



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRENA DA COSTA FEITOSA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS E OS ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE**

BELÉM-PA
2015

BRENA DA COSTA FEITOSA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS E OS ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^o Dr. Raymundo Heraldo Maués.

Belém-PA
2015

BRENA DA COSTA FEITOSA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS E OS ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^o Dr Raymundo Heraldo Maués.

Data: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof^o Dr. Raymundo Heraldo Maués -Orientador- UFPA

Prof^a Dr. Maria Angélica Motta-Maués -Avaliadora- UFPA

Prof^a Dr. Mary Elizabeth Santana -Avaliadora- UFPA

BELÉM-PA
2015

DEDICATÓRIA

*Aos usuários do CAPSad, que puderam
compartilhar suas histórias de luta e de fé,
com força e coragem.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela força, fé e resignação nos momentos em que a vontade de desistir se fez presente. Finalmente o grande momento chegou!

Aos meus pais, Arlete e Miguel, participantes da minha alegria em concluir mais esta etapa, pelo incentivo transmitido e pelas palavras que me impulsionaram.

Ao meu irmão Bruno, que sempre torceu por mim.

Ao meu amado Allan, por estar ao meu lado em mais esta conquista, por todo apoio, todo amor e compreensão nos momentos mais difíceis.

À amiga Dinalva que se fez presente no momento em que mais precisei. Por sua contribuição essencial, seus ensinamentos e por partilhar sua bondade e conhecimento.

Ao meu orientador, Professor Raymundo Maués, pelas contribuições, atenção e dedicação prestadas.

Aos membros da banca avaliadora da dissertação, por contribuírem, com seus valiosos conhecimentos, para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

À minha companheira de mestrado, Karen, pelas noites em claro e pelo apoio essencial nesta jornada.

Aos usuários do CAPSad que contribuíram de forma essencial para que esta pesquisa se fizesse concreta.

A todos os amigos e familiares que torceram por mim e acreditaram que, apesar de todas as dificuldades, eu iria conseguir e aos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste Mestrado.

“Uma das ilusões que vivemos é que somos capazes de repetir as ações. Nunca há repetição na dinâmica dos seres vivos. O que aparenta ser uma repetição, na verdade é uma sequência de movimentos iguais, mas que sempre se inicia desde um novo ponto de partida”.

(Walter Ferreira de Oliveira & Henrique Carneiro)

RESUMO

FEITOSA, B. C. **As representações sociais de dependentes de álcool e outras drogas e os aspectos da religiosidade e espiritualidade.** 127 p. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

Este estudo teve como objetivo compreender as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento das dependências de álcool e outras drogas (CAPSad) municipal em Belém/PA e os aspectos da religiosidade e espiritualidade. Os objetivos específicos foram descrever as representações sociais dos usuários de álcool e outras drogas sob o enfoque da religiosidade e espiritualidade; analisar a relação da religiosidade e espiritualidade com o processo de enfrentamento do uso abusivo, a partir das representações sociais dos usuários; e discutir a importância do papel da enfermagem na perspectiva da religiosidade e espiritualidade e o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. O estudo foi balizado na Teoria das Representações Sociais (TRS), sendo do tipo exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no CAPSad do município de Belém, tendo dezesseis usuários como sujeitos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, utilizando-se como instrumentos: um roteiro de entrevista, um questionário para caracterização do perfil dos usuários e um roteiro de aplicação da técnica da associação livre de ideias. O perfil dos usuários mostrou predominância do sexo masculino (87,5%), com idade entre 40 a 49 anos (37%), solteiro (50%), com ensino fundamental completo (50%), economicamente não ativo (75%), com renda até um salário mínimo (56,2%) e de religião evangélica (50%). O perfil de tratamento mostrou que a idade inicial de consumo é na maioria das vezes com menos de 18 anos (81,2%), o tempo de vínculo com a instituição é em média de até 2 anos (44%), o tempo de abstinência é de até 3 meses (56%), apresentando mais de 5 recaídas (50%) e tendo como drogas de maior consumo os derivados de cocaína (62,5%). Foi realizada a aplicação da técnica de associação livre de ideias, com a utilização das palavras-estímulo: “drogas”, “tratamento”, “religiosidade”, “espiritualidade” e “recaída”. A partir deste grupo de palavras emergiram ideias voltadas para o fenômeno da dependência química e relativas à espiritualidade e religiosidade. Com relação à análise e discussão das representações sociais, procurou-se contemplar a homogeneidade das ideias, no intuito de codificar as diferentes categorias e responder ao objeto de estudo. As respostas dos participantes emergiram três categorias, sendo elas relacionadas às representações sociais dos usuários de álcool e drogas enfocando os aspectos da espiritualidade e religiosidade. Neste sentido, o presente estudo traz subsídios para que os profissionais de enfermagem busquem compreender de forma mais atenta as representações sociais de dependentes de álcool e outras drogas e os aspectos pertinentes à religiosidade e espiritualidade.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica. Representações Sociais. Religião. Espiritualidade

ABSTRACT

FEITOSA, B. C. **Social representations of alcohol and other drugs and aspects of religion and spirituality.** 127 p. 2015. Dissertation (Master of Science in Nursing) - Federal University of Pará, Belém, 2015.

This study aimed to understand the social representations of alcohol and other drugs users in treatment in municipal Center for Health Alcohol and Drug Users (CAPSad) in Belém/PA (Brazil) and aspects of religiosity and spirituality. The specific objectives were to describe the social representation of alcohol and other drugs users under the focus of religiousness. Moreover was performed the analysis of religion and spirituality relationship with abuse coping process from the social representations of users and discuss the importance of the role of nursing in the context of religiousness and treatment of abuse of alcohol and other drugs. This study used Social Representation Theory (SRT) and the exploratory qualitative approach. Sixteen patients of CAPSad were used in this research. Data collection was conducted through individual interviews, using as instruments: an interview script, a questionnaire to characterize the users' profile and a roadmap for implementation of the technique of free association of ideas. The profile of users showed a predominance of males (87.5%) aged 40 to 49 years (37%), single (50%) with complete primary education (50%), not economically active (75%) with income up to one minimum wage (56.2%), with evangelical religion (50%). The main profile of patients showed that the initial age consumption is mostly under 18 years (81.2%) and the relationship with CAPSad on average 2 years (44%). The time abstinence is up to 3 months (56%), showing more than 5 recurrences (50%) and with the higher drug cocaine derivatives (62.5%). The application of the technique of free association of ideas was carried out with the use of stimulus words as "drugs", "treatment", "religion", "spirituality" and "recurrence". From this group of words emerged ideas focused on the phenomenon of drug dependence, spirituality and religiosity. Concerning the analysis and discussion of social representations, we tried to consider the homogeneity of ideas in order to codify the different categories and answer the object of study. The responses of the participants emerged three categories, which were related to social representations of alcohol and drug users focusing on aspects of spirituality and religiosity. Therefore, the present study offers subsidies for nursing professionals try to find more attentively the social representations of alcohol and other drugs and aspects related to religion and spirituality.

Keywords: Psychiatric Nursing. Social Representations. Religion. Spirituality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o sexo, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 2- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a faixa etária, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 3- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o estado civil, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 4- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a escolaridade, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 5- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a situação atual de trabalho, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 6- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a renda, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 7- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a religião, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 8- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a faixa etária de início do consumo de drogas, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 9- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o tempo de vínculo com a instituição, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 10- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o tempo de abstinência, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 11- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o número de recaídas durante o tratamento, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tabela 12- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a droga de maior consumo, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para o Tratamento das dependências de Álcool e outras Drogas.
HCGV	Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
NA	Narcóticos Anônimos
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Política sobre Drogas
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPA	Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Tema	12
1.2. Objeto de estudo	12
1.3. Sobre o tema	12
1.4. Justificativa	15
1.5. Problemática	18
2. OBJETIVOS	25
2.1. Geral	25
2.2. Específicos	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1. Nos caminhos do fenômeno das drogas	26
3.1.1. A política de Atenção Integral em Álcool e outras drogas	28
3.2. A religiosidade e a espiritualidade e o contexto da dependência química	30
4. CAMINHOS METODOLÓGICOS	36
4.1. Referencial teórico-metodológico	36
4.2. Tipo de estudo	37
4.3. Cenário de estudo	38
4.4. Sujeitos da pesquisa	41
4.5. Coleta de dados	42
4.6. Análise das informações	44
4.7. Aspectos éticos	47
5. CONHECENDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	48
5.1. Perfil sociodemográfico	48
5.2. Perfil de tratamento	58
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
6.1. Análise e interpretação da associação livre de ideias	66
6.2. Análise e discussão das representações sociais	76
7. CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE A	120
APÊNDICE B	121
APÊNDICE C	122
APÊNDICE D	123
APÊNDICE E	124
ANEXO A	125

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema

Os dependentes de álcool e outras drogas e os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

1.2 Objeto de estudo

A percepção dos dependentes de álcool e outras drogas sob o enfoque de aspectos religiosos e espirituais em um Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento das dependências de álcool e outras drogas (CAPSad) do município de Belém-PA.

1.3 Sobre o tema

As substâncias psicoativas estão presentes em todas as culturas e são consumidas desde os primórdios da humanidade e em variados contextos. Há estudos que apontam a sua utilização nas guerras, em rituais místicos, passagens religiosas e em comemorações culturais. Atualmente, o consumo de substâncias psicoativas ocorre por diversos fatores que estão ligados ao cotidiano do indivíduo, ao estresse social, às condições socioeconômicas, à cultura, à hereditariedade, fatores psicológicos, entre outros (MOTA, 2009).

Revisitando a história, percebe-se, que a relação entre indivíduo, sociedade e as drogas têm perpassado toda a existência da humanidade. Desde a pré-história, o ser humano vem fazendo uso de substâncias psicoativas para múltiplas finalidades que se estendem desde o seu emprego lúdico, com fins estritamente hedonistas, até o desencadeamento de estados de êxtase místicos, religiosos, assim como, tem sido de grande importância seu uso para fins curativos, seja no âmbito das práticas religiosas tradicionais seja no contexto médico da atualidade (MACRAE, 2002).

Embora esta prática tenha sido incorporada por várias culturas ao longo de milênios, ocorre que algumas pessoas parecem incapazes de utilizar essas substâncias dentro de normas socialmente aceitáveis de consumo e sem prejuízos graves à sua saúde e relações sociais, instalando-se nestes indivíduos padrões de abuso ou dependência de drogas, ignorando distinções de classe social, gênero, etnia ou credo religioso (MOTA, 2009).

O uso abusivo é entendido por Bertolote (2004, p. 61) como o padrão desajustado de uso, indicado pela continuação desse uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente

ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais é fisicamente arriscado.

Nesta perspectiva, não faz sentido falar da temática das drogas associando-a somente às atitudes e comportamentos, supostamente homogêneos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, visto a heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões do mundo que o sustentam e propagam. Ainda neste âmbito, é primordial compreender que o uso das drogas não deve ser examinado isoladamente, já que “todas as tentativas de explicações genéricas, baseadas em premissas filosóficas e psicológicas, tenderam a ficar no nível da rotulação e da estigmatização” (VELHO, 1999, p. 27).

A conotação patológica das drogas, com especificidades morais e de efeito, é construída junto com o desenvolvimento do Cristianismo, da Medicina e das Relações internacionais de comércio. Seu caráter lícito ou ilícito é modificado ao longo do tempo, baseando-se em interesses políticos e econômicos (Lei Seca nos Estados Unidos em 1920; Guerra do ópio entre o Reino Unido e China em 1839, restrições severas às áreas em que é permitido o uso de tabaco, assim como a sua publicidade, etc.). Não há sociedade sem as suas drogas. A qualidade dessa interação vai depender do contexto cultural ou do momento histórico utilizado como referência (MACRAE, 2002; ESCOHOTADO, 1994; BUCHER, 1989).

Assim, é necessária a atenção ao significado do consumo de drogas na configuração social atual, pois este representa uma das subproduções altamente diferenciadas e ricas de ensinamentos sobre a organização da sociedade e seus infortúnios (BUCHER, 1996).

A questão moderna das drogas não é um fenômeno periférico ou alheio à sociedade, não é algo trazido de fora por inimigos externos, é produzida e destilada por ela mesma, “pelo seu modo de produção e distribuição de bens e rendas, pelas metas de lucro a qualquer preço, pelas ambições descontroladas, se não perversas de ganâncias fáceis, pelas leis de mercado, da oferta e da demanda, apoiadas em uma legalidade duvidosa” (BUCHER, 1996, p.46).

Pode-se considerar que o funcionamento social é tão prejudicial quanto às doenças que produz. Bucher (1996, p.47) problematiza posicionamentos que levam a conclusões unilaterais, apontando que precisamos ir além dos questionamentos que buscam explicar e justificar como o usuário de drogas interfere na vida da família, da comunidade e da sociedade onde vive, nos permitindo, também, analisar

como essas organizações interferem na vida desses sujeitos ao ponto deles se verem excluídos, marginalizarem-se ou entregarem-se às drogas, pois seguindo uma lógica unilateral, o usuário, de exposto a fatores de risco, é transformado em fator de risco para os outros. Na busca por explicar essa realidade, diante da complexidade do fenômeno, a ciência vem tentando justificar a problemática relação da sociedade e de seus indivíduos com as diversas substâncias psicoativas que se apresentam de forma cada vez mais abundante nos espaços sociais.

A Dependência Química é uma síndrome que se caracteriza pela perda do controle do uso de determinada substância psicoativa. Os agentes psicoativos atuam sobre o sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos e estimulando o consumo repetido dessa substância. Temos como exemplos o álcool, drogas ilícitas e a nicotina (DALGALARRONDO, 2008). Para muitos autores, a dependência química pode ser considerada uma doença, pois apresenta sintomas como intolerância, crises de abstinência, insônia e tremores quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso, entre outros.

Na área da saúde, o diagnóstico de dependência segue determinados critérios e aplica-se ao consumo patológico de qualquer tipo de substância psicoativa, o que caracteriza um transtorno psiquiátrico crônico, pelo qual o indivíduo consumidor está sujeito a apresentar uma série de prejuízos e comprometimentos, devido ao seu consumo (GALANTER; KLEBER, 1997). Os prejuízos podem abranger diversas áreas do funcionamento do indivíduo, não restritos ao aspecto biológico, mas interferindo também em aspectos sociais, psicológicos, educacionais, legais e criminais, entre outros (BRASIL, 2002a). Todos os esforços despendidos para a redução do uso nocivo ou para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas visam melhorar o nível de saúde e a qualidade de vida do indivíduo (RUSH, 2003).

No contexto da saúde, o consumo de substâncias, especialmente do álcool, no Brasil, representa um entrave. O impacto do consumo excessivo de bebidas alcoólicas em países em desenvolvimento (incluindo o Brasil) constitui-se num dos principais fatores responsáveis pela causa de doenças e mortalidade com impacto estimado entre 8% e 14% do total de problemas de saúde desses locais (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

No Brasil é relativamente recente a preocupação com a definição de políticas públicas para a questão do consumo de álcool e outras drogas. Somente em 2003 é

que foi lançada a “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” (BRASIL, 2003). A estratégia de redução de danos tem sido uma das abordagens mais eficazes da saúde pública em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, porque se destina, sobretudo, a minimizar os problemas de saúde decorrentes do uso abusivo de drogas ao invés de reprimir o uso ou tentar eliminar. As ações de redução de danos compreendem que as drogas lícitas e ilícitas fazem parte do processo histórico e social, visando o fortalecimento dos indivíduos e grupos, por meio de métodos participativos e inclusivos (CANOLETTI; SOARES, 2005).

No que se refere à religiosidade e espiritualidade e sua relação no processo de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, verificou-se que no estudo de Sanchez *et al.* (2004, p. 45) a maior diferença entre adolescentes usuários e não usuários de drogas psicotrópicas, de classe socioeconômica baixa, era a sua religiosidade e a de sua família. Observou-se que 81% dos não usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração e que apenas 13% dos usuários de drogas faziam o mesmo.

Alguns autores sugerem que a religiosidade pode auxiliar no processo de recuperação de dependentes de drogas pelas seguintes vias: aumento do otimismo, percepção do suporte social, resistência ao estresse e diminuição dos níveis de ansiedade. Para Barret *et al.* (1988, p. 465) este mecanismo estaria muito mais relacionado a questões sociais, como a ressocialização do jovem por meio de reestruturação da rede de amigos, colocando-o em um ambiente sem oferta de drogas.

Pardini *et al.* (2000 p. 348) ressaltam que enquanto há poucas pesquisas científicas analisando o impacto e mecanismo da religiosidade no tratamento de dependentes de drogas, muitos investigadores teorizam tais fatores. As conclusões, em geral, são pautadas em suas crenças e resultados quantitativos indiretos desses estudos. Desta forma, esses autores sugerem pesquisas qualitativas que permitam a compreensão do fenômeno em suas múltiplas dimensões.

1.4 Justificativa

A proposta de desenvolvimento deste estudo baseou-se nas experiências vivenciadas a partir de minha formação acadêmica e persistiu durante a prática assistencial como enfermeira. O meu primeiro contato com a temática surgiu ainda

na graduação por meio das disciplinas “Enfermagem em Saúde Mental” e “Enfermagem Psiquiátrica”, quando percebi de perto o sofrimento de pessoas que lutam contra a dependência química, dentro do CAPSad e no Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (HCGV), em Belém.

Ainda na graduação, o interesse pela temática foi potencializado por meio da elaboração e participação no Projeto de Extensão do Programa de Apoio às Atividades de Ensino e Extensão da Universidade do Estado do Pará (2008) com o tema “Projeto de educação em saúde sobre a prevenção de álcool e outras drogas na adolescência”, intensificando, assim, experiências acadêmicas voltadas à pesquisa e formação pedagógica e especial para o tema em questão.

Em abril de 2013, passei a atuar como enfermeira em um CAPSad no município de Belém. Esse centro apresenta como proposta institucional, a elaboração individualizada de plano terapêutico, de acordo com a necessidade de cada paciente e por meio de atenção da equipe multiprofissional. Nesse contexto, a relação disfuncional que muitas pessoas estabelecem com as substâncias psicoativas sempre me trouxe inquietações relacionadas às variáveis que poderiam ser consideradas como fatores protetores ou que pudessem favorecer os processos de reabilitação, e estão inclusos nestes fatores os aspectos pertinentes à religiosidade e espiritualidade.

Em razão da minha formação acadêmica, de observações cotidianas, de prática profissional, e de indagações a respeito da assistência desenvolvida, tudo isso fez com que a questão da religiosidade e da espiritualidade dentro das Representações Sociais (RS) de dependentes de álcool e outras drogas emergissem como um importante tema a ser pesquisado.

Outra razão que pode ser destacada relaciona-se ao que diz respeito à assistência religiosa e espiritual, que vem sendo difundida, quando se fala em cuidado integral. Esse movimento é evidente na enfermagem, que também tem contribuído com a produção do conhecimento na área, entretanto, observam-se divergências sobre o papel do enfermeiro em relação ao cuidado espiritual (SÁ, 2009).

Recentemente, a literatura tem demonstrado que este profissional está mais sensibilizado à dimensão do cuidado espiritual. Contudo, as habilidades do enfermeiro para identificar e avaliar este cuidado necessitam ser aprimoradas, além

da necessidade de maior esclarecimento e conhecimento dos conceitos e embasamento científico por meio de pesquisas nessa área (ROSS, 2006).

A enfermagem tem se destacado como uma profissão de importante proximidade com o paciente e, por isso, é responsável por um olhar holístico que contempla, no processo de cuidar, as dimensões biológica, mental, emocional e espiritual do ser humano. Sob esta ótica, a compreensão acerca de termos como espiritualidade e religiosidade é fundamental para o oferecimento do cuidado de enfermagem, desde a promoção de saúde até sua reabilitação.

É desejável que as instituições de saúde reconheçam o cuidado espiritual como parte integrante da assistência integral aos pacientes e que valorizem os enfermeiros como elementos essenciais da equipe de saúde para efetivar esse cuidado.

Dentro desta perspectiva, ressalta-se a importância dessa forma de assistência, sobretudo atrelada à questão da dependência de álcool e outras drogas, haja vista que durante o trabalho desenvolvido no CAPSad, deparei-me constantemente durante os atendimentos individuais e nos grupos terapêuticos com depoimentos de usuários relacionados à religiosidade e espiritualidade, sendo que, na maioria das vezes, esses aparecem como fundamentais ou auxiliares no processo de tratamento. No entanto, pude observar que essas questões ainda são trabalhadas de forma incipiente pela equipe de enfermagem.

Neste sentido, dentro da linha de pesquisa do mestrado acadêmico, voltada para a *Educação, formação e gestão para a práxis do cuidado em saúde e enfermagem no contexto amazônico* é importante que sejam realizados estudos desta natureza, capazes de instigar à gestão acadêmica para que sejam mantidos e ampliados os espaços para a discussão, a reflexão e a ação sobre a religiosidade e a espiritualidade nos conteúdos teóricos e nas práticas de cuidar, de forma que os futuros enfermeiros possam compreender com maior eficácia a visão de mundo qual, o papel da religiosidade e/ou espiritualidade na vida dos usuários, os quais, ordinariamente, a partir desta concepção, elaboram formas de cuidados e práticas de saúde que atendam a sua realidade de vida, e, com isso, ofereçam um cuidado integral, além de contribuir para o aprimoramento da assistência prestada no *lócus* da pesquisa, uma vez que poderá revelar algumas lacunas e/ou limitações no cuidado integral que deve ser oferecido.

