prática de tratamento inspirada originalmente no tratamento moral irreversível, que condena a humanidade pelo determinismo do “*comerás o pão com o suor de teu rosto*” (Gn 3,19).

Modernamente, o sentido da laborterapia confunde-se com a terapia ocupacional. Esta, quando mal entendida e estimulada pelo capitalismo ou socialismo selvagens, põe em prática a idéia de “mente desocupada, oficina do diabo”.

Leigos em farmacologia ou defensores radicais da laborterapia ou da terapia ocupacional, não reconhecem que algumas drogas, como alucinógenos e estimulantes, por definição, produzem estados de hiperatividade. E o trabalho, além de fortes emoções, produz um estado de estimulação bem próximo ao das drogas, porquanto mobiliza as “inas” corpóreas como a adrenalina e a endorfina, entre tantas outras. Exemplos de desinformação desta natureza, preconceituosos porque idealizam os dependentes químicos como “vagabundos” “desocupados” e “apáticos”, são freqüentemente divulgados pela imprensa como sob o título “Contato com a natureza vence a guerra contra a dependência”, ou: “As terapias ocupacionais servem para modificar uma vida que antes era sempre parada e sem estímulos e que agora passa a ter uma série de atividades”.¹

Quanto ao trabalho do paciente, Cooper (1964), expõe existir uma

fantasia no Hospital de doença mental que consiste em acreditar que “(...) se os pacientes não estiverem integralmente ocupados com as tarefas domésticas da enfermaria e com os variados projetos de terapia ocupacional, ou dando ajuda aos departamentos de manutenção do hospital, tornar-se-ão ‘pacientes crônicos’, ‘retraídos’ e ‘institucionalizados’ (...) A amarga verdade é que, se os pacientes executam submissamente todas as tarefas exigidas, acabam realmente se convertendo no que tais rótulos implicam”.

A forma mais velada e comum de praticar a laborterapia escravocrata, geralmente é a cínica e exploradora manipulação, feita inclusive por instituições particulares, quando não religiosas que, sob o pretexto terapêutico, usam a mão de obra gratuita dos internos para a realização de tarefas básicas como as de cozinha, limpeza e manutenção, livrando-se assim do ônus da contratação de pessoal para cumprimento de suas obrigações mínimas de assistência, ou seja: oferecer uma cama, comida e um ambiente limpo e higiênico, e muito menos os direitos oriundos da relação de trabalho.

O trabalho dos pacientes nas comunidades como ganho secundário, geralmente satisfaz o ego dos terapeutas ou de familiares que, pela sede do poder, desejam submeter os outros aos seus caprichos e fantasias.

Para COOPER (1964), o “fazer” somente tem sentido se for pleno de significado para a pessoa. Mesmo que sob o ponto de vista moral, o “fazer dos drogados” seja condenável, sabe-se que a pessoa que usa estimulantes apresenta hiperatividade e, portanto, sob o ponto de vista termodinâmico e de movimento, “faz” muitas coisas, algumas boas e outras más.

1.3. Oração

Todos sabemos e acreditamos que a fé move montanhas, que a oração é o remédio da alma, e que Jesus Cristo é o Salvador.

A fé e a oração, bem como os milagres, não devem ser privilégio de dependentes químicos. O que se vê com muita frequência nos serviços de recuperação são familiares desesperados que, expostos a uma enfermidade cujos recursos terapêuticos ainda são muito precários, sofrem abuso e exploração.

Na crise da doença, o enfermo e a família passam por quatro fases distintas. A primeira, a fase da negação, é conhecida de todos: o paciente e a família negam a existência e realidade da doença. Na fase da ira ou revolta, ambos, familiares e doentes, revoltam-se contra a vida e se agriem

mutuamente. Na fase da barganha, “negociam” e fazem promessas com tudo, por tudo e por todos. Na fase da aceitação, o doente e seus familiares admitem a doença e se re-equilibram.

De todas as fases, na minha opinião, a pior é a fase da barganha. Porque nesta, tanto a família quanto o doente estão tremendamente vulneráveis e sujeitos a todo tipo de exploração e manipulação. Negociam todas as possibilidades e comprometem suas vidas de todas as maneiras, inclusive espiritualmente.

