



Artigos originais

Tecnologias leves presentes na atenção De usuários de drogas em internação

Soft technologies present in the attention of drug users in treatment

Marcos Vinicius Ferreira dos Santos¹
Rosa Helena Gomes da Silva¹
Marluce Miguel de Siqueira¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que empregou a técnica do grupo focal com o objetivo de identificar sob a ótica dos usuários as tecnologias leves presentes no tratamento da dependência química oferecido em uma instituição hospitalar. Para tanto, escolheu-se intencionalmente dez usuários que estavam internados em tratamento. A partir dos resultados, notou-se que, apesar do local do estudo ser um serviço de internação, as tecnologias leves foram muito utilizadas e apontadas pelos sujeitos como relevantes para seu processo de recuperação. A confiança e o compromisso, as estratégias grupais e o Modelo dos Doze Passos emergiram como grandes questões nos discursos analisados.

Palavras-chave: Saúde mental, Abuso de Drogas, Avaliação em Saúde.

Abstract: This is a qualitative study, which employed the technique of focus group with the aim of identifying the perspective of drug addicts with the soft technologies in treatment in a hospital. To do so, we chose intentionally ten users who were admitted to treatment. In the analyzing the results it was noted that, despite the study site is a service of admission, soft technologies have been widely used and identified by subjects as relevant to their recovery process. Confidence and commitment, the group strategies and Model of Minnesota have emerged as major issues in the discourses analyzed.

Keywords: Mental health, Drug Abuse, Health evaluation

1. Introdução

A história mostra que a doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo espaço temporal. A forma como a loucura foi sendo conduzida, conceituada ao longo da história, influenciou diretamente os espaços e as práticas destinadas a ela¹. Os cuidados dispensados aos indivíduos com transtornos mentais têm sido marcados, historicamente, por processos de segregação, exclusão e isolamento. Nos dias atuais, no entanto, o sofrimento psíquico ficou mais em evidência, pois adquiriu proporções alarmantes na sociedade contemporânea².

Por isso, as estratégias e métodos de atenção que integram a rede de serviços substitutivos na atualidade foram implementados a partir da transformação da assistência em saúde mental e lançam mão de novas tecnologias que respeitam o usuário no seu direito de cidadania e se diferenciam do modelo de biológico e curativo de cuidado³.

Situado neste cenário inclui-se o cuidado no tratamento da Dependência Química (DQ), que por sua vez é recente e tido como complexo e desse modo, serviços de atendimento foram

sendo criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química: ambulatoriais, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros⁴. Cada um destes *settings* se apropria de saber e práticas inerentes aos profissionais e recursos disponíveis para a atenção dos usuários que buscam tratamento. Contudo, variadas combinações das práticas adotadas por estes *settings* têm sido propostas, mas algumas perguntas ainda persistem, como exemplo como aumentar a eficácia das práticas e a razão pela qual os usuários permutam por diferentes práticas disponibilizadas nos diversos *settings*⁵.

Nesse sentido tornou-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de atenção psicossocial centrada na atenção comunitária e que possua práticas fundamentadas nas noções de território e rede, bem como da lógica ampliada do conceito de saúde, com técnicas que extrapolem a abordagem da droga, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica⁶.

Como afirmam Wetzel e Kantorski⁷ os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como deveriam o que não diminui a sua importância, principalmente como possibilidades alternativas concretas ao modelo hospitalocêntrico, contudo diversos países continuam apresentando crescimento da prevalência dos transtornos mentais, porém, poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque os serviços de saúde raramente estão preparados para lidar com esse problema⁸.

Nesse sentido, diante da crescente demanda de usuários, que precisam de cuidados de saúde mental, e da recente atuação dos serviços substitutivos de saúde mental no país (sobretudo na área da DQ), desenvolver processos avaliativos torna-se cada vez mais essencial, para a superação de modelos tradicionais, como também aprimorar as práticas de saúde mental existentes nos serviços.