Ao refletir sobre gestão acadêmica é necessário ficar atento para a complexidade do tema, além de conjecturar acerca da necessidade de se compreender o contexto em que o ser humano contemporâneo se insere. Estendendo estas questões no âmbito das Universidades que, de fato, pretendam fazer frente às novas demandas epistemológicas, ampliando suas formas de atuação, devem estar atentas na criação de condições para o desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos, viabilizando a todos uma compreensão da realidade cultural, social, espiritual, política e econômica do país. Diante disso, torna-se possível a produção de críticas construtivas, a solidificação de novos conhecimentos, a construção de valores pautados na ética, mormente a inserção de cidadãos conscientes e dotados de tecnicidade no seio social e no mercado de trabalho.

Desse modo, tendo por base minha experiência prática, destaco a importância do gestor acadêmico adotar uma postura intelectual de articulação da integralidade da assistência de enfermagem com outros fatores, como os da religiosidade e espiritualidade, não esquecendo que as ações exercidas na prática, além de fortalecer o ensino, contribuem para um cuidado de qualidade.

Tais fatores, nesse sentido, certamente têm importância, e a ciência não pode ignorar o fato. O esforço de se estabelecer uma relação entre estes fatores e a dependência de álcool e outras drogas pode ajudar a esclarecer como o exercício da vida espiritual e/ou religiosa tem potencial para resultar em uma mudança positiva para o indivíduo em processo de reabilitação em relação ao uso de substâncias psicoativas.

Portanto, as inquietações decorrentes dessas vivências e constatações transformaram-se no cerne dessa pesquisa que pretende oferecer contribuição acadêmica a partir da compreensão das representações sociais de dependentes de álcool e outras drogas sob os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

1.5 Problemática

A preocupação em relação ao uso de drogas se expandiu por todo o mundo. Entretanto, no Brasil, é só na virada para o século XXI que se percebe a problemática das drogas como questão social, na qual vários atores, dos mais diferentes setores da sociedade, passam a se ocupar do problema. É importante destacar que até o final da década de 1990, no Brasil, as pessoas que sofriam de

transtornos mentais, decorrentes do uso de drogas, eram internadas em clínicas psiquiátricas, sendo submetidas, junto aos doentes mentais, às mais diversas formas de violência (SARACENO, 2001).

Conforme pontuam Faria e Schneider (2009, p. 329) este é um momento desafiador para a consolidação das políticas públicas na área da saúde mental, pois já temos, no Brasil, por meio do Ministério da Saúde, ações e leis que propõem um novo modelo de atenção, decorrentes de décadas de debates, lutas e iniciativas legislativas, contrapondo-se ao modelo clássico da psiquiatria que, com ênfase hospitalocêntrica, promovia o isolamento da loucura e a desqualificação do sujeito com sofrimento psíquico. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica prevê, entre outras propostas, a desinstitucionalização, com diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a oferta de serviços próximos ao território dos sujeitos, possibilitando a participação de novos agentes no processo de pensar a saúde.

Nesse sentido, entende-se que até o ano de 2002, a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Predominavam as “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma. Somente a partir de 2003, o Brasil reviu a necessidade de mudança da Lei 6.368/76 que, com viés persecutório e criminalizador do usuário, era demasiado ineficiente (KARAM, 2007).

Estabelecendo uma política nacional sobre o cuidado às pessoas com dependência de drogas, que assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, a Lei 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), que prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crime e dá outras providências (KARAM, 2007).

Vale salientar que os CAPSad foram lançados oficialmente pelo Ministério da Saúde apenas em 2004, tendo como fundamento a diretriz clínica - política da Redução de Danos. Os CAPSad incluem como objetivo trabalhar em rede com outros serviços de assistência à saúde, de educação, de cultura, de assistência social e diretamente com a comunidade (BRASIL, 2008).

O CAPS para usuários de álcool e outras drogas destaca-se pelo atendimento especializado a pessoas que fazem uso prejudicial dessas substâncias, realizando o acompanhamento clínico, reinserindo o usuário na sociedade e incentivando sua autonomia, além de ter como estratégia de atenção a redução de danos, que visa minimizar os danos individuais e sociais causados pelo uso das substâncias psicoativas (SPA), e considera o usuário como protagonista de seu tratamento (BRASIL, 2005).

Com importante papel no cenário da Reforma Psiquiátrica, os CAPS buscam oferecer serviços dentro de uma nova lógica de saúde, constituindo-se como instituições abertas e regionalizadas, formadas por equipes multidisciplinares, ofertando novos tipos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário), e não somente nos diagnósticos psicopatológicos e medicações, tendo como meta a reintegração social do usuário. O modelo do CAPSad segue a lógica de territorialização, com a proposta de uma convivência junto à comunidade e à família-ferramentas fundamentais para a política de cuidado, de reinserção social e o respeito à cidadania aos usuários com dependência química (BRASIL, 2008).

O atendimento no CAPSad, é realizado por uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas, segundo portaria regulamentadora, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, dentre eles o CAPSad. A equipe técnica mínima para atuação será composta por: 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002b).

Estes profissionais desenvolvem atendimentos individualizados e atendimentos em grupo. Ainda são realizadas visitas domiciliares, atividades comunitárias de prevenção e cuidado à família. Além disso, também oferece condições para o repouso ambulatorial de pacientes que necessitem de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004a).

Neste sentido, os profissionais estão preparados para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004a).

A proposta do acolhimento visa atender a todas as pessoas, seja usuário, familiar ou comunidade, de forma a priorizar uma escuta de qualidade, valorizando a fala e o pedido do usuário, na construção de vínculos, identificação de risco e vulnerabilidade e na pactuação com o usuário das respostas mais adequadas aquela demanda. Esse movimento gera um atendimento mais humanizado, resolutivo e responsável (BRASIL, 2004a).

O usuário, ao ser acolhido no serviço, passa por atendimento médico, psicológico, ações do serviço social, além de outras atividades como: trabalhos manuais, atividades físicas, grupos de família, coral, oficinas informativas, palestras, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, autocuidado, artes, momentos de lazer, alfabetização, jogos e recreação; ainda, relaxamento e música sob a perspectiva de minimizar os danos provocados pelo abuso das drogas (BRASIL, 2008).

Esse primeiro contato realizado em condições ideais auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, o que reflete diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Durante o acolhimento, a pessoa também é orientada em relação à dinâmica do serviço e suas modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo).

Acolher, portanto, é uma atitude transversal ao processo de trabalho no serviço. É mais que receber ou realizar a triagem, este processo envolve um olhar sem sobreposição do outro. Acolher é voltar-se ao outro, é surpreender-se com sua história, é valorizar o que se apresenta (BRASIL, 2014a).

Por esse motivo é sugerido que todos os profissionais nos serviços do SUS estejam implicados no processo, participando das reuniões de equipe e que se façam entender em suas dúvidas e que possam expressar suas opiniões, para que assim, contribuam para todo o funcionamento do serviço e, portanto, na postura e objetivo do acolhimento aos usuários (BRASIL, 2014a).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários em tratamento no CAPSad depende de muitas variáveis, desde o comprometimento

psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPSad não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, são cuidadosamente preparados e ocorrem de forma gradativa (BRASIL, 2004c).

Considerando a possível necessidade de um acompanhamento de maior assistência, o usuário será encaminhado a outro serviço de maior ou menor complexidade: hospital psiquiátrico, hospital dia, hospital clínico ou ambulatório de saúde mental.

Neste sentido, a rede assistencial do Sistema Único de Saúde para álcool e outras drogas deve estar integrada com os outros serviços de saúde existentes, bem como a comunidade, facilitando a construção de redes de suporte social, estabelecendo parcerias com os setores da educação, do trabalho, da promoção social, da cultura, do esporte e outras instâncias, importantes para a promoção à saúde, prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas, de forma contínua, considerando a resposta intersectorial a esta situação (BRASIL, 2007).

Sob este aspecto, entende-se de fundamental importância o suporte da Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, que se configura como resultado de um processo de mobilização de usuários, familiares e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica nacional para a mudança de paradigma da atenção ao cuidado.

A RAPS se insere como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção a Saúde (RAS) com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2014a).

Portanto, o funcionamento desta rede dependerá da capacidade dos trabalhadores se conectarem aos outros que estão inseridos nos diversos espaços e na comunidade. Nessa perspectiva, a RAPS é a estratégia adotada pelo SUS para operacionalizar as mudanças no modelo de atenção psicossocial, com estratégia construída a partir de múltiplas referências mundiais e amplamente debatida nas conferências de saúde mental (BRASIL, 2014a).

Sabe-se que as transformações sociais, desde as últimas décadas do século passado, contribuíram para o agravamento global dos problemas relacionados às

drogas, tornando-o, na grande maioria dos países, um problema de saúde coletiva. Vários autores, especialistas em dependência química, (BULCHER, 1992; CARLINI et al. 2006) têm demonstrado o aumento do consumo de drogas.

O processo de globalização econômica, a crescente ruptura das barreiras geopolíticas e culturais, o crescimento do desemprego, a pobreza e a miséria têm contribuído para a disseminação do consumo de drogas no mundo inteiro, ameaçando a ordem social, gerando problemas de saúde e prejudicando a qualidade de vida das populações (VARGAS, 1998; PROCÓPIO, 1999).

Diante desse quadro, é preciso compreender o fenômeno do uso de drogas psicoativas como um problema complexo de natureza biopsicossocial, com determinações historicamente construídas, presente nas ideologias, nas práticas de saúde e de educação, e que, nas últimas décadas, vem se ampliando de forma considerável em todas as culturas e sociedades.

Para abordar essa questão não se pode reduzi-la a um biologismo medicalizante e moralista, conforme alerta Velho (1985, p.40). Em vez disso, é necessário questionar as “verdades” estabelecidas, concepções e saberes construídos sobre essa realidade, aproximar-se e avaliar as determinações, os interesses políticos e econômicos em jogo. É preciso conhecer os processos e os contextos de dimensões estratégicas que o problema das drogas vem assumindo nas sociedades modernas, em vez de focalizar situações isoladas. Esses são desafios que se colocam para os profissionais de saúde, tendo essas questões como parte do cotidiano e de sua prática.

Na área da saúde e mais precisamente na enfermagem, podem-se observar diversas mudanças no perfil do trabalho desenvolvido. A humanização da assistência tem sido um tema preconizado por várias instituições preocupadas em oferecer um cuidado integral ao cliente, analisando-o em sua totalidade, dentro deste contexto. O *cuidar* conquista uma dimensão maior e mais abrangente, enfatizando não só as necessidades biológicas, mas também as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais. Este paradigma emergente é também chamado de holístico (AYRES, 2005).

Backes *et al.* (2009, p.71) afirmam que a palavra *holismo* deriva do grego *holikós*, que significa todo, inteiro, completo. Esta prática evita tratar de forma isolada o processo saúde-doença, fazendo com que a saúde seja subtendida como

uma mudança contínua aos desafios ambientais e ao equilíbrio dinâmico do organismo.

Entende-se, portanto, que a problemática do abuso das drogas atinge a sociedade em todos os seus segmentos e que a área da saúde é atribuída ao cuidado holístico do usuário, incluindo dentre outros, o aspecto da religiosidade e espiritualidade.

Dentro dessa perspectiva de cuidado, compreende-se que a enfermagem está se dirigindo a uma nova era, e para que isso realmente aconteça, é preciso que os profissionais atuem de forma humana em seu processo de trabalho. Neste sentido, aspectos religiosos e espirituais se fazem presentes no mundo do cuidado terapêutico e é preciso que os profissionais detenham essa mudança no sentido de refletir sobre o trabalho desenvolvido.

Portanto, tais situações serviram como subsídios para as seguintes questões:

- Quais as representações sociais dos usuários de álcool e outras drogas sob o enfoque da religiosidade e espiritualidade?
- Qual a relação da religiosidade e espiritualidade com o processo de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas?
- Qual a importância papel da enfermagem na perspectiva da religiosidade e espiritualidade durante o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas?

2 OBJETIVOS

2.2 Geral

Compreender as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas em tratamento no CAPSad municipal em Belém/PA e os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

2.3 Específicos

- Descrever as representações sociais dos usuários de álcool e outras drogas sob o enfoque da religiosidade e espiritualidade;
- Analisar a relação da religiosidade e espiritualidade com processo de enfrentamento do uso abusivo, a partir das representações sociais dos usuários;
- Discutir a importância do papel da enfermagem na perspectiva da religiosidade e espiritualidade e o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Nos caminhos do fenômeno das drogas

O abuso no consumo de drogas lícitas e ilícitas e a evolução que o fenômeno da dependência de drogas experimentou, no decorrer dos anos, tornam-se um problema de saúde pública na maioria dos países pelas múltiplas consequências negativas que o seu consumo provoca sobre o desenvolvimento emocional e físico das pessoas (UNITED NATIONS OFFICE OF DRUG AND CRIME, 2006; WINTERS *et al*, 2002).

Na atualidade, a droga representa um problema mundial, cuja dimensão afeta setores importantes na sociedade, como a economia, a política, a segurança, os sistemas de saúde e educação e a governabilidade de algumas nações. Para Costa (2009), Procópio (1999) e Sá (1999), dentre outros, um aspecto atual do fenômeno é a criação de instrumentos legais para regulamentar a produção, a comercialização e o consumo de drogas. Tais instrumentos, como a Lei nº 6.368/76 (BRASIL, 1976), propõem estabelecer a diferença entre drogas legais e ilegais, e impõem um controle que, na prática, pouco controla; ao contrário, afirma Gorgulho (2000, p. 1), estimula a produção, distribuição e consumo.

As drogas e o narcotráfico estão entre os assuntos mais polêmicos e mais debatidos na sociedade, embora nem sempre se discuta o problema em profundidade. O mercado de drogas se estrutura como uma das atividades mais lucrativas, globalmente difundidas, superada apenas pela indústria bélica. A globalização do fenômeno das drogas faz com que ele receba um tratamento equivocado e subdimensionado pela mídia, utilizado por países de maior poder econômico, como os Estados Unidos, ao exercerem sua influência sobre questões referentes ao comércio de drogas ilícitas e lícitas, bem como ao subvencionarem os esforços de guerra interferindo em políticas locais, na América do Sul, e em outras regiões (HOROVITZ, 1999; PROCÓPIO, 1999; SÁ, 1999; GORGULHO, 2000).

A interface do problema das drogas entre a saúde e o social expõe as contradições da relação da sociedade com esse fenômeno: o uso é amplamente difundido, tanto no que tange às drogas legais quanto às ilegais, e ao mesmo tempo, é tratado como algo proibido. Desta forma, o que ocorre é que por um lado há a crença da possibilidade de uma sociedade capaz de se libertar das drogas, e por outro, um incentivo ao consumo de drogas psicoativas (nestas inclusos o álcool e os medicamentos psicoativos).

Sob esse aspecto, recente relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime do ano de 2013, afirma que enquanto o uso de drogas tradicionais, como a heroína e a cocaína, parece estar em declínio em algumas partes do mundo, o abuso de medicamentos de prescrição e de novas substâncias psicoativas está crescendo. Na Europa, o consumo de heroína parece estar em declínio. Em contrapartida, o mercado de cocaína parece estar se expandindo na América do Sul e nas economias emergentes da Ásia. O uso de opiáceos (heroína e ópio), por outro lado, continuam estáveis (cerca de 16 milhões de pessoas, ou 0,4% da população entre 15 e 64 anos), apesar de uma alta prevalência de uso de opiáceos relatada no Sudoeste e Centro da Ásia, Sudeste e Leste da Europa e América do Norte.

Novos dados revelam que a prevalência de pessoas que injetam drogas e também vivem com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) em 2011 foi menor do que o estimado anteriormente: a estimativa é de que 14 milhões de pessoas entre as idades de 15 e 64 anos usem drogas injetáveis, enquanto 1,6 milhões de pessoas que injetam drogas também vivem com HIV. Estas estimativas revisadas são 12% mais baixas para o número de pessoas que injetam drogas e 46% mais baixas para o número de pessoas que injetam drogas e vivem com HIV. As mudanças são resultado da revisão de estimativas em países que adquiriram novos dados de vigilância comportamental desde as estimativas anteriores, que foram feitas em 2008 (UNITED NATIONS OFFICE OF DRUG AND CRIME, 2013).

As estimativas da quantidade de cocaína fabricada variaram de 776 a 1.051 toneladas em 2011, praticamente inalterada em relação ao ano anterior. As maiores apreensões de cocaína do mundo - não ajustada para pureza - continuam a ser relatadas na Colômbia (200 toneladas) e nos Estados Unidos (94 toneladas). O uso de cocaína continua caindo nos Estados Unidos, o maior mercado de cocaína do mundo. Em contrapartida, aumentos significativos nas apreensões têm sido observados na Ásia, Oceania, América Central e do Sul e no Caribe em 2011 (UNITED NATIONS OFFICE OF DRUG AND CRIME, 2013).

O relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime do ano de 2013 destaca também que o uso de estimulantes do tipo anfetamínico (ATS, na sigla em inglês), excluindo o *ecstasy*, continua a ser generalizado em nível mundial e parece estar aumentando na maioria das regiões. Em 2011, cerca de 0,7% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos (33,8 milhões de pessoas) tinham

usado ATS no ano anterior. Metanfetaminas continuam a dominar o negócio de ATS, correspondendo a 71% das apreensões globais de ATS em 2011.

No entanto, a *cannabis* continua a ser a substância ilícita mais utilizada. Enquanto o uso de *cannabis* tem claramente diminuído entre os jovens na Europa, durante a última década, houve um pequeno aumento na prevalência de usuários de *cannabis* (180 milhões, ou 3,9% da população entre 15 e 64 anos), em comparação com as estimativas anteriores em 2009.

3.1.1 A Política de Atenção Integral em Álcool e outras drogas

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei 8.080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira; no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à Saúde, avança de forma consistente na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada (Brasil, 2003). O SUS tem seu funcionamento organizado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde.

O texto da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população.

As conferências de saúde, definidas e instituídas pela Lei 8.142/90, têm como atribuição avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas afins, nas três esferas de governo. De forma análoga, as conferências de saúde mental constituem o foro maior de debates em torno de questões relacionadas a esta área específica de atuação. Nesta condição, vemos o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida no ano de 2001 que

evidenciou, de forma ética e diretiva, a (re) afirmação e (re) elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde.

Assim, no campo da Política de Atenção Integral em álcool e outras drogas, no Brasil, vimos que o tema tem sido tratado de modo pontual, contando com esforços de setores e grupos preocupados com o aumento exponencial do problema do uso abusivo de álcool e outras drogas. É importante, portanto, destacar que o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Esta decisão atende às propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM, 2001).

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência.

Frente a este objetivo, são traçadas estratégias de abordagem para sua consecução: redução da oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado através de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que deve ser feito em cada situação, com cada usuário, o que é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas, não para abstinência como único objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros.

Porém, observamos que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

3.2 A religiosidade e a espiritualidade, e o contexto da dependência química

Como já foi destacado, observa-se que a história recente da área da saúde demonstra uma crescente valorização da religiosidade e da espiritualidade enquanto recursos terapêuticos e objetos de pesquisa (COOK, 2004; MONOD *et al*, 2011). Em consonância, este movimento está atrelado à produção de conhecimento e desenvolvimento de instrumentos psicométricos como forma de avaliar as diversas facetas dessas dimensões. Essa mesma realidade se reproduz no âmbito da área que explora temas correlatos ao uso de álcool e outras drogas (GALANTER *et al*, 2007; MONOD *et al*, 2011; KOENING *et al*, 1994).

Neste sentido, é preciso dar destaque para as distinções conceituais entre os termos “espiritualidade” e “religiosidade”, considerando que os mesmos têm sido eventualmente interpretados como sinônimos. Neste estudo, a espiritualidade será aquilo que dá as pessoas sentido e propósito na vida e diz respeito à influência de Deus como um Ser Superior que interfere no viver humano, refere-se, portanto, ao transcendente e não mantém relação com uma religião específica (KOENING, 2008). A religiosidade, por sua vez, é entendida como uma prática sectária (GALANTER *et al*, 2007), que faz parte de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, criados para facilitar a aproximação com o sagrado ou o transcendente (MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006).

Nesse aspecto, entende-se que as definições dos termos que estão relacionados à religiosidade são complexas e numerosas. Alguns autores a definem como atributos relativos a uma religião específica, diferenciando-a de espiritualidade. Lukoff (1992, p. 675) distinguiu religiosidade de espiritualidade, definindo a primeira como adesão e crenças e a práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada, e a segunda como a relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força maior na qual ela acredita.

Worthington *et al.* (1996, p. 457), definiram uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição. Já uma pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada.

Os termos religiosidade e espiritualidade são propostos por Miller (1998) e Sullivan (1993), sendo que o primeiro refere-se à representação da crença e à prática dos fundamentos propostos por uma religião, e o segundo considera espiritualidade como uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um “Deus”, sendo aquela responsável pela ligação do “eu” com o Universo e com os outros.

No entanto, Hill *et al.* (2000, p. 65), alertam que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirmam que a tendência de polarizá-los não é frutífera à pesquisa científica.

Cook (2004, p. 540) realizou um levantamento retrospectivo em duas importantes bases de dados sobre o significado ao termo “espiritualidade” na literatura científica ao longo de aproximadamente 25 anos e observou que houve um aumento significativo na frequência deste termo, associado a estudos das áreas de ciências sociais e médicas. Também foi encontrado um aumento no número de trabalhos que relacionam espiritualidade com assuntos correlatos ao uso de substâncias. Espiritualidade, historicamente, fez referência à influência de Deus, a um Ser superior interferindo nas vidas humanas. Posteriormente, no século XX, a palavra foi amplamente difundida para vários idiomas relacionada ou não a contradições religiosas, mas ainda sem conceituação plenamente satisfatória (WAKEFIELD; SHELDRAKE, 2003).