Barganhando o alívio da dor e sofrimento, os pacientes e seus familiares sujeitam-se a ouvir falsos profetas e fanáticos religiosos, quando não interessados exclusivamente no benefício econômico que, sob o manto da oração, trabalho e disciplina, iludem a população com promessas de cura, cobrando, além do pecuniário, o rompimento do indivíduo com suas crenças e valores até então construídos. Pessoas que foram criadas no seio de famílias bem disciplinadas, trabalhadoras e religiosas e que, por exemplo, acreditam em Nossa Senhora e nos Santos reconhecidos pela Igreja, são proibidas de evocar seus padroeiros e, submetidas a um novo ritual de batismo em troca de um improvável milagre, são obrigadas a renegar a fé ancestral.

É obvio que, estando em um ambiente inadequado para o uso, com pessoas que no momento não usam drogas e na ausência da substância, o dependente químico terá a sensação de não ter mais problemas e, por causa do bem-estar provocado pelo alívio da dor e na paz que a oração produz, acreditará que está curado.

Ledo engano. Passado o período de internação, voltando para o ambiente original, os dependentes químicos estão sujeitos a recaídas que, quando acontecem, configuram a ilusão do milagre. Então, desprovidos de seus valores e crenças originais, entram em desespero. Veja, no artigo a seguir, uma proposta alternativa.

2. A Universidade como espaço alternativo de tratamento da dependência química

Na Universidade Federal de Santa Catarina foi criado em setembro de 1987 o Serviço de Atendimento às Necessidades Psicossociais – SANPS – com o objetivo de prestar assistência de enfermagem às necessidades psicossociais da comunidade universitária e da população em geral.

O SANPS, desde então, atende e presta assistência a pessoas em crises², segundo diversas formas de abordagem terapêutica. E é também responsável pelo funcionamento do Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool - GEPAL, Grupo Alternativo de Estudos dos Problemas das Drogas (GAEPD) e Grupo de Ajuda Mútua - GAM.

Estes grupos de estudo e de ajuda ocupam espaços físicos, didáticos e pedagógicos da Universidade Federal de Santa Catarina, definidos como ambientes terapêuticos.

As propostas do GEPAL, GAEPD e do GAM fazem parte do Programa de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Administrativamente o SANPS é um apêndice, uma extensão, do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde - CCS e Pró Reitoria de Ensino de Graduação - PREG e funciona, desde sua criação, no hall do primeiro andar do Centro de Ciências da Saúde, em uma área adaptada de aproximadamente 40 m².

2.1. Grupos de Estudos

De algum tempo sabe-se que muitas pessoas são resistentes aos tratamentos convencionais para alcoolismo e outras dependências, porque não aceitam internações clínicas ou porque rejeitam as propostas de Alcoólicos Anônimos - AA, Narcóticos Anônimos ou outras, como as chamadas comunidades terapêuticas, que se fundamentam em preceitos morais e religiosos.

O papel da Universidade é o de, reconhecendo a realidade, criar novas ideologias e procedimentos que ampliem o conhecimento e a prática. Assim, em virtude da constatação da inexistência de uma proposta e oferta de um programa de atendimento especializado para alcoolistas na Universidade Federal de Santa Catarina foi criado, em 9 de setembro de 1987, o Grupo de Estudo dos Problemas do Álcool - GEPAL e, em 1989, por iniciativa de estudantes que não tinham problemas com drogas, foi fundado o Grupo Alternativo de Estudo dos Problemas das Drogas - GAEPD.

Metodologia das Reuniões dos Grupos de Estudos

As reuniões dos Grupos de Estudos acontecem no Centro de Ciências da Saúde - CCS. O GEPAL se reúne todas as 5^{as} feiras do ano, às 16 horas na Sala de Aulas 921; e o GAEPD todas as 4^{as} feiras do ano, a partir das 17 horas, na Sala de Aulas 911. Desde a fundação, os grupos são abertos para a

participação de alcoolistas e ou dependentes de outras drogas, recuperados, familiares, profissionais, estudantes e a comunidade em geral.

A experiência dos profissionais que promoveram as primeiras reuniões fez com que os grupos se organizassem, reconhecendo, estimulando e encaminhando enfermos para os recursos terapêuticos existentes na comunidade. Entretanto, na pretensão de ser mais um recurso disponível e diferente dos demais métodos de tratamento, as propostas alternativas foram desenvolvidas progressivamente.

Diz-se que as propostas são alternativas por diversas razões: os espaços, salas de aula de uma universidade como locais de reuniões de grupo de dependentes químicos, são únicos; os horários, 16 e 17 horas respectivamente, próximo ao final do expediente diurno da universidade, não é coincidente com outras ofertas para não impedir a participação dos doentes e familiares em outros grupos de ajuda; os dias, quarta feira e quinta feira, são dias que facilitam a presença de um maior número de participantes, já que o primeiro e último dias da semana são os mais críticos para os alcoolistas.