Portanto, avaliar as tecnologias de cuidado realizadas no DQ é deve ser adotada de forma contínua como postura ética, técnica e política pelos diversos atores relacionados a este contexto: usuários, profissionais e gestores. Ao utilizarmos aqui o termo tecnologia, nos referimos a noção conceitual apregoado por Mehry^{9,10}. De acordo com este autor, as tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. Nas leves enquadram-se as relações interpessoais, como a produção de vínculos, e acolhimento; nas leve-duras os saberes bem estruturados, como a epidemiologia e a clínica psicanalítica; já as duras são compostas pelos equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

Segundo Jorge et al.¹¹ é imprescindível a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos componentes da prática nos serviços de saúde mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. Além disso, as tecnologias leves (ou relacionais) são operados no espaço intercessor do encontro trabalhador e usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos e por isso podem estreitar o elo entre usuários, profissionais e as práticas de cuidado individuais.

Frente ao exposto, objetivou-se identificar sob a ótica dos usuários as tecnologias leves presentes no tratamento da DQ oferecido em uma instituição hospitalar.

2. Percurso Metodológico

Esta pesquisa é de natureza descritiva e exploratória, com enfoque de análise qualitativa, cujo cenário de estudo foi *Programa de Reabilitação a Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA)*, localizado no Hospital da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo, no município de Vitória.

Por ser considerada mais apropriada para investigar o problema na medida em que possibilita o estudo das relações humanas e seu universo de significados, sendo o contexto indispensável para a análise do fenômeno¹², fez com que se optasse pela natureza qualitativa neste estudo.

Os dez sujeitos participantes foram escolhidos de forma, correspondendo as modalidades de tratamento oferecido pelo PRESTA, a saber: triagem (3 sujeitos), internação (4 sujeitos) e pós-tratamento (3 sujeitos). A escolha considerou a adesão do usuário ao tratamento e utilizou-se como critério de inclusão a participação em pelo menos duas atividades disponibilizadas pelo PRESTA.

A escolha intencional dos sujeitos se deu pelo próprio desenho do estudo qualitativo. A finalidade na amostra qualitativa é compreender o fenômeno de interesse, assim as investigações qualitativas dependem de amostras selecionadas propositalmente e, portanto o pesquisador escolhe os indivíduos e que podem dar as melhores informações referentes à pergunta do objeto de pesquisa a ser compreendido¹³.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se o grupo focal. O mesmo foi realizado no serviço com duração de uma hora e trinta minutos, sendo conduzido mediante a utilização de um roteiro de entrevista com questões norteadoras que versavam sobre a visão do usuário sobre os diversos aspectos do Programa. As falas dos sujeitos foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a transcrição, para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo baseado em Bardin¹⁴, seguindo-se o plano de análise disposto pela autora: leitura flutuante; constituição do corpus, definição das unidades de sentido; agrupamento e subcategorização; categorização. A abordagem conceitual de tecnologias em saúde construída por Merhy^{9,10} foi utilizada como unidade de contexto para análise dos dados. Por fim, após a categorização emergiram quatro categorias temáticas: "Estratégias Grupais e sua relação com o cuidado; Modelo dos 12 Passos como tecnologia no cuidado; Utilização de filmes como tecnologia terapêutica e; Confiança e Compromisso nas relações de cuidado."

Este estudo foi autorizado pelo Comando Geral da Polícia Militar do Espírito Santo e integra a pesquisa intitulada "*Rede de Saúde Mental: Avaliando a realidade capixaba*" que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o Nº. 338.114. Assim, respeita os dispositivos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

Para tanto, os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido bem como foram informados da finalidade da pesquisa, dos riscos e benefícios de sua participação e, sobretudo da sua saída em qualquer fase da condução da pesquisa. A fim de garantir o anonimato dos participantes, os nomes apresentados na seção resultados foram substituídos por nomes fictícios de personagens bíblicos.

3.Resultados E Discussão

O serviço em analisado atende aos servidores civis e militares da Política Militar, bem como os respectivos dependentes e a comunidade em geral, realizando consultas das diversas especialidades profissionais, atividades educativas, psicoterapia com diferentes atividades como meditação, terapia corporal e ocupacional, relaxamento, educação física, prevenção de recaída, grupo de família, atividade literária, aconselhamento e atividade artística.

Em suma, vários momentos e atividades realizados no tratamento no serviço analisado se constituíram e utilizaram tecnologias leves para sua concretização. Estas atividades contribuíram para uma aproximação e estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários do serviço. Dentre elas destacam-se as atividades grupais, com ênfase para o modelo dos doze passos e as oficinas com utilização de filmes.