No que remete ao estudo no campo das dependências, uma definição, estruturada a partir da revisão bibliográfica sistematizada, traz a seguinte proposta de conceito:

espiritualidade é uma distinta e potencialmente criativa dimensão universal da experiência humana, resultante da percepção subjetiva interna dos indivíduos e sua inserção dentro de comunidades, grupos sociais e tradições. Pode ser vivenciada como uma relação íntima, pessoal, que faz parte da essência do ser com ele mesmo e com o outro, e/ou uma relação com a qual a totalidade do outro transcende além de si mesmo. Isto é experimentado como sendo de fundamental importância, e tem relação com o significado do sentido e propósito da vida, da verdade e dos valores (COOK, 2004, p. 541).

Cabe destacar também outra definição que salienta que espiritualidade não mantém relações com determinada prática religiosa, mas sim, com a relação transcendental da alma com a divindade e a mudança produzida a partir dela (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2006).

Frente ao exposto, não é possível ignorar o fato de que o termo “espiritualidade” é amplamente interpretado como o sinônimo de “religiosidade”. Religiosidade se refere a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos criados para facilitar a aproximação com o sagrado ou o transcendente, enquanto a espiritualidade é uma dimensão pessoal para a compreensão de questões sobre a vida, sobre significados e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, pelo qual pode (ou não) estar relacionado com o desenvolvimento de rituais religiosos e a formação de comunidades (MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006).

Portanto, é possível afirmar que exista uma elaboração da espiritualidade que possa ser moldada em relação à melhora dos quadros de uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas (GALANTER *et al*, 2007), e isso é fundamental, pois estudos vêm mostrando que a espiritualidade está relacionada com menor nível de uso de substâncias e, para os casos de pacientes que já estão em tratamento, tem sido considerada uma ferramenta terapêutica útil para reduzir episódios de recaídas (LEIGH; BROWEN; MARLATT, 2005; ARNOLD *et al*, 2008).

Os mecanismos em que a espiritualidade atua sobre os processos de tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas ainda necessitam de maiores estudos e esclarecimentos, apesar disso, os adeptos de programas orientados para a espiritualidade afirmam que a crença em um poder superior é fundamental para o processo de mudança de um comportamento, especialmente o

de consumir álcool ou drogas (ARNOLD *et al*, 2008). O fator espiritualidade para esses grupos e determinadas comunidades terapêuticas é tão importante que constitui um dos princípios fundamentais do tipo de abordagem que utilizam.

Pardini *et al*. (2000, p. 353), em seu estudo com 237 pacientes em recuperação para dependências, concluiu que altos níveis de religiosidade e espiritualidade predizem orientações mais otimistas de vida, melhor suporte social, mais resistência para estresse e menores níveis de ansiedade.

Em oposição ao exposto, certos trabalhos científicos não encontraram relação entre orientação espiritual e motivação na manutenção do estado de abstinência (CHRISTO; FRANEY, 1995; MURRAY; MALCARNE; GOGGIN, 2003). Dalgarrondo *et al*. (2004, p. 30), em consonância com outros estudos nacionais e internacionais, mostraram que dimensões da religiosidade estão relacionadas com a modulação do uso de álcool e drogas em adolescentes, concluindo-se que ao aderir a uma denominação religiosa e envolver-se com padrões de religiosidade, adere-se a um conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais, enfim, que inclui, entre outras coisas, a aceitação ou recusa ao uso de álcool e drogas.

No que tange a algumas populações-alvo específicas, como no caso de usuários de álcool e drogas, o tema em questão torna-se ainda mais relevante, uma vez que as práticas espirituais e religiosas por dependentes de substâncias estão frequentemente associadas à manutenção de estado de abstinências, permanência nos programas de tratamento e as outras atitudes que reforçam os recursos de força pessoal (CHU; SUNG; HSIAO, 2012).

Nesse contexto, espiritualidade relaciona-se com a manutenção do estado de sobriedade, satisfação pessoal, redução de episódios de *binge drinking* (*beber episódico*), orientações mais otimistas de vida, melhor suporte social e menores níveis de ansiedade (LEIGH; BOWEN, MARLATT, 2005; POAGE; KETZENBERGER; OLSON, 2004).

O exercício da dimensão espiritual, especialmente para indivíduos vinculados a grupos que preconizam abstinência de drogas e álcool, tais como os Narcóticos Anônimos (NA) e os Alcoólicos Anônimos (AA), tem sido associado à redução do padrão de consumo e maior nível motivacional para mudanças do comportamento de uso de substâncias psicoativas, bem como a diminuição dos episódios de *craving* ou *fissura* e maior visão crítica sobre as consequências do beber (GALANTER *et al*, 2007; KRENTZMAN *et al*, 2011).

A literatura tem evidenciado que a prática religiosa está associada entre menos consumo de álcool para aqueles com maior vinculação religiosa e assim vice-versa (LARSON; WILSON, 1980; KOENIG *et al*, 1994), tendo como justificativa, talvez, o controle das normas religiosas que as igrejas “estabelecem” ou mesmo as motivações pessoais em relação às crenças ou fé espiritual que envolvem tais comportamentos. Devido a estes resultados, a religião tem sido considerada como um fator de proteção importante que influencia a morbidade e a mortalidade, justificada epidemiologicamente, cujos efeitos são vistos tanto na prevenção quanto no cuidado primário da saúde (ASTROW; PUCHALSKY, SULMASY, 2001).

As crenças e as práticas religiosas geram um efeito positivo na satisfação pessoal, bem-estar psicológico e no estilo de vida. Como resultados, todos esses benefícios acabam influenciando em diversos aspectos da saúde e foram notados como influenciadores na manutenção geral do autocuidado de um indivíduo saudável e em casos de recuperação de uma doença (DOSSEY, 2000; ELLISON, 1991).

De acordo com Wallace e Williams (1997, p. 730), existem vários fatores que avaliam a religião e a melhor condição de saúde, incluindo comportamentos e práticas saudáveis, suporte social, identidade de grupo e ensinamentos e um sistema coerente de valores morais.

O papel da religião em motivar um estilo de vida saudável e a redução do uso de substâncias apresenta um potencial importante para a prevenção de doenças. Uma das estratégias de prevenção poderia utilizar o bom uso dos efeitos protetores da religião. Um estudo revelou a religiosidade com um fato protetor entre adolescentes que usavam e abusavam de substâncias e os indicadores de religiosidade estiveram inversamente associados ao consumo de álcool ou drogas ilícitas (MILLER *et al*, 2000).

Entre os diferentes motivos para o não beber, a doutrina religiosa foi apreciada com um fator chave. Além disso, quando o indivíduo pode recorrer às substâncias em situações estressantes, orar pode ser identificada como forma de encontrar segurança e estar relacionada a baixos níveis de uso (STRITZKE; BUTT, 2001).

Com relação à religiosidade, evidências recentes sugerem, ainda, que o consumo de drogas, e especialmente o álcool, é diretamente influenciado pela religião professada e por sua prática, agindo como fator protetor do uso de substâncias para a população (prioritariamente para jovens), o que nem sempre

pode ser atribuído à espiritualidade (GNAT, 2006; PILLON *et al*, 2010; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Paradoxalmente aos achados recorrentes na literatura, até mesmo nos estudos que não encontram resultados condizentes com a afirmativa de que a prática espiritual pode favorecer diretamente o usuário de álcool e/ou drogas. Verifica-se, que o exercício da espiritualidade pode ser significativamente efetivo para melhora nos quadros de ansiedade e depressão, comuns aos processos de mudança de comportamento (ARNOL *et al*, 2002).

Nesta mesma perspectiva, emerge a questão da humanização e do cuidado holístico, que passa a ser incorporada no processo de formação do profissional de Enfermagem, principalmente a partir do desenvolvimento de teorias na área. A inclusão da atenção e do conforto espiritual coincide com as primeiras práticas desenvolvidas por Florence Nigthingale na Guerra da Criméia (1854), já que a mesma prestava sua assistência também recorrendo a leituras bíblicas e devocionais aos doentes terminais e gravemente feridos. Essa iniciativa, apesar de remontar aos primórdios da enfermagem, ainda hoje está em perfeita consonância com o que se concebe em relação às necessidades humanas básicas e, conseqüentemente, ao cuidado, considerando que a espiritualidade e a religiosidade consistem em aspectos a serem observados e pensados pelo enfermeiro em seu planejamento do cuidado (HORTA, 1979; SÁ; PEREIRA, 2007).

A assistência de enfermagem em relação às dimensões espiritual e religiosa do usuário de álcool e outras substâncias objetiva auxiliar no controle de emoções e sensações, podendo integrar o rol de diferentes estratégias e técnicas motivacionais aplicáveis tanto no âmbito da prevenção, quanto no tratamento; deve englobar o estabelecimento do relacionamento interpessoal (GONÇALVES *et al*, 2010; GONÇALVES *et al*, 2011).

Nos diferentes campos de atuação, para uma prática clínica efetiva, o enfermeiro tem a opção de investigar sobre as crenças religiosas ou espirituais e utilizá-las como recurso terapêutico, pois é notório que esses componentes humanos interferem nas atitudes e podem ser fortes motivadores para alterações nos modos de pensar, sentir e agir do indivíduo (GONÇALVES, 2013).

Essa maneira de implementar o cuidado religioso/espiritual pode ter seus efeitos potencializados, se pensada a partir de um modelo explicativo que melhor se enquadre à história de vida do cliente (PILLON; LUIS, 2004).

4. CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 Referencial teórico-metodológico

O estudo foi balizado na Teoria das Representações Sociais (TRS), visto que a representação sempre envolve um objeto e um sujeito, ou seja, é a representação do objeto por um indivíduo. Estudos com Representações Sociais propiciam uma forma mais flexível e fiel da realidade, possibilitando a valorização do saber popular e o conhecimento de práticas do cotidiano, não observados objetivamente. O estudo tem como aporte teórico conceitos da TRS criada por Serge Moscovici (1978, p.27), sendo definidas como “uma modalidade de conhecimento particular que tem como função a elaboração de comportamentos entre indivíduos”. Essa teoria trabalha com o cognitivo do indivíduo e sua interação no meio social, atuando na transformação do mesmo. Ela mostra como um grupo reinterpreta e constrói uma realidade.

Moscovici (2001, p. 50) alega que há coexistência de duas classes distintas de universos de pensamento: os universos reificados e os universos consensuais. O primeiro refere-se ao conhecimento científico, no qual existe uma objetividade e um rigor lógico metodológico. Já o segundo, descreve o conhecimento do senso comum: são as atividades intelectuais da interação social cotidiana, nas quais são produzidas as representações sociais. Porém, a matéria-prima para a construção dessas realidades consensuais provém dos universos reificados.

É importante destacar que o conhecimento produzido pelas representações sociais não se aplica a todas as formas de conhecimento produzidas por uma sociedade (MOSCOVICI, 2001). As Representações Sociais (RS), situadas na interface entre o psicológico e o social, podem ser percebidas como formas de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, que contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a compreensão e a comunicação do sujeito no mundo, estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que norteiam as condutas no dia-a-dia das relações sociais e se manifestam através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. É o senso comum, socialmente construído e partilhado (JELLINEK, 1960).

As representações sociais são, ao mesmo tempo, individuais e sociais. As respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha experiências e vivências da sua vida pessoal, e os pronunciamentos semelhantes revelam certo nível de generalização, uma forma de

pensar coletiva sobre um mesmo assunto (JODELET, 2001). Isto denota o dinamismo da teoria e sua potencialidade para criar e transformar a realidade social.

Estudar as representações sociais é identificar a “visão de mundo” que os indivíduos ou grupos têm e empregam na forma de agir e se posicionar. Segundo Abric (1998, p. 27), na teoria das Representações Sociais, toda realidade é representada, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores e dependente de seu contexto sócio histórico e ideológico. Ao explorar as representações sociais, destacando o seu caráter processual, estamos enfatizando o processo de construção do conhecimento.

Como afirma Moscovici (2003, p. 43) quando estudamos representações sociais do ser humano enquanto ele faz perguntas e procura respostas ou pensa e não enquanto ele processa informação, ou se comporta, enquanto seu objetivo não é comportar-se, mas compreender.

Desse modo, ela se configura como o sistema de relação que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais.

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1999, p. 22), a pesquisa qualitativa almeja um aprofundamento maior da realidade, caminhando para um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que permitem alcançar os aspectos particulares expressos nas falas dos entrevistados, importantes para o alcance dos objetivos deste estudo.

A abordagem qualitativa permite o desvelamento sobre os reais significados do objeto em estudo, por meio de uma maior aproximação entre o pesquisador e o pesquisado, mais especificamente na área da saúde, na pesquisa qualitativa, o objeto em estudo permite a compreensão de profundas e significativas dimensões, que seriam muito difíceis de serem quantificadas (MINAYO, 2008).

Leopardi (2001, p. 135) complementa que este tipo de pesquisa procura compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos. Atenta-se, portanto, ao contexto social, no qual o

fenômeno ocorre. Corroborando essa ideia, Gualda *et al*, (1995, p. 303) referem que a abordagem qualitativa enfatiza a importância de conhecer, entender e interpretar a natureza das situações e eventos passados ou presentes. Neste tipo de investigação, poucos dados são excluídos, pois se buscam fatos objetivos e subjetivos das circunstâncias culturais, ambientais e sociais que revelam interações humanas, símbolos, valores, estilos de vida e visão de mundo para a obtenção da verdade relatada pelos entrevistados, como também observada sobre o assunto focalizado.

Na interpretação das representações sociais dos entrevistados em face da dependência de álcool e outras drogas e os aspectos da religiosidade e espiritualidade, foi necessário desenvolver um processo de interação pesquisador/pesquisado, com valorização do encontro, do diálogo e da representação, considerando que o objeto do estudo tem, também, o seu sujeito.

4.3 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada no CAPSad, localizado na cidade de Belém, no Estado do Pará, situado no contexto urbano. Esta casa se configura num local de referência e tratamento para pessoas portadoras de transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA).

O processo de implantação deste centro iniciou-se em junho de 2002, tendo seu primeiro atendimento na casa ocorrido em agosto do mesmo ano, após passar por fase de discussões referentes ao projeto e sua socialização com os seguimentos representativos da sociedade, e consequente aprovação do Ministério da Saúde.

Em 2014, o CAPSad passou por processo reinauguração em nova sede, após constatação de que o espaço físico que anteriormente era destinado ao funcionamento do serviço, constituía-se incompatível para o atendimento das demandas regulares, possuindo dificuldades estruturais e de logística que dificultavam o processo de atendimento dos usuários, trazendo prejuízos ao bom funcionamento do serviço. Ao longo processo de mudança e reinauguração do serviço, os atendimentos foram suspensos, ocasionando uma vigente evasão de usuário no processo de reestabelecimento dos atendimentos.

Atualmente, a casa se configura como o único centro de referência municipal, cabendo a este serviço o atendimento de usuários de Belém e proximidades. O

atendimento funciona em dois turnos (manhã e tarde) e participam das atividades do Centro, dependentes de álcool e outras drogas. Estes são atendidos por uma equipe multiprofissional que oferece acompanhamento clínico, desenvolvendo atividades terapêuticas, onde envolvem psicoterapia, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e preventivo-educativas.

É uma modalidade de serviço público de saúde, mantido pelo SUS, criado na década de 1980, para atendimentos a usuários de álcool e outras drogas que desenvolveram processo de ruptura de suas relações sociais. A reinserção social é à base do CAPSad em direção à comunidade (SANTOS, 2010).

O CAPSad se insere como serviço especializado de atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas. Para o Ministério da Saúde, se constitui em serviço gratuito, que atende a usuários jovens, adultos e idosos, de ambos os sexos, com transtornos mentais e comportamentais ligados ao uso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

O objetivo central da Política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão, a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias (BRASIL, 2004a).

Sob a influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde (1992), através da Portaria nº 224/1992 passou a financiar e normatizar novos serviços de saúde mental, priorizando o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar. Esta portaria regulamentou as diretrizes e normas a serem obedecidas, incluindo a implementação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). Em 2002, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram redefinidos, no âmbito federal, pela Portaria GM/MS Nº 336, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na modalidade II (CAPS-A/D II), caracterizados como um novo serviço de Atenção para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004b).

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois será a sua consolidação e estruturação como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico que permitirá a organização da rede de atenção às pessoas com transtorno mental nos municípios

dada a função articuladora desses Centros frente aos níveis de atenção em saúde bem como seu papel acolhedor, constituindo-se em uma nova clínica, produtora de autonomia, “convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento” (BRASIL, 2005).

Os CAPS possuem uma linha de financiamento específica junto ao Ministério da Saúde desde 2002 e são organizados pelas secretarias municipais. São organizados conforme as seguintes denominações e descrições, diferenciando-se pelo porte, clientela atendida e capacidade de atendimento: CAPS I (municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPS ad II (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (BRASIL, 2004a).

No que diz respeito à atenção ao usuário de álcool e outras drogas, os novos serviços trouxeram formas distintas de tratamento e abordagens específicas para essa população, sendo considerados serviços inovadores no que diz respeito à atenção ao dependente químico.

Esses espaços têm possibilitado a participação ativa do enfermeiro que, em conjunto com a equipe de enfermagem, atua em diversas vertentes do cuidado ao dependente químico. A participação é assegurada por lei que estabelece a inserção dos profissionais de enfermagem de nível médio e superior na equipe multidisciplinar dos CAPSad, atribuindo-lhes, inclusive, o atendimento em oficinas terapêuticas e outras modalidades de assistência aos usuários do serviço, o que possibilita à equipe de enfermagem e ao enfermeiro manterem contato contínuo com os usuários nas mais diferentes atividades desenvolvidas nesses serviços.

Discorrendo sobre as práticas dos trabalhadores dos serviços de saúde diante dos problemas decorrentes da dependência química, o Ministério da Saúde aponta que, muitas vezes, a assistência oferecida nesses serviços pode ser ineficiente, em razão da carência de ciclos formativos para os trabalhadores, pois estes desconhecem todos os sintomas gerados pelo uso abusivo de álcool e drogas e

ainda apresentam uma visão negativa dos usuários e de suas perspectivas evolutivas perante o problema. Considerando esses apontamentos do próprio Ministério da Saúde, torna-se importante estudar essa problemática, inclusive no que tange à identificação das representações sociais, sobre o dependente químico, dos trabalhadores que atuam em serviços especializados no atendimento a essa clientela, uma vez que se pressupõe que tais representações possam influir diretamente no seu cuidado.

Como os CAPSad são serviços novos, ou seja, foram inseridos recentemente na rede pública e, conseqüentemente, constituem-se espaços também recentes de atuação do enfermeiro, não estão disponíveis estudos que se propuseram a investigar as representações sociais dos enfermeiros desses serviços sobre o dependente químico, e os poucos estudos que se propuseram a investigar tais representações foram realizados em outros serviços.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos deste estudo foram 16 (dezesseis) usuários cadastrados na casa, que apresentam diagnóstico de dependência de álcool e/ou de outras drogas, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estavam abstêmios há pelo menos 03 (três) meses, frequentando as atividades regularmente no CAPSad e que aceitaram participar da pesquisa, em horário previamente acordado e conforme disponibilidade dos mesmos. Foram excluídos do estudo aqueles que não se dispuseram a participar, os que apresentaram vínculo com a instituição por um período inferior a 03 (três) meses, os que não estavam frequentando as atividades regulares do CAPSad, os que desistiram da pesquisa, por fim, os que não participaram de todas as etapas.

Para manter o anonimato os sujeitos foram codificados utilizando-se a letra H para Homens ou M para Mulheres, de acordo com a sequência de realização das entrevistas (EX.: H1 – refere-se ao sujeito do sexo masculino, primeiro na ordem de entrevista).

O referido número da amostra se deu a partir do número de usuários que se encaixaram no perfil descrito pelos critérios de inclusão e pelo quantitativo total de usuários em atendimento do CAPSad no período da pesquisa.

Infelizmente, cabe ressaltar que no momento da realização da entrevista a atual sede do CAPSad era recém-reinaugurada, haja vista que a casa passou por

um processo de mudança de sede, conforme já mencionado. Este fato ocasionou a suspensão dos novos acolhimentos e atendimentos sequenciais na casa, o que resultou em uma evasão de antigos usuários e inexistência de novos usuários.

Outro fator a ser ressaltado, é que muitos usuários que apresentam estado de melhora ou abstinência prolongada passam a frequentar cada vez menos a casa para atendimentos regulares, restringindo-se a comparecer às consultas médicas e atendimentos fixos agendados, haja vista que a grande maioria dos usuários tem baixa renda, e sendo assim não possuem dinheiro para locomoção regular até a casa, principalmente os que necessitam estar acompanhados de familiares, em casos em que há outro transtorno mental associado à dependência química. Portanto, convém salientar essas dificuldades observadas no momento de definir a amostra para o trabalho.

Neste sentido, a localização geográfica constitui outro aspecto relevante à garantia da acessibilidade, devendo-se levar em consideração a distância que o usuário deve percorrer; o tempo gasto nesse percurso e o custo para acessar o serviço. Nesse sentido, a implantação de pontos da rede de cuidado em área de circulação e permanência de pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas representa um facilitador para o acesso do público a quem se destina.

Todavia, na pesquisa de abordagem qualitativa, o tamanho da amostra não precisa necessariamente ser elevado. Em geral, quando os dados tornam-se significativamente repetitivos, pode-se considerar a amostra suficiente. Esta decisão deve ser tomada com base na percepção do próprio pesquisador (LEOPARDI, 2001).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, realizadas pela pesquisadora, utilizando-se como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista (APÊNDICE C), um questionário com perguntas que permitiram a caracterização do perfil dos usuários (APÊNDICE D), e um roteiro contendo as palavras indutoras para aplicação da técnica da Associação Livre de Ideias (APÊNDICE F).

Na conceituação de Minayo (1996), a entrevista é considerada uma técnica que favorece o contato efetivo com a pessoa envolvida no problema de investigação,

sendo uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e centrada (pela entrevistadora) em temas igualmente relevantes com vistas aos objetivos da pesquisa.