As reuniões, coordenadas por um facilitador, geralmente um assistente social ou enfermeiro, que duram no GEPAL cerca de 90 minutos e no GAEPD podem ultrapassar quatro horas, são "aquecidas" por depoimentos e reflexões decorrentes de experiências vivenciais que representam o conhecimento e o cotidiano de seus participantes.

A prática de controle da doença do alcoolismo e de outras drogas, utilizada nos grupos de estudos, fundamenta-se na proposta básica de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos que determinam "evitar o primeiro gole". A partir desta premissa, como forma de discutir o alcoolismo e outras dependências, são admitidos outros posicionamentos, sem qualquer tipo de discriminação.

A intervenção é livre, e as opiniões, mesmo que não tenham aceitação dos demais, devem ser ouvidas, discutidas e respeitadas.

As atividades dos Grupos de Estudos não têm caráter deliberativo ou executivo e, portanto, não são tomadas decisões de grupo ou sobre indivíduos.

Os Grupos de Estudos, quando for o caso e por iniciativa de qualquer dos participantes da reunião, devem sugerir, apoiar, incentivar e facilitar para que as pessoas, individualmente, tomem as suas próprias decisões.

Cada reunião, para os dois grupos e seus participantes, é um fato

único. Deste modo, uma reunião não é continuidade de outra anterior ou subsídio para uma subsequente e, tampouco, serve para desenvolver programas educativos ou de saúde, pré-estabelecidos. Nada impede, entretanto, que por iniciativa de qualquer pessoa, sejam feitas promoções educativas e de outra natureza, desde que em horários e locais diferentes dos das quintas feiras a partir das dezesseis horas.

Na eventualidade de participantes do grupo necessitarem de acompanhamento profissional especializado, eles são encaminhados ao SANPS ou a outros serviços disponíveis na comunidade tais como: hospitais, clínicas especializadas, comunidades terapêuticas, ambulatórios, Grupos de Alcoólicos Anônimos, Grupos de Narcóticos Anônimos e Grupo de Ajuda Mútua da UFSC.

2.2. Grupo de Ajuda Mútua

Em dezembro de 1990, um funcionário da UFSC, que retornou precocemente de uma comunidade terapêutica, foi convidado a continuar o tratamento através do acompanhamento diário, com simultânea reintegração social na Coordenadoria do Curso de Enfermagem. Este servidor em recuperação convidou, para que compartilhassem da proposta, outros dois egressos de comunidades também com tratamentos incompletos, sendo um aluno da UFSC e o terceiro, um cidadão da comunidade paulistana que nada tinha a ver com a universidade.

Finalidades do Grupo de Ajuda Mútua - GAM

Propor a busca de alternativas terapêuticas não discriminadoras; minimizar a deficiência de vagas nos serviços especializados; oferecer assistência a dependentes de drogas portadores do HIV e AIDS; oportunizar aos dependentes de drogas experiência vivencial em um contexto sadio; promover a reintegração social; baixar os custos; servir de campo de ensino e pesquisa.

Fundamentação Teórica

Seguindo a linha de entendimento do GEPAL e do GAEPD, no GAM se admite, como causa para explicar a motivação para o uso inicial de substâncias, tanto do álcool quanto de outras drogas, qualquer uma daquelas que apresentem um respaldo científico. No entanto, acredita-se que são as substâncias e não somente elas que produzem a doença, e não as motivações de uso.

O alcoolismo – e ou outras droga-adições – é considerado, como proposta de tratamento para os grupos da universidade, como uma doença

crônica, lenta, progressiva e, até o presente momento, incurável.

A fundamentação teórica que orienta o grupo de ajuda do GAEPD se inspira nos princípios da antipsiquiatria, proposta por COOPER, cujos conceitos adaptados permitem entender a dependência de álcool e outras drogas como uma forma de não atendimento da necessidade Liberdade.

Liberdade, na definição de PAULA (1991), é a Necessidade Humana Básica de ter a possibilidade de vir a ser. A medida terapêutica proposta preconiza, como um exercício de liberdade, o não uso do álcool e ou de drogas.