3.1 Estratégias Grupais e sua relação com o cuidado

As atividades de grupo são enfocadas principalmente com o objetivo de buscar adesão ao tratamento proposto pelos diferentes programas do Ministério da Saúde, e na prevenção de riscos. As ações pretendidas para os grupos, na maioria das vezes, circulam pelo campo da educação em saúde, com uma forte base na informação e esclarecimento da doença ou o

agravo¹⁵. Contudo, ainda nota-se pouca exploração do potencial dos grupos e, na maioria das vezes, falta incorporação pelos profissionais na rotina dos serviços^{16, 17}.

Variados métodos de atenção são utilizados no tratamento da DQ e nesse contexto as atividades grupais são estratégias de intervenção amplamente adotadas nos serviços de saúde mental que compõem a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas^{18, 19}. Ao investigar as intervenções terapêuticas oferecidas e sua aprovação por parte dos usuários, notou-se que as atividades grupais foram apontadas por todos os usuários como um ponto forte do tratamento a eles oferecidos no PRESTA:

Maria: "O meu ponto positivo [...] é o trabalho em grupo, como eu [...] nunca tinha ficado internada, pra mim foi uma experiência muito dura. [...] eu vejo, que eu via aqui dentro, que tinha muitos companheiros que tava tentando, tava demonstrando o carinho e o afeto por não me conhecer, eles me deram, e me ajudaram muito[...]"

Da mesma forma como visto em nosso estudo, resultados encontrados por Jahn et al.²⁰ evidenciaram que os grupos são vistos pelos usuários de SPAs como uma família e um lugar seguro, onde todos compartilham do mesmo problema e portanto todos se ajudam mutuamente para conseguirem se manter em abstinência e adquirirem força para reconstruir suas vidas, que ficam comprometidas pelo processo da DQ.

A literatura sobre grupo apresenta e discute diversos modos de abordagem. São estudos relacionados a uma perspectiva terapêutica, outros de pesquisa, de intervenção institucional¹⁵. Contudo, independente da orientação teórico-metodológica que impulse a utilização dos grupos na assistência aos usuários de SPAs, em nosso modo de ver, os grupos proporcionam o encontro de sujeitos distintos (profissionais e usuários; usuários e usuários) produzindo ou intermediando relações de ajuda, de confiança e de cuidado, ou seja, possuem caráter relacional. Então, constituem-se de uma tecnologia leve no cuidado em Saúde. Sob esta ótica, concordamos com Souza²¹, quando este afirma que a estratégia de grupo possibilita quebrar relações verticais e favorece a criação de vínculos e espaços de reflexão coletiva com os sujeitos acerca de suas situações de vida.

Ademais, um dos motivos de adesão aos programas de dependência química é a terapia de grupo, pois esta atividade que faz com que as pessoas se reforcem emocionalmente ao verem que o seu problema de dependência é idêntico ao de outros membros do grupo²².

A atividade grupal proporciona um formato coletivo de trabalhar com a subjetividade humana e também com a relação dos sujeitos entre si. Porém, nem todas as questões e sujeitos se adaptam ou tem suas necessidades e singularidades valorizadas nesse modo de operar a assistência²³. Esta questão pode ser observada na fala:

Mateus: "[...] outra coisa [importante] é a terapia de grupo, [...], às vezes a gente aqui dentro percebe que algumas pessoas querem tratamento, se enturmam e se envolvem no tratamento, outras ficam inibidas, e outras até mesmo não querem e acabam até atrapalhando o tratamento do grupo e tal, e lá fora vai ser da mesma forma [...]"

A inibição citada na fala supracitada pode estar relacionada a falta de adaptação a atividade grupal e por isso cabe salientar que existem atividades que se adequam mais a um ou outro usuário, a partir da sua própria escolha e que, por causa desse interesse pessoal, torna a atividade efetiva no cuidado. Em outras palavras, a relação existente na intervenção é terapêutica, e não a intervenção^{24, 25}.

Ainda a esse respeito, em consonância com o pensamento de Almeida e outros autores²⁴, defendemos que o grupo por si só (enquanto atividade) não é terapêutico, mas ao intermediar o diálogo e o vínculo tem potencial para produzir relações terapêuticas e nesse contexto torna-se uma tecnologia relacional relevante no cuidado. Principalmente porque o grupo é uma

estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias da vida que tem algum impacto na saúde dos indivíduos e de grupos²¹.