Ainda com o mesmo pensamento sobre a técnica mencionada, Haguette (1992, p.86) descreve que:

...a entrevista pode ser definida como um processo e interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central ...

O roteiro da entrevista inicialmente contemplou informações julgadas como importantes para caracterizar os usuários participantes do estudo, com o propósito de traçar o perfil dos dezesseis entrevistados e permitir melhor compreensão de suas representações. Também foi aplicada nessa coleta de dados, a técnica de associação livre de ideias. Para Spink (1995, p.100):

...outra técnica vem assumindo importância cada vez maior na pesquisa sobre Representações Sociais é o uso da associação livre a partir de um pequeno número de palavras-estímulo. Esta técnica tem sido favorecida especialmente por se prestar à análise multivariável....

A técnica de associação livre tem caráter espontâneo e dimensão projetiva, que permite o acesso mais fácil e rápido que a entrevista, aos elementos que constituem o universo semântico do termo ou do objeto estudado. Por outro lado, a técnica de associação livre de ideias permite confirmar e/ou confrontar os dados. Outro fato é o de permitir a espontaneidade de liberar as expressões através de palavras soltas (SÁ, 1998).

O desenvolvimento dessa técnica ocorreu antes do início formal da entrevista, a fim de que as ideias associadas ficassem livres da contaminação das questões que se seguiriam. Ressalta-se que, previamente à aplicação da técnica, foi realizado um treinamento através de exemplos, para que os entrevistados pudessem entender melhor o que estava sendo proposto pela pesquisadora.

A aproximação com os sujeitos da pesquisa ocorreu por meio de abordagem individual, em horários alternados (manhã ou tarde). Foi realizada a explicação e o

convite para o usuário a respeito da temática da pesquisa, e acordado o dia e o horário adequado para a realização da entrevista.

A totalidade das entrevistas foi realizada em sala de atendimento individual, assegurando, dessa forma, a privacidade e o conforto dos sujeitos durante toda a entrevista. Essa privacidade foi importante, principalmente pela abordagem subjetiva da coleta de dados, o que poderia resultar em conversas demoradas e originar constrangimentos ou riscos emocionais envolvidos a partir dos relatos dos sujeitos.

Antes de iniciar a entrevista foram fornecidas informações referentes à pesquisa, assim como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado pelo usuário. Os depoimentos foram gravados em mídia digital (MP4), a partir da autorização dos mesmos, com transcrição posterior e o cuidado de preservar a fidedignidade das falas, as quais foram organizadas para posterior análise.

As entrevistas tiveram duração em média de 30 (trinta) minutos, ressaltando que houve uma boa aceitação por parte dos entrevistados, e foi evidenciado em algumas delas momentos de emoção ocasionados pelo teor das entrevistas que remetem a histórias de vida, conflitos familiares e além de perdas devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

4.6 Análise das informações

Após a realização e transcrição das entrevistas previamente gravadas, foi realizada a leitura e releitura das informações com a intenção de atender os objetivos propostos da pesquisa, e conhecer as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas em tratamento em CAPSad e os aspectos da religiosidade e espiritualidade. Em seguida, procedeu-se à seleção de textos significativos ao objeto em estudo, procurando estabelecer as categorias para iniciar a análise.

A palavra categoria, segundo Minayo et al. (1994, p.70) refere-se a um "...conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si...". Nessa pesquisa, a categorização deu-se pelo agrupamento dos conteúdos significativos comuns que surgiram das entrevistas. Considerando que a categoria geral estabelecida é da Representação Social, na operacionalização da análise e interpretação das informações coletadas foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo, especificamente a Análise Temática.

A Análise de Conteúdo, que é a expressão mais comumente usada em pesquisas qualitativas para representar o tratamento dos dados coletados, é definida por Bardin (1977, p. 32), como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores seguros que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Nesse sentido, Richardson (1999, p. 177) conceitua inferência como uma “[...] operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras [...]”. A análise de conteúdo, em termos gerais, conforme Minayo (1999, p. 203) relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Acrescenta Bardin (1977, p. 19) que a análise de conteúdo também é uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Nesta análise, existem regras que obedecem às categorias de fragmentação da comunicação para que seja válida. As regras devem contemplar: homogeneidade; exaustão (esgotar a totalidade do texto); exclusividade (um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado, aleatoriamente, em duas categorias diferentes); objetividade (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais); serem adequadas e pertinentes, adaptadas ao conteúdo e objetivos.

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, têm sido desenvolvidas várias técnicas de Análise de Conteúdo, entre elas, a Análise Temática. Segundo Minayo (1999, p. 209):

... fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso...

Nessa pesquisa, para análise dos resultados, foi escolhida a análise temática na intenção de buscar o significado das mensagens dos depoentes (ou núcleos de sentido), contextualizando-as. Em se tratando de pesquisas qualitativas, especialmente as da área de saúde, como no caso dessa pesquisa, Bardin (1977) escreve que, de acordo com o material, delimitam-se as *unidades de codificação* ou as *de registro*. O aspecto exato do corte a ser delimitado tranquiliza a consciência do pesquisador. Quando existe ambiguidade nos sentidos dos elementos codificados, é necessário que se definam *unidades de contexto*, superiores à unidade de codificação; estas, embora não tendo sido tomadas em consideração no recenseamento das frequências, permitem compreender a significação dos itens obtidos, repondo-os em seu contexto.

Desta forma, Bardin (1977, p. 37) afirma ainda que pertencem ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, porém complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação. Esta abordagem tem por finalidade efetuar as deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto, ou, eventualmente, os efeitos dessas mensagens). O pesquisador possui à sua disposição ou cria todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados ou aumentar sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

Neste sentido, foi utilizada a proposta de Bardin (1977), que divide a análise de conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Na primeira etapa, a de pré-análise, foi realizado o primeiro contato com o conteúdo que seria analisado, constituindo-se como a fase de organização do material, iniciando-se a transcrição das entrevistas, na sua íntegra, na qual foi realizada pela própria pesquisadora. A seguir foi realizada a leitura de todo o material para a impregnação das ideias que foram emergindo, no qual foram retomados os objetivos iniciais, operacionalizando-os frente ao material coletado. Posteriormente, elaborou-se a construção do *corpus* através das seguintes fases: a) Exaustividade: consistiu em ver e ler o material como um todo; b)

Representatividade: consistiu em priorizar o material no seu todo e, c)
Homogeneidade: identificação da pertinência e da aderência do material.

Durante a segunda etapa, a de exploração do material, realizou-se essencialmente a operação de codificação. Esta incidu na transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Após a leitura exaustiva do material, foi realizado um quadro agrupando as respostas dos informantes de acordo com a questão levantada e destacando as falas que tivessem características em comum e que se inter-relacionavam. Em seguida, foi realizado um recorte das falas para serem reagrupadas.

Posteriormente, foi realizada a contagem dessas falas em cada grupo o que permitiu a sua quantificação. De acordo com Coelho (2008), o uso da quantificação é importante, para a identificação da saliência das enunciações e auxilia na aproximação com o caráter de compartilhamento das representações sociais. Por fim, a partir dos depoimentos agrupados, foi realizada a categorização temática, a partir dos temas de significância encontrados, emergindo nas três grandes categorias do estudo. Para Bardin (1977, p. 15), categorizar significa impor a investigação de que cada elemento tem em comum com o outro, permitindo o seu agrupamento através da parte semelhante que existe entre eles.

Na terceira etapa, a de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, ainda-brutos- foram tratados de forma válida e significativa. Assim, nesta última etapa, os resultados deste estudo foram discutidos, validados e interpretados à luz do referencial teórico proposto.

4.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa está conformidade com a Resolução nº 466/12, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará (UFPA) (ANEXO A), com o parecer nº 963.364. Este estudo não implicou em ônus para as instituições envolvidas.

Para garantir autonomia, um dos quatro referenciais básicos da bioética, presentes na Resolução nº 466/12, foi submetido às autoridades responsáveis pelo local de estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo assinado antes da etapa de campo, após uma breve exposição dos objetivos do estudo e técnicas de produção de dados.

Cabe destacar que, além da assinatura do TCLE, solicitou-se aos participantes a autorização para o uso do gravador, mostrando a necessidade deste para o total aproveitamento dos depoimentos. Foram assegurados o respeito ao anonimato e à liberdade para se retirarem da pesquisa e receberem todo o material produzido (gravação e transcrições), sem nenhum comprometimento pessoal.

5 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Tendo em vista que os participantes deste estudo são os produtores de representações sociais, verifica-se de suma relevância que antes da exposição da análise de dados seja feita a caracterização do perfil dos participantes em questão. Desta forma, é necessário explorar o contexto em que os usuários estão inseridos, como forma de subsídios para uma melhor interpretação de suas representações sociais.

Portanto, os dados do contexto em que os dependentes de álcool e outras drogas estão envolvidos, foram organizados como um local de produção de representações sociais, sendo expostos através de suas particularidades e seus locais de inserção social, assim como suas características relacionadas ao tratamento, por meio do questionário de caracterização dos participantes.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

TABELA 1 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o sexo, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Sexo	F	%
Masculino	14	87,5
Feminino	2	12,5
Total	16	100

O total de 16 (dezesesseis) entrevistados houve a predominância do sexo masculino, com 14 (catorze) usuários, correspondendo a 87,5% dos sujeitos da pesquisa e 12,5% do sexo feminino.

Em estudo realizado por Silva (2012, p. 24), a perspectiva de gênero e alcoolismo, destaca que de acordo com pesquisa realizada há 30 anos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para cada 20 homens com alcoolismo havia

apenas uma mulher com o mesmo diagnóstico no Brasil. Em 2001, de acordo com estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), havia uma mulher para cada três homens com diagnóstico de alcoolismo, nas 108 maiores cidades do país - revelando um aumento importante do número de mulheres alcoolistas em um curto período de tempo (CARLINI *et al*, 2002).

Neste sentido, a baixa prevalência do sexo feminino no tratamento de álcool e outras drogas pode ser justificada pelo preconceito que atinge a mulher que faz uso abusivo dessas substâncias, além de sentimentos de culpa, vergonha, medo e baixa autoestima, que as levam a evitar que alguém descubra seu problema (ASSIS, 2010).

Ainda sobre este aspecto, corroboram Siqueira *et al*. (2005, p. 116), que em seu estudo as mulheres procuram menos os serviços de atendimento a usuários de álcool e drogas do que os homens, por razões como o estigma social em relação ao papel da mulher e por conta de o próprio perfil de usuário da mulher ser diferente do homem. César (2006, p.208), em estudo realizado com mulheres da Unidade de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, observou que 90% das mulheres declararam beber em âmbito privado, e que se comportam de forma diferente quando bebem no âmbito social. Dado que pode indicar que as mulheres conseguem esconder a dependência por mais tempo e que, por conta da forma como a sociedade vê a mulher alcoolista, há maior preocupação em relação à autoimagem ao expor-se a um tratamento em que terá que se deparar com outras pessoas.

Chamou atenção a compreensão dos entrevistados de que o uso de drogas por mulheres é mais estigmatizado pela sociedade do que o uso entre homens, o que pode explicar a diferença entre os tempos de procura por tratamento – seria interessante ressaltar que o que se observa no cotidiano dos serviços é que as mulheres chegam mais tarde e mais graves para tratamento, em função destes valores sociais em questão. O estudo também identifica que o início do consumo de drogas entre mulheres pode estar ligado à manutenção de relação com o parceiro (OLIVEIRA *et al*, 2006).

A interpretação dos resultados obtidos sugere que o consumo de drogas entre mulheres e a chegada destas mulheres aos serviços de tratamento alerta para a necessidade de elaborar intervenções de saúde específicas, e que leve em conta a perspectiva de gênero.

Neste sentido, convém salientar a necessidade de grupos terapêuticos voltados para o público do sexo feminino, a fim de trabalhar os estigmas e auxiliar numa maior adesão ao tratamento. Assim, considera-se que esses dados são relevantes para a construção das representações sociais destes usuários.

TABELA 2 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a faixa etária, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Idade	F	%
Até 29 anos	3	19
30-39 anos	4	25
40-49 anos	6	37
> 50 anos	3	19
Total	16	100

Em relação à idade dos participantes entrevistados, observou-se que a faixa etária de maior predominância foi a de 40 a 49 anos, representando o total de 6 (seis) dos entrevistados (37%).

Nesse sentido, entende-se que esta faixa etária predominante pode ser relacionada a outros estudos, como o observado por Burns *et al.*(2009, p.72), no qual os autores identificaram que indivíduos mais jovens foram significativamente mais propensos a abandonar o tratamento.

Convém salientar que esta faixa etária de maior prevalência entre os usuários entrevistados, apresenta-se como uma faixa etária identificada em estudos anteriores como fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades (ALBEROLA, 1991; LIMA, 1999).

Há evidências de que quanto maior o tempo de uso da droga, maior a probabilidade do indivíduo apresentar problemas com déficit cognitivos, baixo nível de escolaridade e falta de habilidade para resolver conflitos sociais e afetivos e não apenas a dependência (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2010).

Em minha prática profissional observei também que a busca tardia pelo tratamento pode estar relacionada às perdas ocasionadas pelo uso abusivo, no decorrer da vida, situação de abandono e/ou conflitos familiares e a perspectiva do tratamento como última alternativa para reinserção social.

Entende-se, portanto, que a análise da faixa etária é importante para se produzir indicadores que possam relacionar-se a outras variáveis sociodemográficas do grupo, com o intuito de se conhecer quem são esses usuários que estão passando pelo processo de dependência química.

TABELA 3 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o estado civil, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Estado civil	F	%
Solteiro	8	50
Casado	2	12,5
Divorciado	4	25
União Estável	2	12,5
Total	16	100

No que se refere ao estado civil, optou-se por dividir as categorias envolvidas, neste tópico, em quatro variáveis: solteiro, casado, divorciado e união estável. Desta forma, observou-se que 8 (oito) usuários, 50% do total, declaram-se solteiros, seguido de 4 (quatro) usuários, 25% do total, que referiram ser divorciados. Com relação a usuários casados e em união estável, observou-se ambas as variáveis com 2 (dois) usuários em cada, representando 12,5% do total.

Estes achados corroboram com estudo semelhante, onde em estudo do perfil dos usuários, observou-se a predominância de solteiros, separados ou divorciados (DOMINGOS, 2012).

O uso de drogas por solteiros pode estar relacionado ao tempo livre que despendem em eventos sociais, sozinho, sem parceiros (as), o que, de algum modo, estimula o consumo, independente do tipo de substância usada, aumentando, assim, os riscos de desenvolvimento, ao longo do tempo, de problemas e mesma da dependência (FLEMING; WHITE, CATALANO, 2010).

A literatura evidencia ainda que, em geral, os usuários de álcool e outras drogas apresentam mais problemas em constituir, manter ou sustentar uma família face às grandes dificuldades na regulação das relações e afetos que acabam interferindo diretamente nas relações intrapessoais e interpessoais. Desse modo, os usuários tendem a substituir o relacionamento com as pessoas pelas drogas de abuso (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Em estudo realizado de acompanhamento de usuários do CAPSad de Teresina-PI Freitas *et al.* 2012, p. 61), consideram que o "adoecer psíquico" ainda não é bem compreendido pela sociedade como uma doença de causa já bem conhecida, assim, tem a sua definição baseada não apenas em fatores biológicos, mas pela determinação cultural e de valores, o que resulta na exclusão social e isolamento desses doentes que não se enquadram dentro dos padrões habituais, dificultando, dessa forma, o seu acesso à educação e ao estabelecimento de união conjugal.

A observação feita no estudo supracitado confirma os dados obtidos na caracterização dos participantes, na qual a maioria não apresenta situação conjugal estável, sendo essa característica importante para ser observada no processo de construção da representação social destes sujeitos.

TABELA 4- Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a escolaridade, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Escolaridade	F	%
Ensino Fundamental completo	8	50
Ensino Médio completo	6	37,5
Superior	2	12,5
Total	16	100

Quando questionados a respeito da escolaridade, observou-se que do total de usuários entrevistados, 8 (oito) apresentam escolaridade até o Ensino Fundamental completo, correspondendo a 50% dos entrevistados, seguido de 37, 5% de usuários que apresentavam até o Ensino Médio completo e apenas 12, 5% apresentavam Ensino Superior. Neste sentido, estudos apontam que o baixo nível de escolaridade é considerado um fator de risco potencial para o abuso e dependência de qualquer substância psicoativa (PILON *et al*, 2010).

Diante do início precoce do uso de droga, na maioria das vezes na adolescência, mais da metade dos usuários abandonam os estudos, principalmente no ensino fundamental; outros sequer chegam a completá-lo. Neste sentido, destaca-se a necessidade de trabalhar para ajudar no sustento da família e o custeio

da droga como um fator que contribui, para que a manutenção dos estudos torne-se inviável (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Pesquisas indicam que jovens usuários de substâncias psicoativas abandonam a escola não apenas para fazer uso da droga, mas também em decorrência do baixo desempenho escolar e das dificuldades de aprendizado, gerados pelos malefícios do uso frequente da droga (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; TAVARES; BÉRIO; LIMA, 2004).

A baixa escolaridade caracteriza-se como fenômeno importante já que pode se constituir como condição associada à renda. O crescente desinteresse pelos estudos entre os que utilizam drogas pode ser atribuído à necessidade imperiosa de obter as substâncias do que a necessidade de trabalhar, fato comum entre estudantes de classe desfavorecida que necessitam ajudar no sustento da família (OLIVEIRA *et al*, 2013).

Estes mesmos dados foram encontrados em outros estudos voltados para a caracterização de usuários de álcool e outras drogas em CAPSad em algumas regiões do Brasil. Este fato permite mostrar que ainda é presente no perfil dos usuários o aspecto da baixa escolaridade e a crescente necessidade de trabalhar estes pontos, dando importância à promoção de ações voltadas à reinserção social dos usuários e o resgate da educação.

TABELA 5 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a situação atual de trabalho, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Atividade Econômica	F	%
Economicamente ativos	4	25
Economicamente não ativos	12	75
Total	16	100,0

Para representar a situação atual de trabalho dos participantes da pesquisa, optou-se pela divisão em economicamente ativos aqueles usuários que relataram estar em situação ativa de trabalho (formal ou informal); e economicamente não ativos, no qual estão inclusos os usuários em situação de desemprego. Como

resultado observa-se que a maioria dos usuários entrevistados, representando 75% do total, relata ser economicamente não ativo.

Cabe destacar, que dentre a totalidade dos usuários economicamente ativos, estão inclusos 2 (dois) usuários que recebem benefício. Neste sentido, convém destacar a existência de usuários que apresentam transtornos mentais decorrentes do uso prolongado de substâncias psicoativas, o que lhes permite a possibilidade de recebimento do benefício social.

Os resultados obtidos relacionados a esta variável confirmam o fato de que este é um problema social muito comum entre os diversos grupos de usuários de substâncias psicoativas. Entre usuários de cocaína e/ou crack crônicos, e os que iniciaram o uso precocemente, o comprometimento da capacidade de relocação do mercado de trabalho pode ser mais intenso, tanto pelos déficits cognitivos e de assertividade quanto pela perda de habilidades sociais (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Além disso, as dificuldades que um usuário de drogas pode encontrar no momento de busca por um emprego são diversas e, quando somadas à estigmatização, tendem a aumentar. São várias as situações adversas com as quais o usuário pode se deparar para o desempenho no trabalho (DOMINGOS, 2012).

Outro aspecto importante a ser abordado, neste sentido, é a presente situação de ilicitude atrelada a grande parte dos usuários de álcool e outras drogas, contribuindo para a exclusão social e perda de vínculos com a geração de renda.

Outro motivo que pode ser destacado como agravante desta situação é o destacado por Souza *et al.* (2006, p.11), em que o rompimento dos vínculos com o trabalho surge como fator causal ou como consequência do processo de dependência às substâncias psicoativas, isto é, alguns sujeitos passaram a fazer uso abusivo de álcool ou outras drogas quando foram demitidos ou afastados do trabalho, outros perderam seus trabalhos devido ao uso abusivo dessas substâncias.

O fato aponta que tal realidade tem, no mínimo, duas facetas, uma de que o indivíduo vai aos poucos comprometendo suas condições físicas, psicológicas e sociais, na medida em que o álcool ou outras drogas passam a ter prioridade em suas vidas. Outra situação se refere ao estigma que esses indivíduos carregam, dificultando a oportunidade de uma vaga de trabalho ou mesmo a permanência num emprego.

Além disso, o desemprego como um problema mundial consiste também em fator desestruturante da organização familiar e pode, portanto, desencadear crises e sofrimento psíquico. Num estudo sobre a classe trabalhadora urbana, afirma-se que os trabalhadores não só dependem de seu próprio trabalho para a reprodução social como expressam nessa condição sua marca precípua de autoidentificação positiva (SOUZA *et al*, 2006).

Cabe salientar ainda nesse âmbito, que no sentido do tratamento para a dependência de drogas, o trabalho se destaca enquanto um componente crucial do processo de recuperação (ZARKIN *et al*, 2001) e um dos pilares centrais no processo de reabilitação psicossocial. No entanto, sua ausência caracteriza-se como um fator de risco potencial para o abuso das drogas, da mesma maneira que o abuso deixa o trabalhador mais vulnerável a perder seu emprego (HENKEL, 2011).