A doença mental e entre estas, as dependências, se não são causadas por processos sociais patogênicos, conduzem, muitas vezes, para uma prática de manipulação das pessoas enquadradas nestas categorias, tanto pela sociedade quanto pelos terapeutas. No GAM, procura-se evitar todas as formas de mecanismos de manipulação tais como: rotulação, estigmatização, formulação de estratégias de alteração de comportamentos, utilização de medidas punitivas e manejos terapêuticos pré-estabelecidos.

População Alvo

Usuários de drogas e ou álcool, preferencialmente com dependência grave, recuperados, profissionais e estudantes envolvidos ou convidados e familiares.

Metodologia do Grupo de Ajuda

O GAEPD concluiu e o GAM aceitou que a Universidade, por ser estatisticamente um ambiente onde a maioria da população não é usuária de drogas, pode ser compreendida como a ampliação do contexto sadio do qual o recuperando necessita. Desta forma, as regras sociais são respeitadas pela maioria das pessoas que nela circulam e controladoras de comportamentos.

A inserção de dependentes de álcool e ou drogas em um ambiente sadio, em que estas substâncias, quando de uso indevido, não fazem parte do cotidiano, favorece a recuperação.

Este pensar contraria a ideologia dominante, cuja prática tenta estabelecer controle comportamental a partir do patológico.

Os dependentes químicos em recuperação no GAM são orientados a seguir as regras gerais de comportamento social praticadas na universidade, tanto em relação às pessoas, como pedir licença ao adentrar uma sala,



cumprimentar as pessoas, como quanto ao ambiente, como se vestir adequadamente, manter a higiene e limpeza, evitar aglomerações e barulho próximo às salas de aula, ou usar e portar substâncias psicoativas de uso indevido.

Além destas, existem quatro regras especiais para os recuperandos.

Regras do Grupo de Ajuda Mútua

Primeira Regra

A primeira regra, infelizmente por problemas econômicos não está sendo praticada: consistia na oferta, aos recuperandos, de duas fichas para transporte urbano nos dias úteis. As fichas serviam como meio de controle de recaídas e tinham como objetivo: controlar horário de chegada e saída; eliminar a possibilidade de justificativa de ausência. Atrasos e saídas antecipadas, quando frequentes, devem ser entendidas como "comportamento de recaído". As fichas funcionavam também como símbolo do Grupo com o sentido de que *"nós confiamos em você, e sua família o espera em casa. Tome o passe. Mas amanhã nós o esperamos novamente para ficar conosco. Nós o ajudaremos e você nos ajudará"*.

Quando o recuperando permite ser ajudado, no início do tratamento a família é orientada a acompanhá-lo, tanto na vinda quanto no retorno para a residência.

Segunda Regra

Os recuperandos em tratamento almoçam, diariamente, no Restaurante Universitário. O almoço "cortesia" tem finalidades terapêuticas que são explicitadas aos usuários do serviço: garante uma refeição balanceada, já que, muito na "ativa", não se alimentava adequadamente, ocupa o espaço da droga e controla a recaída, quer seja pela hiperfagia, no caso de usuários de maconha, ou hipofagia, se o paciente é cocainômano. O passe é entregue a partir das 11:45 horas, horário em que a "fila" está maior, com o objetivo de exercitar a paciência e disciplina e oportunizar convivência com pessoas sadias.

Quando a pessoa não dispõe de uma estrutura familiar e ou não dispõe de recursos para alimentação, a UFSC oferece jantar. Tem-se adotado também, para alcoolistas e cocainômanos, o oferecimento do jantar como forma de evitar a recaída no trajeto para suas residências.

A interpretação de que o fornecimento dos "passes" de ônibus e de refeições, oferecidos e garantidos pela Universidade, é uma atitude paternalista, é negada, pois, quem conhece os resultados do grupo garante que estes dois símbolos dão sustentação ao grupo terapêutico.

Terceira Regra

A Circulação no Campus, bem como a participação em atividades



programadas, tanto na universidade quanto fora, devem ser desenvolvidas preferencialmente pelo mínimo a dois. Esta medida visa: evitar a solidão, abordagem de traficantes e a "evasão".

Quarta Regra

O dia - a - dia do grupo, que começa às oito e termina às dezoito horas, é composto por várias atividades. E todos os membros do grupo em recuperação, devem participar das atividades diárias programadas.

Diariamente, a partir das 8:30 até às 11:45 horas, acontece uma reunião de reflexão. As reuniões das segundas, terças, quintas e sextas feiras são coordenadas por voluntários, cada qual uma vez por semana que, na função de facilitadores, promovem a reunião.