Conforme Bourguignon, Guimarães e Siqueira²⁶, para que as possibilidades terapêuticas aumentem por meio do processo terapêutico grupal, é necessário que o profissional esteja preparado para reconhecer e compreender os motivos pelos quais os usuários procuram assistência dos serviços de saúde. Para tanto, a atitude dos profissionais deve ser capaz de propiciar informação, educação em saúde, reflexão e suporte. Estas autoras ainda afirmam que o grupo é uma forma de explorar estes aspectos, e deve perpassar a necessidade de atender uma grande demanda ou uma forma informal de prestar assistência.

Bezerra Jr.²⁷ diz que é preciso compreender o grupo enquanto espaço produtor de conteúdos comportamentais. Segundo o autor, o fato de estar entre vários que vêm de uma condição similar à sua pode funcionar como elemento facilitador da verbalização e associação:

José: “[...] no meu caso as atividades que eu pude participar são mais importantes pra mim, foram as atividades de grupo, onde cada um expõe o seu “problema”, as dificuldades, e onde a gente se conhece, então conhece por nome e por, né...o “problema” de cada um, e baseado nessas atividades aí, a gente tira nossos proveito, né, pra nossa melhoria, psicológica né, os meio de se dispersar dessa droga aí.”

Nesse sentido, como diz Coelho e Jorge²⁸, o grupo como tecnologias das relações supõe troca de saberes, diálogo entre os trabalhadores e usuários. Os autores ainda ressaltam que ao abordar a estratégia grupal como tecnologia leve, não se referem a um conjunto de pessoas reunidas em algumas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, muito pelo contrário dizem respeito à produção de uma identidade de grupo, como o conjunto formado por usuários e trabalhadores, que estabelecem conexão para as construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes.

3.2 Modelo dos 12 Passos como tecnologia no cuidado

Dentre as estratégias realizadas no PRESTA e citadas pelos participantes do estudo, cabe ressaltar o modelo dos 12 passos. Os sujeitos relacionaram a eficácia do serviço com a utilização deste modelo, como explícito no trecho a seguir:

Marcos: “[...] e já há algum tempo eu vinha ouvindo falar do tratamento, e o tratamento [no PRESTA] funciona devido aos 12 passos.”

O Modelo dos Doze Passos, (modelo de Minnesota ou dos Alcoólicos Anônimos), concebe a DQ como uma doença que tem a abstinência como meta. É um modelo grupal que objetiva a concretização dos 12 passos como estágios para o tratamento e busca uma reorganização global na vida do sujeito^{19,29}. Ainda inclui a admissão de que existe um problema em relação ao uso do álcool; a busca de ajuda; a partilha em nível confidencial, e as relações que os membros do grupo mantêm entre si e com a sociedade em geral³⁰.

Segundo Campos³¹, a eficácia do modelo construído pelos Alcoólicos Anônimos (AA) para a recuperação do alcoolismo é reconhecida mundialmente, influenciou a constituição de grupos relacionados ao tratamento de outras dependências, como: Narcóticos Anônimos, Neuróticos Anônimos, Jogadores Anônimos, dentre outros. Este mesmo autor afirma que a estratégia terapêutica de AA possibilita que o sujeito reconstrua os vínculos familiares e profissionais pelo cultivo de sua responsabilidade, tornando-o responsável pelo cuidado de si mesmo, cumprindo seus deveres em relação à sua família e ao seu trabalho.

Elias: “[...] eu já conhecia os doze passos, que eu já frequentei um grupo de autoajuda, então já fiz até o sétimo passo já da outra vez, [...]esse programa [PRESTA] [...] requer você praticar as mudanças na sua vida, e documentar os resultados em uma espécie de

agenda, fazer um inventário de que resultado você quer chegar, ocupar seu tempo, essas coisas assim, então eu consegui enriquecer muito com isso."

As reuniões são momentos de compartilhamento de experiências individuais: histórias de vida, conflitos, perdas e conquistas, sob a luz dos passos e tradições que sustentam o modelo de AA³⁰. Desta forma, consideramos este modelo como tecnologia leve ao permitir a construção do cuidado a partir da relação entre os sujeitos. Além disso, é uma tecnologia eficaz, pois mudanças de comportamento e falsas crenças, aquisição de habilidades para convívio em sociedade, aprendizado de mecanismos de enfrentamento de problemas são efetivados por meio das relações estabelecidas nas reuniões do modelo AA.