A reinserção social torna-se, portanto, aspecto primordial para que se possa consolidar a melhoria da qualidade de vida dos usuários de uma forma integral. Indivíduos com problemas de saúde mental geralmente necessitam, para reinserirem-se na comunidade, de apoio social. Assim, o objetivo final do cuidado em saúde, em sua vertente social, é mais do que o tratamento dos sintomas e sim a reintegração das pessoas à vida em sociedade, pois os indivíduos integrados às suas comunidades tendem a viver mais e podem ter maiores recursos para lidar e/ou recuperar-se do sofrimento físico, psíquico, social que afetam sua saúde. É necessário, portanto, que o cuidado em saúde considere os usuários como seres sociais que compartilham de um contexto complexo (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

TABELA 6 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a renda, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Renda	F	%
Até 1 salário mínimo	9	56,2
Até 2 salários mínimos	6	37,5
Mais de 2 salários mínimos	1	6,3
Total	16	100

No que concerne à renda familiar dos participantes entrevistados, conforme apresentado na Tabela 6, verificou-se que 56,2% vivem com um salário mínimo, ou seja, baixa renda.

Todavia, convém salientar a questão do desemprego relacionado ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, em que muitos sobrevivem do apoio financeiro familiar ou da ajuda de instituições filantrópicas.

Estes dados confirmam com os de pesquisas internacionais, onde se associam o baixo nível econômico e a acumulação de muitos fatores negativos, com a maior proximidade com o uso das drogas (CAMPOS, 2008).

Neste sentido, cabe destacar com relação a esta variável, as dificuldades vislumbradas com relação à questão econômica, no que concerne ao deslocamento do usuário para o tratamento, haja vista que muitos não possuem condições financeiras para utilizar o transporte público, uma situação que se mostra preocupante e que dificulta o tratamento deste usuário. Portanto, penso que há necessidade da construção destes serviços em pontos estratégicos para abarcar uma determinada área, atendendo um contingente maior da população.

Outro ponto a ser destacado é de que a falta do dinheiro também faz com que o familiar (quando houver) relate em muitos casos, a descrença, pois não se sabe se o dinheiro será utilizado para chegar ao CAPS ou para consumir a substância, fato este que dificulta também o processo de tratamento.

TABELA 7 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a religião, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Religião	F	%
Evangélica	8	50
Católica	5	31
Espírita	1	6
Sem religião declarada	2	13
Total	16	100

Quanto à religião, houve a presença de 8 (oito) participantes que declararam seguir a religião evangélica, 5 (cinco) usuários declararam seguir a religião católica,

1 (um) usuário se autodeclarou espírita e 2 (dois) usuários não destacaram religião definida. Desta forma, entende-se que a grande maioria dos usuários entrevistados manifesta seguir algum tipo de religião.

De acordo com Oliveira (2007, p.223), a religiosidade é a capacidade de vivenciar a experiência religiosa, intimamente ligada à espiritualidade, através da produção ou mobilização de sua energia interior, o que pode influenciar na mudança de suas atitudes e comportamentos.

Paiva (2007, p.100) refere que, quando um indivíduo se depara com algum tipo de doença, seja ela física ou mental, geralmente ele se apoia em recursos religiosos como oração, promessas, peregrinação e/ou outros rituais para poder enfrentar tais situações. O enfrentamento religioso acaba se tornando uma forma de encontrar sentido, estabilidade e conforto frente à doença.

Domingos (2012, p. 95) no seu estudo observou uma grande parcela de usuários que professaram a religião evangélica. O fato de pertencer a essa religião, mais conservadora e controladora de certos comportamentos, pregando a abstinência total, pode contribuir para que esses usuários façam uso menor, durante o processo de tratamento, quando comparados aos de outras religiões.

Um estudo realizado com 237 pacientes em tratamento para dependências de drogas evidenciou que altos níveis de religiosidade e espiritualidade foram elementos decisivos que esses usuários apresentassem expectativas mais otimistas sobre a vida, melhores níveis de suporte social e resiliência para o enfrentamento do estresse e menores níveis de ansiedade (PARDINI, 2000).

Assim, destaca-se que esta característica é de grande importância para o trabalho, principalmente, porque se busca a compreensão de representações sociais de usuários de álcool e outras drogas, e os aspectos da religiosidade e espiritualidade, sendo, portanto, o primeiro passo neste sentido e o conhecimento das preferências religiosas dos sujeitos em questão.

5.2. PERFIL DE TRATAMENTO

TABELA 8 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a faixa etária de início do consumo de drogas, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Idade inicial de uso	F	%
< de 18 anos	13	81,2
> de 18 anos	3	18,8
Total	16	100

No que tange à faixa etária de início de consumo de drogas relatadas pelos usuários em questão, observa-se que a maioria, 13 (treze) usuários (81,2%) afirmaram ter iniciado o consumo com idade inferior a 18 anos.

Esse dado confirma que o período de primeiro contato com drogas inicia-se durante a fase da adolescência. A adolescência é o período que corresponde à passagem da infância para o mundo adulto, sendo o compreendido como o caminho percorrido da total dependência para uma progressiva autonomia.

Estudo abordando o uso de drogas e juventude destacou que a adolescência é a fase marcante de transformações na vida das pessoas, mas também de grande vulnerabilidade ao início de uso de drogas (SILVA; MATTOS, 2004).

Contemporaneamente, esses jovens são muito pressionados por imagens, valores sociais conflitantes e um ambiente cultural que estimula o prazer imediato, a velocidade das trocas, o consumo permanente, a busca da novidade e as imposições e exigências de um mercado de trabalho instável, imprevisível e competitivo (BESSA, 2012). Diante desse processo, o fenômeno das drogas também pode ser desencadeado por influência de amigos, grupos de pares, associados à insegurança típica da idade e à necessidade de aceitação no grupo (SCHALL, 2000).

Sobre este aspecto entende-se que a adolescência é um período de grande risco para envolvimento com substâncias psicoativas. Ao menos em parte, esse risco pode ser atribuído às características da adolescência, tais como: necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, o desejo de experimentar comportamentos vistos como “de adultos” (isso inclui o uso de álcool e outras drogas), sensação de onipotência, grandes mudanças corporais que geram insegurança, início do

envolvimento afetivo, aumento da impulsividade e busca de sensações novas (BRASIL, 2014b).

Há outros aspectos importantes a ressaltar, em relação ao uso de drogas na adolescência: é no período compreendido entre a adolescência e a fase jovem da idade adulta que ocorrem os maiores níveis de experimentação e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas; a adolescência é um período do desenvolvimento humano em que ocorrem importantes transformações de ordem física, emocional, cognitiva e social, e o uso de substâncias pode comprometer esse processo e o início do uso de substâncias, em geral, acontece na adolescência (BRASIL, 2014b).

Portanto, estudos demonstram associação positiva entre precocidade do uso de substâncias e desenvolvimento de dependência, destacando-se também o fato do envolvimento em atividades ilegais e a existência de pais com problema com álcool e/ou outras drogas estarem associados a abuso ou dependência química na idade adulta.

TABELA 9 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o tempo de vínculo com a instituição, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tempo de vínculo	F	%
Até 2 anos	7	44
3-5 anos	4	25
> 5 anos	5	31
Total	16	100

Em relação ao tempo de vínculo com a casa, verificou-se que a maioria dos usuários apresentam como tempo vínculo com a instituição o período de até 2 (dois) anos, representando 44% dos usuários, seguido de 5 (cinco) usuários (31%) que relatam ter mais de 5 (cinco) anos de vínculo com a instituição e 4 (quatro) usuários que afirmam ter entre 3 a 5 anos de vínculo (25%).

Convém salientar que o questionamento sobre o tempo de vínculo com a instituição foi entendido por todos os usuários como o período compreendido entre o início da entrada no serviço até os dias atuais, estando presentes neste entremeio os períodos de abandono do tratamento.

Portanto, para esses participantes, o que conta é o período no qual os mesmos ingressaram no serviço pela primeira vez, contando-se, dessa forma, o tempo em que houve o abandono do tratamento e a partir disso, somado ao recolhimento, representado novamente pela procura do tratamento, realizando-se, assim, um novo plano terapêutico para o usuário.

Destaca-se, ainda, o tempo prolongado de tratamento o fato de que os usuários continuam o tratamento mesmo quando há melhora significativa dos sinais e sintomas dos transtornos mentais, e que só fazem uso dos medicamentos prescritos pelo médico psiquiatra, ou seja, o tratamento acaba por se restringir às consultas psiquiátricas e atendimentos individuais com o profissional de nível superior designado como técnico de referência.

Na prática, observo a importância de estudos de casos regulares, onde neles estejam presentes os psiquiatras para trabalharem a questão da alta, e assim retorno do usuário à rede. Penso que o vínculo se dá pelo fato de o usuário ver no técnico de referência alguém com quem ele pode contar os problemas, entender seus anseios. É preciso trabalhar a entrada e a saída do usuário desde o momento inicial do tratamento.

TABELA 10 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o tempo de abstinência, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Tempo de abstinência	F	%
3 meses	9	56
4-12 meses	3	19
> 12 meses	4	25
Total	16	100

A tabela 10 representa o tempo de abstinência dos participantes, em que 9 (nove) relatam estar de um de até 3 meses sem fazer consumo de nenhuma droga (56%), seguido de 4 (quatro) usuários há mais de 12 meses em abstinência (25%) e por último 3 (três) usuários que relatam estarem de 4 a 12 meses em abstinência. Neste sentido, a prevalência de usuários que apresentam um tempo relativamente baixo de abstinência, o que chama a atenção para a dificuldade que o usuário encontra para seguir com o processo de abstinência.

A dependência das drogas é o transtorno no qual predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência para com os profissionais de saúde, e abandonam os serviços.

Neste sentido, a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.

A abstinência, que pode ser uma alternativa necessária para consumidores compulsivos, não pode ser uma proposta geral para todos, pois uma sociedade sem drogas se mostra como um objetivo difícil de atingir. Só um Estado totalitário poderia impor a abstinência obrigatória a todos (BRASIL, 2014b).

Neste sentido, a abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor, uma vez que reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não somente para abstinência como único objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos é oferecida como um método e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

Portanto, cabe destacar que da mesma forma que as alternativas sanitárias são múltiplas, os resultados esperados a partir delas são diversos, conseqüentemente. A abstinência é apenas um deles, apesar de ser considerado como o principal resultado a ser buscado. No entanto, como esperado, as respostas aos tratamentos variam de pessoa para pessoa e as taxas de abstinência prolongada não são altas (MARSDEN et al, 2009).

Neste sentido, mostra-se fundamental que sejam considerados esses aspectos como preponderantes para compreensão das representações sociais destes usuários, além de destacar que outras características podem demonstrar o sucesso no tratamento, além de apenas a interrupção total do consumo de drogas.

TABELA 11 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com o número de recaídas durante o tratamento, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Número de recaídas	F	%
Zero	4	25
até 5	4	25
> 5	8	50
Total	16	100

No que concerne à distribuição de usuários de acordo com o número de recaídas durante o tratamento, observa-se que 50% dos entrevistados tiveram mais de cinco recaídas, representando o total de 8 (oito) usuários. Este aspecto é importante para a compreensão de que o trajeto do tratamento é um processo gradativo com dificuldades ao longo do percurso.

Sobre este aspecto, cabe destacar um estudo realizado em usuários de álcool no Piauí, Monteiro et al. (2011, p.94) observaram que a continuidade ao tratamento para dependentes de álcool pode ser considerada um percurso difícil de atingir, pois muitos o iniciam, e à medida que obstáculos como recaídas e as dificuldades em abandonar a bebida falam mais alto que o desejo de não beber, poucos conseguem permanecer em tratamento sem fazer uso da bebida alcoólica. Entendeu-se, neste sentido, que para vencer estes obstáculos é necessário antes de tudo que o dependente se conscientize de sua doença e dos males que esta causa, como dificuldades na vida profissional, nos relacionamentos e no convívio familiar.

Cabe destacar que na vida do usuário de álcool e outras drogas ocorrem altos e baixos, dentre eles destacam-se as chamadas recaídas. É frequente que profissionais e o próprio usuário sintam frustração e desesperança nessas situações. Para evitar, é muito importante que o plano terapêutico apresentado ao usuário não se restrinja à dimensão da droga e seja composto de um amplo arco de dimensões da vida com metas concretas possíveis e que, desde o ponto de partida, tenha as projeções temporais alongadas e compartilhadas com a pessoa e com a família.

As chamadas recaídas devem estar previstas como pontos previsíveis no longo caminho em direção à autonomia e emancipação. Atente para o fato de que a própria expressão “recaída”, embora largamente utilizada e considerada cientificamente validada, já traz em si um peso moral importante e muito recorrente na clínica de álcool e drogas. (OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

TABELA 12 Distribuição dos dependentes de álcool e outras drogas, de acordo com a droga de maior consumo, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Drogas de maior consumo	F	%
Álcool	4	25
Maconha	2	12,5
Derivados da cocaína	11	62,5
Total	16	100

Quando questionado aos usuários a respeito de quais drogas eram mais consumidas, 11 (onze) usuários responderam derivados da cocaína, representando 62,5% dos entrevistados. Além desses tipos de drogas, 4 (quatro) entrevistados relataram o consumo excessivo de álcool, com 25% do total e por último 2 (dois) usuários indicaram como droga de maior consumo a maconha, representando a parcela de 12,5%.

No que tange à droga de maior consumo, a cocaína, ou benzoilmetilecgonina, é o principal alcalóide (base fraca) natural extraído das folhas das espécies *Erythroxylum coca* e *Erythroxylum novogranatense*, após processo químico relativamente complexo (ESPEJO, 2006).

Com relação ao tipo de derivado que apresentou maior incidência de uso entre os usuários, foi relatado o maior consumo de pasta de cocaína, uma vez que a cocaína se apresenta em diversas formas, tendo como seus derivados: a pasta de cocaína, a cocaína em forma de pó (cloridrato de cocaína), o crack e o oxi.

A pasta de cocaína, sendo o derivado de maior uso entre os entrevistados, é um produto bruto, não refinado, obtido nas primeiras fases de extração da cocaína a partir das folhas de coca. É resultante da maceração das folhas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina e ácido sulfúrico. É possível encontrar também na sua composição farinha, areia, açúcar e talco. Essa pasta contém em média 40 a 85% de sulfato de cocaína além de inúmeras impurezas tóxicas. Recebe outras denominações como “bazuco”, pasta base ou simplesmente pasta. A pasta

de coca é fumada (inalada), pois se volatiliza a aproximadamente 90°C, produzindo efeitos quase imediatos com maior disponibilidade e facilidade de uso. É utilizada como precursora na produção do cloridrato de cocaína (COSTA, 2009).

O cloridrato de cocaína é comercializado sob a forma de um pó branco, cristalino, inodoro, de sabor amargo e conhecido entre os consumidores como “pó”, “farinha”, “neve” ou “branquinha” devido a suas características. O pó é obtido mediante o processo de transformação das folhas da coca em pasta de cocaína e esta em cloridrato pela adição de ácido clorídrico (TREADWELL; ROBINSON, 2007).

O crack, por sua vez, segundo Nassif *et al.* (1999, p. 239) é um subproduto da cocaína em sua forma básica obtido pelo aquecimento da solução aquosa de cloridrato de cocaína com um composto básico, geralmente o bicarbonato ou hidróxido de sódio. Esse procedimento envolve o aquecimento até a obtenção de uma solução oleosa, seguido do resfriamento até a precipitação da base livre, com a formação de “pedras” que vaporizam a 98°C e podem ser fumadas. Os consumidores dessa droga utilizam recipientes como cachimbos de fabricação caseira, onde aquecem as pedras e inalam o vapor ou, ainda, fumam como cigarros associado com tabaco, maconha entre outras drogas.

O nome popular crack é proveniente do ruído produzido no aquecimento dos cristais. O acesso é facilitado em todas as classes sociais devido ao baixo valor e a simplicidade da administração. A sensação de prazer é percebida quase que instantaneamente (10 a 15 segundos) após uma “pipada” (“fumada no cachimbo”) e tem curta duração, de 5 minutos em média. Essa característica leva o usuário a desenvolver dependência mais rapidamente quando comparado ao uso por outras vias (nasal, endovenosa) (SÃO PAULO, 2014).

Por fim, temos a derivação da cocaína denominada como oxi, que apresenta esta denominação devido ao processo de oxidação que acontece durante a fabricação dessa droga, podendo ser considerada a cocaína “enferrujada”. É obtido por um método semelhante ao crack diferindo apenas na adição de querosene e cal virgem ao cloridrato de cocaína ao invés de bicarbonato de sódio. É vendido em pedras que apresentam coloração amarelada ou esbranquiçada dependendo da quantidade de querosene ou cal virgem. Possivelmente, trata-se de uma das mais potentes e perigosas drogas conhecidas (VIANA, 2005).

Neste sentido, temos que as drogas da moda mudam e se combinam com certa rapidez, embora uma determinada droga possa ser, por alguns anos, a maior

preocupação. Dessa forma, os problemas com drogas nunca podem ser definidos satisfatoriamente em termos de uma única substância (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Segundo esses autores, o álcool quase sempre está envolvido no quadro instável do uso de múltiplas drogas, associado a complicações médicas e psicossociais significativas.

Neste sentido, convém salientar que levantar dados acerca dos tipos de drogas psicotrópicas mais utilizadas constitui-se em tarefa bastante complexa, principalmente quando se busca identificar danos, pois boa parte dos usuários faz uso de mais de uma substância, principalmente nos casos em que já existe a dependência instalada. Sendo assim, neste levantamento foi considerada a substância a qual o usuário trouxe como queixa principal de seus danos biopsicossociais, no momento do acolhimento no serviço.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE IDEIAS

A coleta de informações pela aplicação da técnica de associação livre de ideias deu-se através do fornecimento de algumas palavras-estímulo para que os entrevistados, livremente, fizessem a associação destas palavras com suas próprias ideias. Durante a aplicação desta técnica, observou-se que os usuários tinham dificuldades em responder com palavras soltas sobre a palavra-estímulo solicitada, uma vez que estes respondiam com grandes frases quanto à palavra solicitada, ou em algumas situações os usuários permaneciam por um período de silêncio, devido a alguma dificuldade de entendimento da referida técnica ou de alguma palavra-estímulo.

A Associação Livre de Ideias, por ser uma técnica que faz com que as pessoas emitam palavras, as mais espontâneas possíveis, propiciando assim, na coleta de informações e opiniões na forma mais pura, ou seja, um discurso elaborado e também livre das influências das questões das entrevistas, elaboradas pelo pesquisador (SILVA, 2005).

Conforme apontam Silva *et al* (2010, p. 729), a associação livre de ideias é uma técnica não verbal que favorece acesso ao material de forma natural por parte dos entrevistados. Essa técnica consiste no fornecimento de palavras-estímulos aos sujeitos para que eles expressem as representações associando as ideias para expressá-las quando passarem em sua mente. Neste estudo utilizou-se como palavras-estímulo: “drogas”, “tratamento”, “religiosidade”, “espiritualidade” e “recaída”. A partir desse grupo de palavras emergiram ideias voltadas ao fenômeno da dependência química e as questões referentes às ideias que surgiram relativas à religiosidade e espiritualidade.

Nos quadros a seguir, procedeu-se à análise das respostas associativas, fornecidas através de estímulo introduzido pelas palavras indutoras supramencionadas. O quadro a seguir (QUADRO I) refere-se à palavra “drogas”:

QUADRO I Demonstrativo da associação livre de ideias em relação à palavra “*drogas*”, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Categoria	Usuários	%
Destruição	8	50
Perdas/prejuízos	6	38
Doença	1	6
Passado	1	6
TOTAL	16	100

Observa-se no Quadro I, que a maioria (50%), oito usuários, ao trazerem ideias ou expressões associativas sobre a palavra-estímulo *drogas*, se enquadraram na categoria *destruição*, o que remete à magnitude do poder negativo em que as drogas estão inseridas no entendimento do usuário. As palavras ou expressões manifestadas pelos depoentes neste sentido foram: “só faz destruir com a nossa vida”, “está destruindo a minha vida”, “destrói tudo”, “destruição”, “destruí a minha vida” e “destruição total”.

Na categoria *perdas/prejuízos*, as palavras ou expressões manifestadas por seis usuários (38%) foram: “é uma coisa prejudicial”, “desgraça”, “perda de tudo”, “tristeza”, “sofrimento” e “denigrem a nossa imagem”. Por fim, observou-se um usuário manifestando ideias referentes à categoria *doença* e um usuário à categoria *passado*.

Nas falas supracitadas atenta-se para o forte estigma, no qual as drogas carregam, o qual pôde ser observado diante dos sentimentos negativos representados pelos entrevistados. Sobre a conceituação do termo estigma, pontua Goffman (1975, p.5):

os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal.

Neste sentido, termo *Estigma ou Estigma Público* pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. Muitas condições de saúde, dentre elas a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população, inclusive pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2014b).

Em relação ao álcool e outras drogas, sobretudo as drogas ilícitas, podemos observar que existe uma forte conotação moral que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação dos usuários. Existe uma associação equivocada, por parte da sociedade e inclusive de muitos profissionais de saúde, de que o usuário é “fraco”, “sem força de vontade”, “mau caráter” ou que o uso e a dependência são “problemas sem solução”.

Neste sentido, em especial, se observa a presença do estigma internalizado, que segundo Brasil (2014b, p.32) apresenta-se como a desvalorização, a vergonha e a exclusão desencadeadas pela atribuição de estereótipos negativos a si próprios, ou seja, a pessoa acaba por internalizar ou concordar com as características negativas atribuídas a ela, o que se observa na manifestação de um dos usuários quando relata a ideia de que as drogas “denigrem a nossa imagem”.

A internalização do estigma traz uma série de consequências negativas para essa pessoa que vão desde o afastamento da rede de cuidado até maior vulnerabilidade social e agravamento da condição de saúde. Você certamente já percebeu que, ao se referir ao uso de drogas ilícitas, o discurso oral ou escrito permite a impressão de que as drogas têm vida própria e são por si mesmas capazes de determinar o comportamento das pessoas. É por isso que você escuta frases como essas: “As drogas estão destruindo a sociedade” ou “Guerra às drogas” (BRASIL, 2014b).