A reflexão é uma atividade que busca atender a satisfação de necessidades psicoespirituais e também promove a subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, criação, identidade e liberdade. Nas reuniões eles rezam, conversam sobre como foi a noite em casa com os familiares, seus problemas e suas expectativas para o dia que se inicia, e discutem ainda os problemas internos e externos dos grupos. Durante esta reunião eles são orientados pelos mais velhos no tratamento e algumas vezes há a participação de uma assistente social e da psicóloga.

O espaço vital de um dependente centra-se no álcool e ou em outras drogas. Todas as suas ações giram no pré, trans e pós-ingestão da substância desejada.

Nos serviços tradicionais, todas as ações praticadas na instituição já são esperadas e previamente controladas. O sentido terapêutico das atividades programadas, na maioria das vezes, somente satisfaz as expectativas dos terapeutas. Como antítese, propõe-se o exercício constante da criatividade ocupando espaços no contexto social, físico, didático e pedagógico em toda a Universidade.

Para COOPER (1980), o "fazer" somente tem sentido se for pleno de significado para a pessoa. Desta forma, no GAEPD trabalha-se em um primeiro momento com a idéia do "não fazer", como uma forma de ocupar o espaço do "fazer drogado".

Todos os membros do grupo, em recuperação, depois da primeira fase do tratamento que é a de "fazer nada bem devagarzinho", devem participar das atividades diárias programadas. As atividades são propostas a partir de sugestões do grupo ou sugestão dos técnicos sem qualquer tipo de limitação, desde que a estrutura da UFSC o permita. Sugere-se:



- matrícula em Cursos de Extensão, matrícula como aluno ouvinte, programação de vídeo, Cursos Profissionalizantes, esportes, grupo de reflexão, grupos operativos e grupos terapêuticos.

- Para aqueles que desejarem, é oferecida a possibilidade de participar de grupos de musculação e demais atividades físicas disponíveis para a comunidade em geral, no Centro de Desportos da UFSC.

Espaço Físico do GAM

O GAM está instalado no Centro de Ciências da Saúde, 2º andar, em uma sala de 8m² e uma varanda de 16m², ao lado do banheiro feminino.

As refeições são servidas no Restaurante Universitário, sem qualquer discriminação de espaço e horário. Como complemento, (café), utiliza-se a copa do CCS.

As instalações sanitárias de uso dos recuperandos são as mesmas de uso comum de professores, alunos e servidores.

São considerados "outros espaços" todos aqueles que os recuperandos usufruem com os demais membros da comunidade universitária tais como: salas de vídeo, biblioteca central, quadras de esportes, oficinas e salas de aula.

Bibliografia

JONES, M., *A comunidade terapêutica*. Trad. por Lucia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis, Vozes, 1972.

PAULA, W. K. *Esquizofrenia: abordagens conceituais apontadas por enfermeiros e médicos da Grande Florianópolis e identificadas nos autores de enfermagem psiquiátrica*. Florianópolis: UFSC, 1985.

_____. *Tangenciando a Teoria de Horta: Uma abordagem situada em experiência de Enfermagem Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: UNI-RIO, 1990.

CAPLAN, G. *Princípio de psiquiatria preventiva*. Tradução por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Tradução por Jurandir Craveiro Martins Fontes. São Paulo, 1980.



Notas

¹ "Contato com a natureza vence a guerra contra a dependência" - Luiz Machado - Diário Catarinense - 8 de dezembro de 1996.

² *Crises*, na definição de Caplan (1980) são mudanças agudas e recorrentes na vida, ou seja, são situações ou condições pelas quais todas as pessoas estão sujeitas a passar. Crises existenciais são situações pelas quais todos passam, por exemplo: nascer, crescer e morrer. Crises situacionais são situações pelas quais todos estão sujeitos a passar, mas somente alguns vivenciam, por exemplo: acidentes, enchentes, doenças e uso indevido de drogas. As crises podem ser classificadas em três níveis de prevenção: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Na prevenção primária, as crises podem ser evitadas (intervenção antes da crise). Na prevenção secundária, as crises devem ser tratadas (intervenção durante a crise). Na prevenção terciária, as seqüelas devem ser tratadas (intervenção após a crise, visando a re-inserção social). Os três níveis são denominados de prevenção, porque a passagem e ou superação de uma fase da crise, serve de suporte para enfrentamento de crises futuras.

Endereço do Autor:

Departamento de Enfermagem - UFSC
Cx. Postal 476
88040-970 FLORIANÓPOLIS SC