Somado a isto o Modelo dos Doze Passos é "[...] uma estratégia terapêutica viabilizadora da recuperação dos vínculos sociais, familiares e até mesmo pessoais, resgatando a responsabilidade desses doentes acerca da valorização de sua saúde, permitindo a retirada da estigmatização de falta de comprometimento perante seus afazeres e ressaltando sua busca incessante em parar de beber"³².

3.3 Utilização de filmes como tecnologia terapêutica

Também foi apontada pelos entrevistados no estudo a satisfação com atividades terapêuticas com a utilização de filmes, que abordam a DQ, com consequente reflexão posterior a exibição do mesmo:

Moisés: "Eu vejo que algumas terapias através de filmes, vivenciavam, é...experiências dentro de "drogadição" e álcool, elas me levaram a refletir daquilo que eu fazia que as vezes eu nem tinha conhecimento"

A estratégia terapêutica em questão traz a tona também o sentimento de empatia e de identidade com as realidades expressas nos filmes e por sua vez fomenta e estimula o diálogo e compartilhamento de experiências entre os usuários e profissionais. Portanto, é uma tecnologia de cuidado leve, sobretudo porque as repercussões da estratégia emergem da interação e das relações constituídas entre os sujeitos. Através de filmes sobre a DQ é possível identificar como se iniciam e se agravam os problemas sociais, principalmente os familiares, decorrentes do uso, abuso e dependências de drogas.

Silva e outros autores³³ em seu trabalho discutiram sob a perspectiva do cinema, diversos tipos de relações familiares na presença do uso de drogas e concluíram que é possível a utilização de filmes para analisar as relações familiares na presença do uso de drogas, uma vez que retratam valores sociais relacionados ao consumo de drogas vigentes em diferentes épocas e culturas. Então, a comparação entre as diversas abordagens sobre drogas em momentos e locais diferentes é possível. Ainda afirmaram que o cinema, por meio da imagem, propicia a reflexão de atitudes, valores e normas sociais que estão incorporados nos hábitos das pessoas.

Estudos descrevem benefícios da psicoterapia com a utilização de filmes. Conforme Berg-Cross, Jennings e Baruch³⁴ o impacto da terapia através de filmes promove melhora da comunicação do usuário com o profissional, de modo mais efetivo pelo compartilhamento de um vocabulário mais rico, composto inclusive de imagens.

Tyson, Foster e Jones³⁵ concluíram que a utilização dos filmes ajudaria na descrição de um transtorno mental, assim como no seu reconhecimento pelo usuário, demonstram objetivos a serem alcançados no tratamento e aumentam a chance do usuário aceitar o tratamento e observar comportamentos relevantes de outras pessoas com problemas semelhantes, promovendo empatia.

Oliva, Vianna e Lotufo Neto³⁶ ao realizarem uma revisão de estudos acerca da psicoterapia com utilização de filmes concluíram que muitos estudos sugerem benefícios e alguns mais consistentes apontaram provável eficácia do seu uso. Apesar disso, seu efeito terapêutico ainda precisa de evidência científica de melhor qualidade que o sustente de fato. A esse respeito,

é necessário pontuar que muito mais relevante que a exibição dos filmes é o laço e as construções que se estabelecem a partir dela. Assim sendo, o filme é apenas um catalisador da construção de vínculos entre os atores do tratamento e potencializador de tecnologias relacionais (comunicação, reflexão, diálogo) subsequentes a sua utilização.

3.4 Confiança e Compromisso nas relações de cuidado

Outras tecnologias relacionais identificadas na assistência oferecida aos sujeitos foram a confiança e o compromisso.

João: “[...] todos eles [profissionais] tem conhecimento, conselho pra da pro grupo durante esse horário [meditação], e como eu tô aqui já, já vou sair amanhã eu posso te falar com certeza, de que se a pessoa prestar atenção ele vai conseguir aplicar alguma coisa disso, quando ele sair lá fora.”