O imaginário social construído em torno do uso e dos usuários de drogas constitui um dos principais obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, uma vez que ainda prevalecem representações estereotipadas, atreladas a julgamentos morais e forte vinculação com a violência e criminalidade.

Em regra, essas representações são evidenciadas e reproduzidas no cotidiano, por formulações do tipo: “Toda droga leva à morte”; “Crack: cadeia ou caixão”; “Toda pessoa que experimenta uma droga fica viciado”; “Quem usa droga está procurando a morte”; “As drogas são a causa de toda violência urbana”, “Droga é um caminho

sem volta” dentre outras tantas que demonizam a substância e seus usuários (OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

O termo “droga”, nesse cenário, alude uma representação moral da substância (ilegal), automaticamente transferida a seus usuários (CARNEIRO, 1994), ou seja, se a maconha é uma droga ilícita, seu uso é ilegal, logo, o usuário dessa substância é um criminoso, portanto, passível de julgamento e punição. Essa racionalidade punitiva e repressiva constitui significativa barreira de acesso aos serviços de saúde, seja pela posição de invisibilidade dos usuários, ao tentarem se proteger dos julgamentos e da punição (ACSELRAD, 2000), seja pelo tratamento dispensado por parcela de profissionais da saúde, que, atuando sob esse registro, desqualifica e rotula o usuário de drogas.

Portanto, o estigma, como obstáculo ao acesso, pode ser gradativamente superado a partir de processos contínuos de qualificação da equipe, da garantia de espaço para discussão de casos, grupos de estudos e, sobretudo, de uma supervisão externa e acolhedora.

QUADRO II Demonstrativo da associação livre de ideias em relação à palavra “*tratamento*”, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Categoria	Usuários	%
Ajuda/apoio	9	56
Felicidade/esperança/paz	6	38
Família	1	6
TOTAL	16	100

No Quadro II, contata-se que 9 (nove) usuários entrevistados (56%), ao evocarem a Associação Livre de Ideias sobre *tratamento*, faziam conexão imediata com ajuda ou apoio. Nesse sentido observou-se a importância dada ao tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Sobre esse aspecto, Caraciolo (2007) destaca que aceitação, a motivação e a perseverança de cada sujeito influenciam no seu processo de adesão ao tratamento, assim como a credibilidade na própria capacidade para aderir, o conhecimento sobre a doença e a sua participação na definição do esquema terapêutico são fatores importantes que colaboram para a qualidade da adesão.

Na categoria *ajuda/apoio*, os entrevistados trouxeram as palavras ou expressões associativas: “é a maneira de tentar se livrar”, “é a maneira mais correta”, “é muito bom”, “é adequado”, “foi a melhor coisa que me aconteceu”, “é bom”, “é um presente de Deus”, “se não fosse vocês eu estaria muito pior” e “é o que me ajuda a ficar mais tempo sem usar drogas”.

Na categoria *esperança/paz*, seis usuários referiram o tratamento como forma de um futuro diverso do que anteriormente se encontravam, citando as palavras ou expressões: “esperança”, “vontade de viver novamente”, “recuperação para um futuro promissor” e “esperança de ter a minha vida de volta”.

Apenas um depoente enquadrou-se na categoria família, manifestando a seguinte expressão: “o tratamento só é possível com a ajuda da família”. Essa fala reflete a importância do núcleo familiar, e como a família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde para com a prevenção ao uso de álcool e outras drogas como os tratamentos devem incluir a sua participação (OLIVEIRA, 2001).

A partir das manifestações dos entrevistados se mostram visíveis os aspectos positivos atribuídos ao tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo observado que os usuários entendem que esse processo é importante no sentido de ajuda/apoio para o processo de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Entende-se que o cuidado ou tratamento, especialmente aquele ofertado no âmbito das ações de saúde pública, não pode ser baseado em julgamento moral ou na droga consumida. São os agravos à saúde que estão no centro da atuação dos profissionais, sendo estes o foco principal. Ajudar as pessoas a conquistarem o autocontrole e a autonomia sobre si, por exemplo, é o esforço necessário para combater as formas de consumo destrutivas (BRASIL, 2014b).

Neste sentido, no que se refere à recuperação e tratamento de dependentes químicos, o papel dos profissionais da saúde, dentre eles a enfermagem, é essencial, cabendo aos mesmos proporcionar à família e ao dependente químico o apoio que eles precisam, no cuidado do usuário e no preparo da família para que ela possa contribuir para um processo de tratamento que possa trazer uma maior adesão e perspectivas positivas.

QUADRO III Demonstrativo da associação livre de ideias em relação à palavra “*religiosidade*”, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Categoria	Usuário	%
A busca da fé/Deus	5	31
Importante/Essencial	4	25
Ajuda/auxílio	3	19
Religião/religião seguida	3	19
Não sei dizer	1	6
TOTAL	16	100

No Quadro acima, a associação livre de ideias quanto à palavra-estímulo “*religiosidade*” mostrou-se que a categoria *busca da fé/Deus* foi referenciada por cinco entrevistados (31%). As palavras ou expressões associadas mais incidentes agrupadas nesta categoria foram: “fé”, “fortalecimento da fé”, “Deus” e “procurar a ajuda de Deus”.

Segundo estudo realizado por Sanchez (2008, p. 266) a religiosidade atua como protetora ao consumo de drogas entre pessoas que frequentam a igreja regularmente praticam os preceitos da religião professada, acreditam na importância da religião em suas vidas ou tiveram educação religiosa formal na infância. Sugere-se também, que a religiosidade, independentemente da religião professada, facilita a recuperação da dependência de drogas e diminui os índices de recaída de pacientes.

Em estudo realizado por Gonçalves (p. 86, 2008) destaca que a literatura científica aponta que elementos como *fé* e *esperança*, *ênfase na responsabilidade pessoal* e *autoestima* (consideração que a pessoa tem por si mesma) são reconhecidos como elementos importantes na mudança. Até mesmo abordagens como as dos grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos, que enfatizam a falta do poder pessoal diante de um problema, também salientam que a mudança está no poder da própria pessoa; neste caso, quando ela decide entregar o controle a um poder superior, ou seja, assumir o controle abrindo mão dele.

Neste âmbito, estudos entendem que independentemente da formação ou orientação religiosa, é importante que o paciente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Nesse sentido, a fé poderá ajudá-lo a

enxergar um horizonte de possibilidades, no qual os sonhos se transformam no projeto de uma nova vida (BRASIL, 2014b).

Na categoria *importante/essencial*, manifestada por quatro usuários, as expressões/palavras citadas foram: “um ponto de esperança nesse quadro negro”, “essencial”, “importante para o tratamento” e “importante”.

Com relação à categoria *ajuda/auxílio*, relatada por três usuários, as ideias ou expressões manifestadas foram: “ajuda muito”, “auxilia no tratamento” e “nos ajuda a ser feliz futuramente”.

Na categoria *religião/religião seguida*, as ideias ou expressões relatadas por três usuários foram as seguintes: “é o que se fala de religião, né?”, “estou indeciso, mas prefiro a religião católica” e “sigo a mesma religião que a minha mãe, a católica”.

Cabe ressaltar que a maioria dos entrevistados teve momentos de silêncio ou ficaram pensativos antes de responder a pergunta, porém apenas um entrevistado respondeu que não sabia o que responder a respeito da palavra-estímulo *religiosidade*.

QUADRO IV Demonstrativo da associação livre de ideias em relação à palavra “*espiritualidade*”, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Categoria	Usuários	%
Fortalecimento/força/essencial	6	37
Fazer o bem/amor ao próximo	6	37
Vida após a morte/espíritos	2	13
Não sei	2	13
TOTAL	16	100

No Quadro IV, a associação livre de ideias quanto à palavra-estímulo “*espiritualidade*”, observou-se que as categorias com maior número de manifestações foram as seguintes: *fortalecimento/força/essencial* e *fazer o bem/amor ao próximo*. Ambas as categorias foram representadas por seis usuários, com 37% cada. Em seguida a categoria *vida após a morte/espíritos* foi manifestada por dois usuários e por fim, dois usuários incluíram-se na categoria *não sei*.

O fator “*espiritualidade*”, nesse sentido, certamente tem importância, e a ciência não pode ignorar o fato. O esforço de se estabelecer uma relação entre

espiritualidade e nível motivacional do usuário de álcool e outras drogas pode ajudar a esclarecer como o exercício da vida espiritual (não somente no sentido religioso) tem potencial para resultar em uma mudança positiva para o indivíduo que se encontra em processo de reabilitação do uso de substâncias psicoativas (GONÇALVES, 2008).

As palavras ou expressões manifestadas na primeira categoria, *fortalecimento/força/essencial* foram: “é muito boa para dar força”, “me sinto mais forte e mais perto de Deus”, “acredito numa força maior que a gente não pode ver”, “força”, “minha força com Deus” e “é o que me fortalece”. Na categoria *fazer o bem/amor ao próximo*, observou-se que as ideias/palavras expressas foram as seguintes: “eu tenho espiritualidade, porque eu ajudo as pessoas”, “alegria de viver”, “amor ao próximo”, “depende das atitudes de cada um, tem que fazer o bem” e “tratar bem as pessoas, ajudar o próximo”.

Ainda na perspectiva da associação livre de ideias referentes à palavra-estímulo “*espiritualidade*”, dois usuários manifestaram as seguintes ideias/expressões: “acredito em vida após a morte” e “existem vários espíritos, os maus e os bons”. Essas expressões foram agrupadas em uma única categoria.

Foi observado, ainda, momentos de silêncio e reflexão por parte da maioria dos entrevistados, inclusive alguns se mostraram emocionados com a indução da palavra-estímulo. Em duas entrevistas os usuários relataram que não sabiam o que falar a respeito, incluindo-se na categoria *não sei*.

QUADRO V Demonstrativo da associação livre de ideias em relação à palavra *recaída*, CAPSad – Belém - Pará – 2015.

Categoria	Usuários	%
O difícil processo de recaída	6	37
O medo de recair	4	25
A presença da recaída	4	25
Recair faz parte	2	13
TOTAL	16	100

No quadro acima se percebe que a associação livre de ideias em relação à palavra-estímulo “*recaída*” fez com que seis participantes trouxessem a categoria o *difícil processo de recaída* (37%), associando a palavra-estímulo com as seguintes ideias ou expressões: “maldição”, “não é bom”, “desconforto”, “tristeza”, “muito difícil”

e “a pior coisa”. Neste sentido, entende-se que a recaída é quase sempre um evento muito impactante, carregado de angústias e aspectos negativos na visão do usuário em tratamento. Sobre o processo de recaída relata Carneiro *et al.* (2008, p.178):

a recaída trata-se de um dos assuntos mais estudados no campo das dependências, sendo que os especialistas se dividem em quatro correntes: a primeira define a recaída como a volta aos sintomas originais, como o uso de álcool e/ou drogas; a segunda acredita que a retomada de qualquer comportamento disfuncional ligado à dependência já seria uma recaída; a terceira corrente postula que a recaída é um processo em que a pessoa começa retomando o comportamento disfuncional, finalizando no uso da droga e/ou no retorno concreto ao comportamento compulsivo; e a quarta e última corrente só chama de recaída a volta do padrão disfuncional anterior, ou seja o mesmo padrão de uso e comportamento inicial.

Na categoria *a presença da recaída*, quatro usuários associaram “recaída” com as palavras ou expressões: “tive várias recaídas”, “eu já tive recaída” e “eu já tive recaída, não vou mentir”. Quatro usuários também associaram a palavra-estímulo com a categoria *o medo de recair*, no qual manifestaram em suas falas as ideias ou expressões: “fazer o possível para que isso não ocorra”, “tenho medo”, “fico com receio de recair” e “ainda não tive e espero continuar assim”.

Ainda sobre a palavra-estímulo “recaída”, observou-se que dois usuários enquadraram-se na categoria “recair faz parte”, onde relataram: “é uma coisa que atinge todo usuário de droga” e “às vezes acredito que isso faz parte do tratamento”.

Sobre o processo de recaída Carneiro *et al.* (2008, p. 179) entendem que pode-se afirmar que a possibilidade de recaída está sempre presente na vida de alguém que se trata de um problema com uso abusivo de álcool e drogas, principalmente por tratar-se de uma de recuperação paulatina, devendo o tratamento basear-se na possibilidade de recaída, a fim de preveni-la e enfrentá-la, quando ocorrer. Neste sentido, temos que:

uma das ilusões que vivemos é que somos capazes de repetir as ações. Nunca há repetição na dinâmica dos seres vivos. O que aparenta ser uma repetição, na verdade é uma sequência de movimentos iguais, mas que sempre se inicia desde um novo ponto de partida (re-apresentação). É como a **roda de uma bicicleta**, que embora gire sempre num mesmo movimento típico/cíclico, inicia, a cada volta, a partir de um ponto diferente (por isso andamos para frente). Isso é importante porque em muitas situações pode parecer que não ocorrem mudanças com os usuários e suas vidas, que não há evolução. Na saúde mental, é fundamental conceber que os processos de transformação ocorrem em grandes ciclos temporais (muitos meses ou anos) e que a adequação temporal das expectativas (o alcance das projeções) e a persistência nas ações é decisiva para evitar a cronificação. Assim, é preciso um olhar atento para as mudanças que ocorrem de modo muito lento e sutil, para poder valorizá-las e potenciá-las para a produção de novos espaços vivenciais, “novos mundos”, através da

sequência de eventos recorrentes que vão decantando e sedimentando as novas vivências, novas emoções (OLIVEIRA; CARNEIRO, 2014).

Ainda sobre este aspecto, Brasil (2014b) destaca que a importância dos ideais propostos pela Política de Redução de Danos já abordadas neste estudo, que consiste em pensar práticas em saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida.

Esta política tem como objetivo integrar as redes de saúde, social, cultural e a comunidade, tendo como base de sua assistência a atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários. Nesses serviços, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, o que evita a exclusão de muitos usuários e torna possível a assistência a um número maior de usuários.

Sob essa ótica, Marlatt e Gordon (1993) propuseram um modelo integrativo de Prevenção de Recaída (PR), considerando implicações de vários aspectos que contribuiriam para o processo de recaída, não focando apenas na recaída em si. Os autores entenderam que a meta principal do tratamento deve ser: tratar o problema de recair (a recaída) através do desenvolvimento, junto ao paciente, de técnicas eficazes para o seu manejo.

Essas técnicas são desenvolvidas a partir de um referencial cognitivo-comportamental, isto é, a partir da identificação das situações de risco, o paciente treina estratégias de enfrentamento com o objetivo de aumentar a autoeficácia para lidar com situações similares no futuro e aprende a evitar uma recaída (BRASIL, 2014b).

Os objetivos principais do tratamento de Prevenção da Recaída são:

auxiliar o paciente a recuperar-se de um lapso e retomar a abstinência e outras metas estabelecidas durante o tratamento e desenvolver habilidades para o manejo do lapso, objetivando a PR propriamente dita. A abordagem do tratamento de PR foca fundamentalmente em: conscientização do problema; treinamento de habilidades e enfrentamento e modificação do estilo de vida. A aplicabilidade eficaz do modelo de PR prevê que o paciente faça uma reestruturação cognitiva de suas crenças a respeito do uso de substâncias (BRASIL, 2014b).

Portanto a recaída não pode ser encarada como um fracasso seu, enquanto profissional ou do paciente, e sim como uma oportunidade de reflexão e fortalecimento dos aspectos pouco discutidos com o paciente, permitindo analisar os pontos fortes fracos, objetivando evitar novos processos de recaídas.

6.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para possibilitar a análise e discussão das informações levantadas, procurou-se contemplar a homogeneidade das ideias apresentadas nas representações dos usuários, no intuito de codificar as diferentes categorias e responder ao objeto de estudo.

As respostas dos sujeitos desta pesquisa emergiram em três categorias, sendo elas relacionadas às representações sociais de usuários de álcool e drogas enfocando os aspectos da religiosidade e da espiritualidade. As categorias se entrelaçam no processo de entendimento do trajeto do usuário na perspectiva de dependência e tratamento, ressaltando aspectos religiosos e espirituais.

CATEGORIA 1- NOS CAMINHOS DA DESTRUIÇÃO

Nesta categoria, foram analisadas as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas sobre a trajetória da dependência, envolvendo o processo inicial de consumo, perpassando pelas relações familiares. Os resultados encontrados na pesquisa culminaram em três subcategorias:

SUBCATEGORIA 1- O INÍCIO DO CONSUMO

Observou-se nos depoimentos da maioria dos entrevistados, que o início do consumo de álcool e outras drogas estão relacionados a fatores externos como amizade e ambiente propício, conforme podemos visualizar nos discursos a seguir:

Foi na fase de adolescência, por influência de amigos, o álcool e as drogas é tudo de influência de amigo na adolescência...porque na adolescência não tem uma pessoa ali *pra* orientar, daí os pais, *né?* Dão muita liberdade *pros* filhos...e quando eles chegam a saber aí já é tarde demais... (H1)

Foi devido o conhecimento muito cedo de amizades, *né*...foi amizades...e isso aí me levou ao conhecimento(...)as amizades que eu encontrei pelo meio do caminho que acabou influenciando naquilo (H2)

Não sei, não sei...verdade...eu acho assim que foi influência...eu perdi um irmão *aí* depois eu comecei a me envolver com pessoas que eu nem conhecia...aí eu fiz amizades e essas amizades que me apresentaram as drogas...(H7)

Local e pessoas que me levaram a usar ...(H14)

Olha, logo no início foi muita influência...amizade(...) e eu sempre me envolvi com pessoas mais velhas que eu e essas pessoas já tinham muita experiência *pro* mundo e eu tinha pouca experiência...(H16)

A TRS reconhece o valor da dimensão subjetiva, aqui apresentada pela dependência química, o aspecto cognitivo do indivíduo, que segundo esta perspectiva interfere nas práticas sociais, nas atitudes e condutas relativas ao objeto da representação. A pesquisa que usa a teoria das representações sociais como referencial teórico focaliza sua atenção no conhecimento dos participantes da mesma, enquanto conhecimento importante para se compreender o cotidiano dos mesmos (SILVA, 2011).

O referencial da TRS permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos são compreendidos pelos indivíduos e grupos, e como o conhecimento construído sobre estes fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos (SILVA, 2011).

Nesta perspectiva, se compreende que a situação da dependência química tem tomado grande vulto nas discussões da sociedade atual. Figueiró (2010, p.21) afirma que muito do início da dependência química se dá na fase da adolescência, a partir da experimentação.

Observou-se uma forte relação entre a presença do grupo de pares e o uso de drogas. Conforme entrevista, verificou-se que a maioria dos usuários relata a vivência da primeira experimentação de drogas com a presença de “amigos”. É possível perceber entre eles que o grupo de pares, nessa vivência com as drogas, faz parte deste universo de descobertas, desafios de limites e reafirmação ou busca de novos valores. Sendo assim, os amigos se configuram como parte importante nesse processo de amadurecimento e identificações.

A influência de amigos nessa aproximação com as drogas tem sido tema de diferentes estudos (GIUSTI; SAÑUDO; SCIVOLETTO, 2002). A literatura evidenciou que o período da adolescência é fortemente marcado pela aproximação com os pares e a busca por novas referências e modelos de conduta, justificando a participação dos amigos (VASTERS, 2009).

Somando-se a isso, a literatura apontou que o tipo e a qualidade do vínculo estabelecido em casa, uma das partes das redes sociais, relacionam-se à capacidade de resistir a comportamentos de risco, podendo esta ser aumentada ou diminuída (SANTANA; DONIELLI; KOLLER, 2004).

Conforme estudos de Schenker e Minayo (2003), os distúrbios no uso abusivo de drogas psicoativas estão associados ao uso de drogas pelos adolescentes com

baixa autoestima, sintomas depressivos, eventos de vida estressantes, baixa coesão familiar e ligação com amigos que consomem drogas.

Estudos mais recentes apontam que a dependência química apresenta-se de forma multifatorial, tendo fatores de natureza biológica, psicológica e social. A partir destas, pode-se dizer que ninguém nasce dependente de uma droga, mas pode tornar-se um dependente experimentando ou usando uma droga em determinado contexto social (BLEFARI, 2002).

Portanto, ainda acerca do tema, pode-se afirmar que dependência química é entendida como uma doença caracterizada por comportamentos impulsivos e recorrentes devido à utilização de uma determinada substância, que envolve aspectos biopsicossociais, sendo o motivo de muitas pessoas que utilizam drogas tornarem-se dependentes é que a substância ingerida e sua consequente ação no sistema nervoso propiciam sensações prazerosas, ainda que momentâneas.

No que se refere ao estudo das representações manifestadas pelos usuários, foi observada também na fala dos entrevistados (três usuários) à atribuição ao início do consumo, a fatores como curiosidade sobre os efeitos que as drogas podem ter no nosso organismo, conforme evidenciado na fala abaixo:

No início foi apenas a curiosidade, o efeito que ela trazia...por eu ser tímido a bebida me deixava mais a vontade *pra* namorar, *pra* fazer algumas atividades que eu não tinha coragem de fazer, a liberdade que a bebida me trazia *pra* fazer as coisas(...) eu bebia para ter coragem *pra* fazer alguma coisa. (H9)

Cabe destacar também a possibilidade de algumas pessoas utilizam as substâncias modificadoras do humor em uma tentativa de lidar com os desafios da vida, situações de conflitos familiares e uma espécie de meio de procura por algo que possa completar ou dar sentido a sua existência. O uso de drogas passa a ser, neste sentido uma tentativa ineficaz de lidar com as pressões, tensões e imposições da vida. Foram observados estes aspectos na fala de alguns usuários, como no caso das seguintes situações:

Foi o desprezo da minha mãe que não quer saber de nós...nem dos meus irmãos (...) ela prefere ver eu morto do que vivo, ela mesma já falou isso. (H4)

No meu ponto de vista foi um pouco de vulnerabilidade quando eu era criança porque eu perdi a minha mãe muito novo, quando eu tinha 13 anos e era só eu e ela. (H5)

Um vazio terrível que eu tinha, sabe assim...pelo fato de as minhas relações amorosas não terem dado certo...(H10)

Foi amenizar a dor, foi tipo um analgésico, por uma situação que eu vivi no passado. (M12)

Nestas manifestações a dependência seria, então, um problema secundário, não uma doença primária. Em outros termos, o indivíduo usa drogas para lidar com seus problemas, mas acaba amontoando outros problemas quando nele se instala um padrão de uso patológico. Assim, na tentativa de viver continuamente sob o domínio do princípio do prazer, o indivíduo incorpora à sua rotina um hábito de consumo de psicoativos que finda por gerar a dependência de drogas. Assim, segundo Olivenstein (1989, p.17) toda toxicomania é substitutiva, máscara para não se olhar no espelho que está quebrado.