A partir desta fala, podemos perceber a confiança depositada no trabalho dos profissionais. Esta confiança construída através das relações estabelecidas nos diversos momentos de encontro permite potencializar mudanças de comportamento, crenças e atitudes que extrapolam os muros das instituições de tratamento e, neste caso particular o PRESTA. A confiança permeia a vida de um indivíduo em diversos momentos e relações, com conseqüências que afetam significativamente a sua trajetória e a daqueles com os quais interage. É considerada a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator de relevância para o sucesso ou insucesso de diversas relações³⁷. Alguns sentimentos são observados freqüentemente entre usuários em tratamento de DQ, como por exemplo: baixa auto-estima, abandono, tristeza, impotência, desvalorização. Neste cenário, os grupos são instrumentos que permitem resgatar valores, possibilidades e potencialidades dos sujeitos e, indubitavelmente só conseguem quando o usuário estabelece uma relação de confiança com todo o grupo.

Merhy⁹ diz que a ideia de vínculo deveria nos levar a pensar sobre a responsabilidade e o compromisso. Ainda diz que estabelecer vínculos está ligado a desenvolver relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrer do outro e nos sentimos também responsáveis por ele. No PRESTA o compromisso dos profissionais estreita a relação com os sujeitos e potencializa o cuidado oferecido:

Abraão: “ [...] então você cria um vínculo de compromisso quando você cumpre a sua parte, e te deixando crédito de cobrança, você pode cobrar a pessoa.”

No que diz respeito ao compromisso e confiança no trabalho em saúde, Merhy^{9,10} diz que as abordagens assistenciais de um trabalhador de saúde junto a um usuário, são produzidas através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações. Em suma, acontece um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e responsabilidades.

Esta relação de confiança e compromisso também tem repercussões na adesão do usuário ao tratamento, como no estudo realizado por Marques et al.³⁸, onde os resultados revelaram que o abandono do tratamento para a dependência química pode ser influenciado por aspectos como a postura dos profissionais.

O tratamento da DQ pressupõe estabelecimento de vínculos fortes (com confiança e compromisso), para além de aumentar a adesão e atingir metas estabelecidas mas principalmente para que o sujeito – que frequentemente já tem seus vínculos e relações desestruturadas – experimente e aprenda que tem potencial para reconstruir e/ou fortificar seus vínculos familiares e sociais. A esse respeito, nos reportamos a Merhy^{9,10} que afirma que o processo

de trabalho em saúde só é possível acontecer na dinâmica relacional, ou seja, em ato, em ação, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação.

Portanto, o encontro de profissionais e usuários com confiança e compromisso entre ambos faz com que ocorra "(...) a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação"¹⁰.

4.Considerações Finais

Este estudo possibilitou compreender aspectos que são valorizados pelos usuários no seu tratamento. É válido ressaltar que apesar de ser um serviço de internação, as tecnologias leves foram muito utilizadas e apontadas pelos sujeitos como relevantes para seu processo de recuperação.

A confiança e o compromisso, as estratégias grupais emergiram como grandes questões nos discursos analisados. Podemos inferir que são "tecnologias" não restritas ao contexto da Dependência de Drogas, mas que são cruciais neste espaço tanto para promover a inclusão dos sujeitos no processo de recuperação quanto melhor a eficácia de outras intervenções.

Ao *Modelo dos Doze Passos* foi atribuído o sucesso do serviço analisado. Então, este resultado subsidia a valorização e inclusão deste modelo, apesar de não existirem evidências bem claras na literatura sobre a relação da eficácia do mesmo no tratamento da dependência de drogas.

Por fim, é nítida a contribuição das tecnologias leves no tratamento da dependência química, portanto é imprescindível conhecer cada vez como os sujeitos percebem e interagem com as mesmas a fim de alcançar melhores resultados nas intervenções propostas.

Agradecimentos

Agradecemos a acadêmica de enfermagem Carolina Poltroni de Souza pela atuação na transcrição dos relatos e a toda equipe de profissionais do PRESTA pela acolhida e viabilização da coleta de dados.

5.Referências

1. Vidal A. Psiquiatria. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.
2. Medeiros EN. Prevalência dos Transtornos Mentais e Perfil Socioeconômico dos Usuários Atendidos nos Serviços de Saúde em Municípios Paraibanos [Monografia]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba – UFPB; 2005.
3. Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. Rev. esc. Enferm. 2009; 43(4): 781-787.
4. Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004; 26(1): 50-62.
5. Szupszynski KPDR, Oliveira M.S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. Psicol. teor. prat. 2008; 10(1): 162-173.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto contexto - enferm. 2004; 13(4): 593-598.

8. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8): 639-348.
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 71-112.
10. Merhy, EE. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
11. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(7): 3051-3060.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - ABRASCO; 1992.
13. Mayan MJ. *An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals*. Edmonton: Universidade of Alberta; 2001.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições setenta; 2004.
15. Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*. 2009; 17(3): 436-441.
16. Silva ALAC, Munari DB, Lima FV, Oliveira WS. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2003; 11(1): 18-24.
17. Maffaccioli R. *Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: uso e modos de intervenção terapêutica [Monografia]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS; 2006.
18. Zimerman DE, Osório LC, colaboradores. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1997.
19. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, colaboradores. *Dependência química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Rio Grande do Sul: Editora Artmed; 2011.
20. Jahn AC, Rossato VMD, Oliveira SS, Melo EP. Grupo de ajuda como suporte aos alcoolistas. *Rev. Esc. Anna Nery*. 2007; 11(4): 645-649.
21. Souza AC, Colomé ICS, Costa LED, Oliveira, DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2005; 26(2): 147-153.
22. Ferrarini E. *Tóxicos e alcoolismo*. São Paulo: Edição do autor; 1986.
23. Sousa DLM, Pinto AGA, Jorge MSB. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. *Texto contexto Enferm*. 2010; 19(1): 147-154.
24. Almeida A, Moraes B, Barroso C, Barros M, Sampaio J. Oficinas em saúde mental: relato experiências em Quixadas e Sobral. In: Costa CM, Figueredo AC. organizadores. *Oficinas terapêuticas em saúde mental*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa Livraria; 2004. p. 117-134.
25. Juca VJS, Lima M, Nunes MO. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. *Revista Saúde Mental*. 2008; 6(11): 125-144.
26. Bourguignon LN, Guimarães ES, Siqueira MM. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPS AD do Estado do Espírito Santo. *Cogitare Enferm*. 2010; 15(3): 467-473.
27. Bezerra JRB. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: Lancetti A. *Saúde Loucura 4: Grupos e coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec; 1993. p. 129-144.

28. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(1): 1523-1531 .
29. Winters KC, Stinchfield RD, Opland E, Weller C, Latimer WW. The effectiveness of Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction*. 2000; 95. p. 601-612.
30. Alcoólicos Anônimos. Os doze passos e as doze tradições. São Paulo: JUNAAB - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos; 2001.
31. Campos EA. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1379-1387.
32. Mendes A, Macedo JA. Alcoolismo: Um estudo sobre a importância dos centros especializados na modificação dos ébrios habituais. Juiz de Fora: Estação Científica; 2012.
33. Silva EA, Camargo BMV, Pavin T, Noto AR, Buscatti D, Sartori V, et al . As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. *Psicol. teor. prat.* 2008; 10(1): 157-168.
34. Berg-Cross L, Jennings P, Baruch R. Cinematherapy: theory and application. *Psychotherapy in Private Practice*. 1990; 8(1): 135-157.
35. Tyson L, Foster L, Jones C. The process of cinematherapy as a therapeutic intervention. *Alabama Counseling Association Journal*. 2000; 26(1): 35-41.
36. Oliva VHS, Vianna A, Lotufo Neto F. Cinematerapia como Intervenção psicoterápica: Características, Aplicações e IDENTIFICAÇÃO de Técnicas cognitivo-comportamentais. *Rev. psiquiatr. clín.* 2010; 37(3): 138-144.
37. Lewis D, Weigert A. Trust as a social reality. *Social Forces*. 1985 ; 63(4) : 967-985.
38. Marques ACPR, Buscatti D, Formigoni MLOS. O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno? *J. Bras. Dep. Quím.* 2002; 30(1): 17-23.

Artigo Recebido: 04.13.2015

Aprovado para publicação: 10.06.2016

Marcos Vinicius Ferreira dos Santos

Universidade Federal do Espírito Santo -UFES

Av. Marechal Campos, 1468 - Campus Universitário de Maruípe

CEP: 29040-090 Espírito Santo-ES

Email: mvsantos@hotmail.com