No senso comum, a interpretação psicológica da dependência química é geralmente associada à tipologia do “viciado”, visto como uma pessoa de “personalidade fraca”, um “traumatizado”, ou seja, alguém que bebe ou usa drogas para esquecer seus problemas, evitando arcar com as responsabilidades que a vida lhe impõe. Por outro lado, as pessoas que buscam as substâncias psicoativas geralmente o fazem com a intenção de efetuar uma mudança subjetiva de um determinado estado de humor, como debelar uma ansiedade ou propiciar sensações de prazer.

A busca por compreender a dependência química através de suas representações sociais representa a necessidade de um entendimento deste fenômeno a partir de seu sentido ideológico, na medida em que as representações produzem a ação e orientam a cultura (MOTA, 2008).

Portanto, a dependência química é abordada como um fenômeno que envolve uma diversidade de percepções de sentido. Em outras palavras, “a linguagem da doença não é, em primeiro lugar, a linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais” (MINAYO, 1999, p.177).

Outra realidade observada na fala dos sujeitos está relacionada à falta de estrutura familiar e de sua influência na situação de drogadição, no qual normalmente um de seus membros passa a ser depositário de todo o contexto conturbado.

A desestruturação e a falta de alguns sentimentos básicos nas relações interpessoais entre entes, como respeito, amizade, cumplicidade e afeto, por

exemplo, que as famílias vivenciam antes e durante o uso abusivo de substâncias pelo membro, são comumente observadas nas pesquisas consultadas. Acerca do tema, alguns autores afirmaram que estas lacunas podem ser um forte fator predisponente ao uso problemático de drogas pelos adolescentes (FIGUEIRÓ, 2010).

Assim, frente à sociedade em desestruturação, a desagregação das famílias e um mundo violento que tende a negar valores morais, e até mesmo éticos, o uso problemático de substâncias surge para o adolescente como uma direção para o que pensam ser a felicidade. Portanto, a compreensão deste fenômeno exige uma análise, a partir de três elementos: a substância, o indivíduo e o contexto sociocultural (SILVEIRA FILHO, 1995).

Neste sentido, conforme foi observada nas representações de alguns sujeitos, a dependência de drogas pode constituir-se em um artifício utilizado para preencher uma carência emotiva, uma falta, que algum dos familiares não foi capaz de suprir. Por isso, a desarmonia familiar ocupa um papel central na etiologia da dependência química. Dessa forma, “o depender de drogas seria o resultado do deslocamento deste sentimento de falta para uma *coisa*, com a notória vantagem de esta ser alcançável em qualquer esquina do mundo” (KESSLER et. al., 2003).

Portanto pode-se afirmar que a representação social sobre as drogas e sua relação com seus dependentes é relevante como ponto de partida para a compreensão do seu consumo. As concepções que permeiam o imaginário social atribuem um poder mágico à droga, produto do bem e do mal, influenciando a formação de valores da sociedade. Esses valores interferem nas formas de abordagens sobre drogas, determinando as condutas de repressão, tolerância ou prevenção (GONÇALVES, 2002).

SUBCATEGORIA 2- O FUNDO DO POÇO

Em consonância com a categoria anterior, após dado o consumo inicial, motivado por fatores distintos, os usuários manifestam as questões relacionadas à manifestação e instalação do processo de dependência de substâncias, trazendo consigo aspectos negativos que os fizeram cair no chamado “fundo do poço”. A maioria dos entrevistados atribui a essa situação o fato de chegar ao descontrole sobre o consumo de drogas, não sabendo mais lidar com a situação que até o

momento parecia estar sobre controle. Esses aspectos podem ser vislumbrados nas seguintes manifestações:

Eu acho que a perda de tudo o que quando a gente é criança a gente constrói... o respeito, o amor, a confiança, a tolerância, a paciência (...) fui perdendo o meu amor próprio por mim mesma, quando eu passei a me prostituir para eu poder consumir a minha droga. (M6)

Eu não sabia que eu ia ficar viciado, *né*...o pessoal me dava conselho, mas eu não ouvia...eu achava que era uma curtidão...aí quando eu vi eu já *tava* viciado. (H7)

O uso de droga *tava* demais e eu não *tava* mais conseguindo controlar e foi isso (...) eu fui pra rua. (H8)

Eu já começava a consumir drogas dentro de casa (...) eu já não respeitava mais a minha família (...) vendi tudo, televisão, celular, DVD, roupas, tudo...até botijão da casa. (H10)

No caso do uso de álcool e outras drogas é necessário considerar e buscar entender qual o significado da mesma na vida de cada indivíduo, uma vez que as histórias de vida são diferenciadas. Além disso, cada um possui formas específicas de representar o processo saúde doença, o que implica em olhar para a subjetividade inerente nessa situação, vislumbrando também, os sentimentos, desejos, as necessidades desse indivíduo, o qual necessita ser encarado como um ser ativo no seu projeto de vida, exigência de novo paradigma da saúde na atualidade (VIEIRA, 2010).

Outra representação importante a ser destacada é a questão da problemática social, a qual o processo de dependência química está inserido:

Eu tinha 13 anos...eu já gazetava a aula, eu ia *pra praça pra fumar*...e depois foram vindo outras drogas e conseqüentemente eu passei a cometer furtos, pequenos delitos, até eu chegar a cometer grandes delitos...tudo em função das drogas(...) se eu tivesse mil reais eu consumia os mil reais em drogas. (H11)

...eu comecei a roubar os outros, roubava ônibus, roubava carro...*aí* um dia eu fui roubar e *aí* eu peguei cinco tiros...*aí* eu vi que tinha que parar com isso. (H13)

Nesta perspectiva, se observa que os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas vão muito além dos efeitos sobre a pessoa que consome a substância. Os efeitos podem ser sentidos em todos os segmentos da sociedade, dentre eles a violência, representada por assaltos, suicídio, homicídio, tráfico de drogas e mortes precoces (GUINDALLINI *et al*, 2006).

Em relação às drogas, cada cultura tem suas diferentes formas de representação da doença podendo seu uso ser requisitado, tolerado ou sancionado. Porém, o uso abusivo destas substâncias gera um consenso entre as sociedades modernas no que diz respeito à dependência que estas podem causar, podendo levar o usuário a cometer delitos e inclusive deixar tarefas cotidianas de lado para se dedicar a busca e ao uso de determinada substância, prejudicando muito a vida social e familiar destes, além dos prejuízos à saúde (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Desta forma, os problemas sociais advindos do uso de substâncias ilícitas são maiores do que aqueles resultantes do uso de substâncias lícitas (álcool, tabaco). Em primeiro lugar, estão relacionados à produção ilegal, à distribuição e à posse de drogas ilícitas, que se constituem em crime. Segundo, o uso de drogas eleva a criminalidade, com aumento da violência social, posse ilegal de armas e corrupção em vários níveis e formas. Esses graves problemas resultam em custos financeiros e sociais para toda a sociedade, com piora da qualidade de vida (FRISCHER, GREEN; GOLDBERG, 1994).

Outro aspecto a ser considerado é a relação entre drogas e violência, relacionada à dinâmica do comércio de drogas ilícitas, incluindo disputas territoriais entre traficantes rivais, afirmação de códigos e condutas no interior dos grupos de traficantes, eliminação de informantes, punições por adulterações de drogas, punições por dívidas não pagas, entre outros conflitos que emergem nesse processo da comercialização (SAPORI, MEDEIROS, 2010; SAPORI, SENA, 2012).

Portanto, o consumo de drogas sempre apresentou uma forte associação com o mundo do crime, enquanto um elemento capaz de sublevar massas e reforçar comportamentos antissociais (ESCOHOTADO, 1997; MUSTO, 2001; RIBEIRO *et al*, 2006).

SUBCATEGORIA 3- OS LAÇOS PARTIDOS: CONFLITOS FAMILIARES

A família como grupo social, é uma unidade complexa e essencial para processo de viver de todo o ser humano que não é formada apenas por um grupo de pessoas, mas também pelas relações entre estas pessoas (SILVA, 2007).

Na dependência química a família aparece como estrutura de relevância, em toda a literatura, pelo seu papel de coautora tanto do surgimento do abuso de drogas quanto criadora de possibilidades de saúde para os seus membros (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Neste sentido, esta categoria está relacionada às representações dos usuários diante da relação da família e o processo de dependência química, representado pelas manifestações dos sujeitos sobre os sentimentos e atitudes da família frente a essa problemática:

Eles me deram muita porrada...fizeram muito *enxame*...eles não me ajudaram porque na época não tinha esse negócio de tratamento, na época era tudo cadeia...não tinha esse negócio...*aí* era visto criminalmente (...) *aí* depois a minha vida se transformou num inferno, porque ninguém confiava mais em mim...(H1)

... quando a minha mãe descobriu foi aquele perrengue... foi um inferno total, foi brigas em cima de briga...muita porrada... (M6)

Eles sentiram raiva, tristeza, me desprezaram também por causa das drogas, eu perdi a minha família, *né?* Teve muitas brigas, muitos desentendimentos, perdi a confiança da minha família, ninguém confiava mais em mim e *aí* eu fui morar na rua...porque eu não tinha mais onde morar e o pessoal da minha família pediu pra eu sair da casa, *né?* (H8)

Num primeiro momento a minha família se sentiu revoltada (...) até por falta de informação da parte dela, a primeira reação foi a revolta...e até por eles não saberem o motivo da minha real situação com as drogas, eles não sabiam *aí* foi mesmo revolta, discriminação. (M12)

Santos e Veloso (2008), afirmam que representação social é um conjunto organizado de figuras e de expressões socializadas que simbolizam as situações e os atos. Assim, entende-se como sendo uma forma de conhecimento que é elaborado cotidianamente pelo indivíduo e que tem, ao mesmo tempo, origem e consequência na produção de comportamentos e na comunicação entre indivíduos.

Neste sentido, Silva (2004) argumenta que a pessoa dependente de drogas não existe isoladamente, mas concretiza sua existência nas relações que estabelece com os outros seres a sua volta. Por isso, a dependência química não pode ser vista dissociada, é necessário valorizar os sentimentos das famílias que nestes casos estão inconsistentes e distantes emocionalmente.

Para Caldeira (1999) o uso, o abuso ou a dependência só são definidos a partir da relação triangular que envolve o sujeito, a droga e o contexto familiar em que o usuário está inserido.

Normalmente, a família do dependente químico encontra-se fragmentada, deteriorada em conflitos, pois, o abuso de determinada substância por um indivíduo a torna impotente para vencer determinadas situações. Em contrapartida essa

mesma família pode ser vista pelos profissionais de saúde como um recurso para o tratamento e recuperação do doente (SILVA, 2007).

Ainda segundo a autora, cada pessoa desempenha um papel diferente organizado e distribuído pela própria família. A presença de um vício interfere o desempenho destes papéis provocando uma alteração nesta dinâmica e desencadeando a necessidade de um reajuste no modelo esperado desorganizando assim completamente a vida dos sujeitos envolvidos.

Apesar disso, Silva (2004) também afirma que as famílias constroem um jeito de viver e de cuidar tão forte que as tornam capazes de resistir às adversidades do dia-a-dia tornando-as potencializadores, muitas vezes, na recuperação dos pacientes.

Por outro lado, estas famílias podem, indiretamente, colaborar no processo de drogadição. Na literatura é comum encontrarmos os termos codependência, coadição, coalcoolismo que, segundo Sadock e Sadock (2007, p. 506) são utilizados para designar os padrões comportamentais de pessoas afetadas de forma significativa pelo uso ou pela dependência de drogas de algum familiar. Para os autores, a codependência seria a facilitação, que consiste no auxílio do usuário a obter a droga ou na proteção deste frente às consequências do abuso de substâncias. Outra característica relevante é a falta de disposição em aceitar a dependência como doença, ou seja, uma negação da realidade, o que inviabiliza assim a busca por tratamento.

Conforme Sadock e Sadock (2007, p. 510), a família por sua vez, acumula sentimentos de raiva, rejeição e fracasso, ao mesmo tempo sente-se culpada pelo uso descontrolado do usuário e responsáveis por tal situação.

Para Silva (2007), o cotidiano das famílias que convivem com dependentes químicos é expresso pelo sentimento de “estar vivendo com uma bomba relógio”, pois a qualquer momento o ente ou até mesmo os integrantes da família podem ser surpreendidos e tornar-se vítimas dos danos e violência causados pela dependência.

Outro sentimento que comumente afeta a família do dependente químico é o de negação que ocorre quando os familiares assim como o próprio dependente passam a negar que o uso indevido de tal substância causa preocupação negando sua existência. Essa negação, muitas vezes, serve como escudo das famílias que

negam o problema como autoproteção uma vez que acreditam serem os responsáveis pelo problema (SADOCK; SADOCK, 2007).

Matos *et al.* (2008), relatam que outro fato importante que ocorre nas famílias do dependentes químicos é que uso de drogas provoca o afastamento afetivo entre as famílias, tornando difícil a comunicação entre os membros.

Também podem surgir sentimentos de raiva, baixa autoestima e depressão quando as tentativas de parar com uso de determinada substância fracassam e se faz necessária a intervenção externa. Só que para o dependente e para própria família é muito difícil de aceitar esta condição visto que, acreditam que com mais esforços são capazes de enfrentar os problemas sozinhos o que pode causar muita frustração em ambos os envolvidos, família e dependente (SADOCK; SADOCK, 2007). Sendo desta forma, inúmeros os conflitos gerados durante a vivência da dependência química.

Neste processo de perdas materiais e sentimentais que levam a um adoecimento familiar, os membros buscam encontrar meios de encorajamento para juntos conseguirem a suspensão ou diminuição do uso de drogas do membro de modo a diminuir seu impacto. A luta contra o uso abusivo de drogas deve estar pautada no amor, afeto e principalmente na nova relação de confiança que as famílias devem tentar estabelecer com o dependente (FIGUEIRÓ, 2010).

Quando há uso abusivo de drogas, as perdas são inevitáveis, sejam elas de fundo material como a venda de objetos e pertences da família para comprar mais droga sejam elas de fundo emocional, sendo estas as mais significativas na vida dos familiares do dependente, conforme foi observado nas representações dos entrevistados.

Portando, o uso indiscriminado de drogas faz com que o usuário perca aos poucos seu senso crítico, sua identidade e cada vez mais sua própria autoestima, fazendo com que essas perdas interfiram diretamente nas relações do membro dependente com os demais familiares.

CATEGORIA 2- BUSCANDO AJUDA

Nesta categoria foram analisadas as representações sociais de usuários de álcool e drogas e o processo de tratamento, abordando neste sentido as estratégias usadas para o enfrentamento da dependência, entre eles representações relativas à

religiosidade e espiritualidade, manifestadas durante as entrevistas. Os resultados encontrados na pesquisa culminaram em duas subcategorias.

SUBCATEGORIA 1- BUSCANDO UMA SAÍDA: O PROCESSO DE ENFRENTAMENTO

Nesta categoria, foram analisadas as repercussões das RS de usuários de álcool e outras drogas em relação ao tratamento, desvelando os sentimentos relativos a esse processo. Neste estudo a maioria dos entrevistados tiveram manifestações positivas, elevando o tratamento a uma condição essencial de apoio/ajuda para o enfrentamento do uso abusivo de substâncias:

Tratamento *pra* mim...acho que foi a melhor coisa que me aconteceu...porque eu posso ver aonde eu *tava* errando(...) com o tratamento eu fui conhecendo pessoas que me passaram confiança, que me mostraram o que é respeito, o que é admiração, o que é tolerância, sabe...conversam contigo, te tratam bem (...) então a casa veio pra mim como uma benção porque o que eu precisava mesmo era de um apoio psicológico, de amigos, familiares, tudo isso eu aprendi aqui ... (M6)

Eu me sinto muito bem, muito feliz, por conhecer o que eu tenho, por saber a minha doença, porque eu posso até recair, mas eu já entendo o porquê disso...porque ao mesmo tempo que eu sei que eu posso recair, isso me dá força...porque mesmo sendo uma dependência química eu acabo usando esse meu autoconhecimento... (H9)

Hoje no meu tratamento eu me sinto muito bem porque hoje eu confio nas pessoas e pela primeira vez eu vejo que as pessoas acreditam em mim, eu acho que pela primeira vez na minha vida as pessoas estão acreditando em mim, no meu potencial, na minha força de vontade, até porque os meus familiares nunca tinham me dado a oportunidade como eu *tô* tendo agora e também por ter essa oportunidade eu não queria decepcionar essas pessoas que estão me ajudando ... (H11)

Olha eu me sinto melhor...principalmente porque agora as pessoas sabem o que eu tenho...então quando eu escondia isso das pessoas, parecia que era mais difícil de me tratar...porque agora que as pessoas ao meu redor sabem, ela passaram a entender e compreender o tratamento(...) agora eu já converso com a minha esposa e ela me entende... e eu já não faço tanta besteira como eu fazia antes... (H16)

A partir das representações destes usuários, pode-se afirmar que embora se concorde com a importância do papel protagonizador que o usuário precisa ter para que o mesmo obtenha sucesso no tratamento, é preciso perceber que a ênfase neste discurso torna a dependência química como um fenômeno situado apenas no âmbito individual. Entretanto, não se pode perder de vista que a dependência

química é algo que não se remete apenas ao indivíduo de forma isolada, e sim deve ser observado como um fenômeno de natureza multifacetada.

Convém salientar que se verificaram outros estudos em que também foram observadas representações positivas a respeito do tratamento, como se destaca o estudo realizado por Melo (2013, p.96), que observou termos utilizados para se referir ao tratamento pelos usuários como: *bom, recuperação, esperança e mudança*.

Essa percepção também foi encontrada em estudo realizado por Crauss e Abaid (2012, p.65), com usuários de drogas, em que o tratamento foi considerado como algo importante para a recuperação e mudança de vida dos usuários. O estudo remonta que a importância do tratamento advém do fato de que sinaliza com a possibilidade e recuperação do que se perdeu por causa do uso da droga.

Nesta perspectiva, diante das representações dos sujeitos, é importante observar os usuários enquanto sujeitos díspares, onde múltiplos fatores influenciam no processo e nos seus sentimentos em relação ao tratamento, tendo de ser observada a história de vida de cada pessoa, devendo ser levada em conta nos seus aspectos estruturais, não apenas no sentido psicológico, mas também em seu contexto social, econômico e cultural.

Portanto, refletindo à luz da TRS, entende-se que esta se mostra adequada para estudos que incluem o fenômeno das drogas. A teoria dá conta da complexidade da proposta deste estudo, que busca compreender o processo de transformação das representações do uso de drogas, dentro das estruturas familiares em diálogo com o saber científico, através do tratamento, a partir do qual serão atualizadas significações específicas, de acordo com suas condições de uso intelectual e social.

SUBCATEGORIA 2- ESTRATÉGIAS DE AJUDA NO PROCESSO DE TRATAMENTO

Na perspectiva de quais estratégias os usuários se apoiavam para auxiliar no tratamento, além das abordagens trabalhadas na instituição, a maioria dos usuários destacou o busca por elementos de cunho religioso e espiritual, como forma de agregar ao processo de tratamento. Essas representações são manifestadas a partir das falas dos usuários:

Eu tomo meu remédio, participo das reuniões...mas eu tô constantemente ameaçado pela droga...eu tô cercado, meus vizinhos usam...conheço famílias inteiras que usam drogas... Eu tento me apegar ao tratamento, a religião...me afastar das tentações da vida ...(H1)

O que eu uso é assim de fazer atividade física, né...ultimamente ando fazendo cursos para ocupar a mente assim...e sempre lendo a bíblia ou algum livro *pra* tá ocupando a mente para não tá pensando besteira...sempre ligado numa rádio escutando sempre a palavra de Deus...*pra* que aquilo venha me dar mais força *pra* que eu possa resistir ao vício. (H2)

Geralmente eu recorro muito à oração, porque eu faço parte do espiritismo, que não chega a ser propriamente uma religião e sim uma ciência de vida, que estuda os porquês da vida... e eu leio muito o evangelho de Jesus e peço muita força até passar a vontade...além da religião eu tomo bastante banho, bebo bastante água, vejo televisão...me apoio nas pessoas que me ajudam (H5)

A oração...eu sou evangélico, sabe... graças a Deus...então eu oro eu jejuo...eu vou *pra* a igreja, eu procuro ler a bíblia e obedecer, que é o principal...buscar se congregar, viver em harmonia com os irmãos...orar mesmo para Deus tirar o desânimo (...) eu sempre procuro ocupar a mente...(H7)

A minhas estratégias são não me irritar, se tiver uma confusão eu saio fora...vou *pra* igreja também...quando tem alguma discussão, alguma coisa na minha casa eu saio e vou passear(...) e eu me pego muito com Deus, eu oro, peço forças e um dia eu sonho em reatar meus laços familiares com as minhas irmãs e com a minha mãe. (H8)

Espiritualidade...porque eu oro muito...porque geralmente quem é usuário se torna muito impaciente (...) então eu busco essa força na espiritualidade...não me cobrando, mas buscando força na espiritualidade (...) agora quero voltar a trabalhar (...) vou estar fazendo cursos, buscando informação, *pra* sempre tá ocupando a mente (M12)

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos têm o intuito de minimizar situações estressantes para adaptarem-se a circunstâncias adversas; o termo *coping* pode significar: enfrentar, manejar, lidar com, adaptar-se, porém não possui tradução literal em português (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; PANZINI *et al*, 2007).

Segundo Antoniazzi, Dell'Anglio e Bandeira (1998, p.276):

Coping é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *estress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais.

O grande desafio no enfrentamento do uso abusivo de drogas pelo membro e, por conseguinte sua recuperação é substituição da rotina centrada na droga por

novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores (RIGOTTO; GOMES, 2002).

Neste processo de mudança, o ambiente social exerce uma poderosa influência na recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. Esta influência mostra-se no restabelecimento do convívio familiar, nos encontros com colegas recuperados e no apoio de profissionais especializados. Portanto, é necessário buscar um reestabelecimento de comportamentos, com o objetivo de uma reaprendizagem para viver sem drogas e encontrar sentido em atos corriqueiros e habituais.

Oliveira e Nappo (2008) apontam ainda que estratégias de autocontrole são possíveis sim e consistem em estratégias individuais e fatores de proteção internos que são desenvolvidos pelo próprio usuário ao se basear nas suas próprias crenças e valores, e diante de todas as perdas que envolvem o uso problemático de drogas. Assim, acreditam que tais estratégias possam ser eficientemente incorporadas a programas de redução de danos, minimizando as implicações de vida associadas ao uso compulsivo.

Neste sentido, a partir destas representações, se mostram positivas as estratégias do enfrentamento religioso e espiritual, podendo estas ser utilizadas no relacionamento com os amigos, os familiares, Deus e, dessa forma, levar os indivíduos a uma “transcendência”. Como consequência, proporcionar a autocapacitação ou capacidade e lidar com uma situação estressante é promover um entendimento sobre o significado e propósito da doença (BALDACCHINO; DRAPER, 2001).

Os usuários manifestaram também em algumas de suas falas a importância do apoio familiar dentro dos aspectos de enfrentamento do uso abusivo de álcool e drogas, conforme descrito abaixo:

...a minha família ajuda, porque eu tento não frequentar ambientes onde tem bebida...e hoje eu tento encarar a vida e os meu problemas...então eu tento melhorar nesse sentido e basicamente é isso.(H9)

Acho que a estratégia eu acredito que tem várias manobras *pra* usar *pra* gente parar de usar drogas...olhar *pra* trás e ver aquele filme de tudo o que aconteceu...olhar *pra* família, olhar *pra* si mesmo, o tempo perdido, nada construído (...) e eu procuro ocupar minha mente, fazendo atividade física...fazendo atividades laborativas em casa varrendo, fazendo comida...ajeitando uma goteira aqui e acolá, olhando os meus filhos se arrumarem, pedindo um cheiro deles, um beijo, um abraço...sabe aqui é o que me fortalece...(H14)

Procuro ficar com a minha família, com os meus filhos...eu saio mais com a minha esposa...eu não saio sozinho...é muito difícil...e quando eu saio sozinho eu ligo direto pra ela e dou satisfação *pra* onde eu vou e com que eu tô...eu não dou o espaço...(H16)

A partir destas manifestações, se afirma que as redes de afeto, principalmente da família mostram-se cruciais no enfrentamento e na recuperação dos dependentes, sendo fortes potencializadores no processo de restabelecimento individual e familiar.

A família como parte importante para o sucesso do tratamento foi apontado em pesquisa realizada por Neves e Miasso (2010), ressaltam que é indispensável não só o apoio da família, como também o tratamento do sistema familiar, para a transformação do uso abusivo de drogas em produção de saúde.

Em estudo sobre as representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento, Silva (2007, p.54) destaca que o envolvimento da família no tratamento da dependência, funciona como uma fonte de recursos para o crescimento do adicto, uma rede de apoio no momento da abstinência e da reinserção social, bem como a própria família se enriquece em seu conjunto, se fortalecendo e adquirindo seus próprios recursos, propiciando, assim, que todos os seus membros sintam-se competentes para cuidar de si mesmos.

CATEGORIA 3- APOIANDO-SE EM UMA FORÇA SUPERIOR

Conforme já foi abordado, as representações sociais, situadas na interface entre o psicológico e o social, podem ser percebidas como formas de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, que contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a compreensão e a comunicação do sujeito no mundo (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003).

Neste sentido, a Teoria das Representações Sociais ratifica este entendimento acerca do estudo dos fenômenos sociais, uma vez que se limita a capturar uma parte da realidade compartilhada por um grupo, em um determinado momento.

Portanto, esta categoria trata do principal enfoque da pesquisa, em que são analisadas as representações sociais sobre os aspectos da religiosidade e espiritualidade no processo de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, buscando entender as compreensões destes usuários sobre os conceitos de religiosidade e espiritualidade, além da influência destes fatores no processo de

tratamento dentro do CAPS A/D e as representações relacionadas sobre a abordagem destes aspectos espirituais e religiosos dentro do serviço de atenção psicossocial voltada para o tratamento de álcool e drogas. Os resultados encontrados na pesquisa originaram três subcategorias.

SUBCATEGORIA 1- REFLETINDO SOBRE OS SENTIDOS DE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Nesta categoria optou-se por desvelar as representações dos usuários relativos às suas percepções a partir da pergunta indutora que se referia ao que os mesmos entendiam por *religiosidade* e por *espiritualidade*. Neste sentido, buscou-se compreender as representações e sentidos destes conceitos para os usuários.

A partir das manifestações dos entrevistados, pode-se observar que a maioria trouxe concepções complementares dos conceitos de *religiosidade* e *espiritualidade*, porém não se evidenciaram manifestações que entendiam ambos os conceitos como iguais. Isto pode ser evidenciado nas representações abaixo:

Eu acho que a religiosidade eu digo assim que cada um tem um tipo...segue uma igreja... cada religião tem um modo de ser... e de agir com a Bíblia...eu sei que Deus é só um Deus que existe para todos nós...às vezes eu mesmo na religiosidade eu vejo um Deus que eu consigo ver, que eu consigo perceber...ele fala tudo o que eu quero e que tá dentro da bíblia, mas eu não vou pela cabeça do que um membro da igreja, um pastor, um bispo, seja lá o que for...né...isso aí não me afeta porque eu vou mais pela bíblia do que pela conversa deles, né...então é por esse lado... agora a espiritualidade eu só peço que o meu espírito esteja sempre calmo e perto de mim...porque não é fácil...mas eu não acho que espiritualidade e religiosidade sejam a mesma coisa...tem gente que tem uma espiritualidade muito boa e tem outras em que o espírito de Deus está na pessoa e a pessoa se torna uma pessoa boa, se torna uma pessoa agradável e tem aquele brilho, assim... quando não tem muito espírito bom perto dele ele se torna uma pessoa má...uma pessoa com a fisionomia totalmente diferente, sabe...eu vejo essa parte assim da espiritualidade (H2)

Acho que espiritualidade é o que eu tô tentando fazer é buscar Deus, me apegar com coisas que a gente não vê, ter fé em Deus, em Jesus Cristo, em nossa Senhora e pedir forças, nessas coisas que a gente não vê, mais sente essas forças...que a gente não vê mais sente...a bondade, a vontade de não fazer coisas erradas, ter uma consciência de que as coisas erradas que a gente fez e a gente vai ver na Bíblia e é errado...a gente não pode viver machucando as pessoas, maltratando ninguém...tentar ser educado, caridoso...tudo isso faz parte da espiritualidade e a gente tá aprendendo isso, independente da religião...eu vejo assim por esse lado...a religiosidade eu vejo assim, a religião...tem um monte de religião, a que eu sigo é evangélica e pra mim é uma coisa boa... e religião é uma coisa que a gente não se discute, mas a gente vai pra onde a gente se sente bem, onde você vai e se identifica...eu acho que religião é isso...não sei se eu tô enganado, mas eu acho que é isso... (H8)

Espiritualidade eu entendo assim que...na verdade eu tenho um conflito muito grande com isso, muito, muito grande...talvez por não conhecer melhor a questão espiritual, mas eu compreendo que é algo que vai além de mim, superior a mim, é algo que eu não controlo, algo que eu não consigo ver, mas que há um ser superior que é Deus e ele é quem comanda tudo isso que nós temos aqui...comanda os nossos passos e nos dá o livre arbítrio...e ele é justo, ele não é mal, ele é justo...é algo que vai além do nosso entendimento...ele nos dá oportunidade...eu acredito no mal também, eu acredito no mal...que quando a gente quer fazer o bem há o mal também que tenta nos deter...vai muito além de muitos entendimentos...a minha leitura sobre isso é que o ser humano é muito falho... Religiosidade eu acho que é diferente de espiritualidade, porque a religião é algo mais construído dentro da nossa cultura, da nossa sociedade, porque *pra* mim religião é você seguir mesmo alguns princípios já predeterminados por pessoas...com base em Deus ou em deuses, dependendo da religião e acabam construindo isso... a religião é uma questão mais social (...) essa questão da religião...eu ainda tenho um pouco de conflito...(H9)

Em face das representações dos dependentes de álcool e outras drogas acerca dos significados conceituais da religiosidade e espiritualidade, é importante destacar as diferentes conceituações abordadas.

A espiritualidade é uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um “Deus”, sendo responsável pela ligação do “eu” com o universo e com os outros. Engloba a necessidade de busca ao bem-estar e crescimento, além da percepção do significado do mundo e daquilo que realmente valeria a pena, estando além de religiosidade e religião (SULLIVAN, 1993).

Segundo Cook (2004, p. 541), especialmente dentro do campo da dependência de drogas, o termo espiritualidade está pouco definido e pode englobar inúmeras formas de mensuração, de acordo com a proposta particular de cada pesquisador.

Sabe-se que a religiosidade é um fator multidimensional, de difícil acesso, que envolve domínios públicos (em grupo) e privados (individuais) (KENDLER et al., 1997). Por isso, neste trabalho optou-se por denominar religiosidade a toda prática religiosa relatada pelos entrevistados, como, por exemplo, frequência ao grupo religioso, orações, leitura de textos sagrados e a aceitação dos dogmas ou princípios básicos da religião professada.

De acordo com estudo de Abdala (2010, p. 78) entende-se religiosidade e espiritualidade como duas palavras diferentes. Religião implica em um sistema de crenças a que um indivíduo adere, enquanto que espiritualidade pode ser compreendida como a experiência atual de uma pessoa em relação aos outros, com a natureza e com Deus. Espiritualidade é encontrada através de um relacionamento pessoal com Deus (LARSON, 2003).

Cabe destacar também estudos de Pargament *et al.* (p. 521, 2000) sobre a Psicologia da Religião, que o conceito de religiosidade repousa sobre aquilo que é sagrado e sobre a busca de significado, envolvendo expressões de espiritualidade, expressões tradicionais de fé, participação em igrejas estabelecidas, ações políticas e sociais, bem como atos pessoais de misericórdia e compaixão.

É necessário ter em mente que os termos “espiritualidade” e “religiosidade” estão relacionados, mas apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos, não apresentam as mesmas características (BENKO; SILVA, 1996; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Esta correlação ficou clara durante as manifestações das representações sociais dos entrevistados.

Neste sentido, cabe destacar que o ser humano possui uma espiritualidade, mas nem sempre expressada por uma religião (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). A espiritualidade é mais ampla e pessoal, está relacionada a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão com os outros; estimula um interesse pelos outros e por si, numa unidade com a vida, a natureza e o universo; é aquilo que dá sentido a vida, independentemente de sua religião, e, dessa maneira, produz capacidade de suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (BENKO; SILVA, 1996; BRUSCAGIN, 2004; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; POTTER; PERRY, 2002; GUMARÃES; AVEZUM, 2007; GUERRERO *et al.*, 2011).

Portanto, para alcançar a dimensão espiritual, uma pessoa não necessita pertencer a uma religião, ou seja, a um sistema de crenças organizado, que envolve um culto compartilhado por um grupo, inclui a existência de uma força divina ou um ser superior e propõem normas, ideias práticas e rituais (BENKO; SILVA, 1996; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; BRUSCAGIN, 2004; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Espiritualidade relaciona-se com elementos que transcendem o tangível e conduz um propósito à vida. Além disso, os aspectos espiritualistas podem mobilizar energias positivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

SUBCATEGORIA 2- A INFLUÊNCIA DE ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Quanto à influência de aspectos da religiosidade e espiritualidade no processo de tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, observou-se nas

representações sociais dos sujeitos entrevistados, uma concordância unânime sobre as influências positivas desses fatores no processo de enfrentamento. Isto pode ser explicitado de acordo com as manifestações abaixo:

Ajuda-me muito...porque eu peço muito a Deus *pra* ele me dar força, e Ele faz... Ele me ouve...Ele me dá força *pra* eu continuar o meu tratamento...porque eu já pensei muitas vezes em desistir...porque não *tava* dando certo...*aí* eu sentava, me ajoelhava e conversava com Ele, *pra* Ele me dar força *pra* eu não fazer isso...toda noite, toda manhã quando eu acordo...eu não frequento nenhuma igreja... mas eu rezo todo dia... (H4)

É fundamental *pra* me dá forças e acreditar que existe tudo isso no nosso coração e nos dá forças *pra* eu conseguir vencer esse monstro que tem dentro de mim...que eu sei que ele só *tá* adormecido, mas a qualquer momento ele desperta, quando ele desperta é só Deus mesmo *pra* segurar ele dentro de mim...(H8)

Pra mim é muito importante, porque é nelas que eu busco o apoio, a ajuda também, todos os dias pela manhã e todos os dias pela noite quando eu durmo eu rezo...todos os dias pela manhã quando eu acordo eu agradeço muito a Deus e a Jesus Cristo e tal, por eu não estar consumido droga, por eu não estar na rua...por ter passado por tudo que eu passei, por Ele ter me dado muitas e muitas oportunidades...(H11)

Pra mim a espiritualidade é tudo... é o começo de tudo...a base...porque tudo começa em Deus... Ele é o centro do universo...porque se você não tiver uma espiritualidade você é um ser vazio...eu penso dessa forma...Deus é tudo...e *aí* se você não tem Deus, fica um ponto de interrogação... (M12)

A partir das representações dos entrevistados, é inegável o papel da religião e da religiosidade no desenvolvimento da fé auxiliando no processo de enfrentamento do uso abusivo de substâncias. Esta fé e a busca por um Ser Superior é a chave deste estudo na recuperação dos usuários de drogas. Determina a continuidade na religiosidade e espiritualidade e lhes oferece motivos para não retornar ao consumo.

Ainda que existam outros fatores que contribuam para a mudança de conduta dos usuários de álcool e outras drogas, como o acolhimento e coesão do grupo, é a espiritualidade desenvolvida ao longo de alguns meses, através do contato com a informação religiosa, que os faz permanecer no caminho da abstinência. Sozinhos estes procedimentos não seriam suficientes em longo prazo. Neste caso, é a mudança de paradigma de visão do futuro, proposta pela religião, que os faz temer consequências no pós-vida e, até mesmo, no presente (SANCHEZ, 2006).

Sanchez (2006, p. 283) ainda destaca em seu estudo que o processo de enfrentamento baseado na busca pela religiosidade e espiritualidade não se trata de procedimento simples, afinal, todos estão sujeitos a sofrimentos relativos ao processo de recuperação da dependência de drogas.

Entende-se, portanto, que além de promover estilos de vida mais saudáveis, as crenças espirituais ajudam na adesão ao tratamento, especificamente para aqueles que estão se reabilitando do uso abusivo de substâncias. O indivíduo em tratamento tende a apresentar comportamento mais interativo, reconhecendo sua necessidade de mudança. A religião aumenta o comprometimento com o tratamento por diversas razões: a religiosidade está associada com baixas taxas de depressão, maior esperança, maior número de famílias estabilizadas e um maior número de apoio social; todos associados com melhor adesão aos tratamentos (KOENIG, MCCOLLOUGH, LARSON, 2001).

Neste sentido, o exercício da espiritualidade pode colaborar nesse processo quando o indivíduo encontra firmeza para evitar recaídas e voltar aos padrões desejados de comportamento. Isso pode ser reforçado até por aliar questões espirituais à religiosidade.

De maneira geral, espiritualidade se estabelece como um meio para os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas se fortaleçam ou se reciclem com sucesso nas metas para cada estágio motivacional. Alguns estudos científicos vêm reforçando esse aspecto positivo de suporte e mediação de sucesso em longo prazo para esses casos (OAKES; ALLEN; CIARROCCHI, 2000; POAGE; KETZENBERGER, 2004).

SUBCATEGORIA 3- ABORDAGEM DE ELEMENTOS ESPIRITUAIS E RELIGIOSOS NO TRATAMENTO OBTIDO NO CAPSad

Com relação à abordagem de elementos espirituais e religiosos no tratamento obtido no CAPSad, os usuários em suas representações sociais, manifestaram em sua maioria (nove entrevistados), que estes não são abordados ou são abordados de forma ainda escassa pelos profissionais. Esse resultado foi evidenciado a partir das manifestações dos entrevistados:

Não...eu acho que não...religiosidade não se fala muito...não se fala muito não.(H3)

Bem pouco, muito pouco ...(H2)

Não, nenhum pouco e eu sinto falta, porque desde quando eu comecei o tratamento eu ainda não observei isso, em nenhum tipo de religião...eu não vi nenhum...nada em relação a isso...e eu sinto falta disso. (M11)

Eu acho que fica ainda a desejar...porque eu acho de deveria ser investido mais nessa área, a questão da espiritualidade...claro que sabemos que aqui

há um encontro de religiões, né? Deveria ser pensado com carinho nessa área (M12)

Não...aqui na casa nunca vi tratarem essa parte não...agora que a gente tá conversando sobre isso...mas eu acho que seria muito bom...porque isso faz parte do tratamento...e tratando nesse assunto é muito bom (H15)

Apesar da relevância não restrita à questão das substâncias, a intervenção que privilegia as dimensões espirituais e religiosas da pessoa não é reconhecida como prioritária entre os profissionais que atuam nesta área, em especial o enfermeiro, o que pode ser explicado por vários motivos, entre eles a inabilidade para lidar com o subjetivo e a desvalorização do potencial terapêutico dessas facetas humanas em relação à esfera biológica do ser humano (KOCISZEWSKI, 2004).

Outros fatores limitantes referem-se ao excesso de atribuições, tempo reduzido para atendimentos individuais, falta de parâmetro para avaliar quando a religião e a espiritualidade podem ajudar a lidar com um agravo e quando podem estar exacerbando essa condição, falta de informações sobre o paciente e tendência dos profissionais a privilegiar determinados aspectos do sujeito em detrimento de outros (SHERRY; CASH, 2004).

Cabe destacar neste sentido, em pesquisa realizada por Gonçalves (2013), que deste o processo de formação profissional, o estudante de Enfermagem ainda encontra muita dificuldade para conceber as práticas da área como um processo interpessoal (FILIZOLA, 1997; LIMA *et al*, 2010), no qual tanto o profissional quanto o paciente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais. Assim, considerando o contexto em discussão, se faz necessário não apenas treinar e capacitar os graduandos em temas que dizem respeito ao estabelecimento do relacionamento interpessoal, à complexidade de relações decorrentes do uso de álcool e drogas ou relativos ao cuidado religioso e espiritual, mas é necessário também mostrar um aspecto prático para a aplicação desses conhecimentos, com suas distintas características, de forma a compreender o usuário em seu mundo, com suas angústias, seus anseios, proporcionando um cuidado mais ético e humanizado (TRAVELBEE, 1979).

Em algumas falas (quatro entrevistados), foi destacado que alguns profissionais fazem essa abordagem em seus atendimentos individuais, tratando destes aspectos (religiosos e espirituais) durante o processo terapêutico:

A minha técnica de referência fala comigo e já me convidou *pra* eu ir na igreja que ela frequenta...ela sempre fala de Deus toda a vez que a gente conversa...nos grupos eu ainda não observei...ainda não vi ninguém falar disso nos grupos.(H4)

Eu vim aqui para o atendimento e a minha técnica de referência falou comigo...e nessa conversa eu acabei entendendo que nós temos que fazer o bem... e isso é uma questão de espiritualidade, porque a palavra de Deus nos ensina que temos que fazer o bem...então a passei a entender isso de uma forma mais clara.(H7)

Por fim, três entrevistados relataram que os aspectos religiosos e espirituais encontram-se implícitos nas posturas dos profissionais e na forma de tratamento com que estes profissionais atuam com os usuários em tratamento. O que pode ser evidenciado de acordo com a fala de um entrevistado:

Eu até me emociono com isso, porque eu observo desde quando eu cheguei aqui na casa foi a forma como vocês nos tratam e isso me fez compreender que vocês são uns anjos...então eu compreendo que há isso aqui dentro neste sentido...que há uma força superior aqui dentro, algo agindo aqui dentro...há essa espiritualidade aqui dentro dando essa força...então aqui dentro tem essa força espiritual, independente de se tratar diretamente desses aspectos em grupos e reuniões, porque aqui vocês tratam bem as pessoas...eu vejo aqui tem um monte de anjos... (H9)

SUBCATEGORIA 4- INCLUSÃO DE ELEMENTOS RELIGIOSOS E ESPIRITUAIS NO TRATAMENTO OBTIDO NO CAPSad

No que tange a abordagem dos aspectos religiosos e espirituais dentro das atividades desenvolvidas na instituição de tratamento, observou-se que a maioria dos usuários mostrou-se favorável (catorze entrevistados) e dois posicionaram-se contra a abordagem destes aspectos no tratamento desenvolvido no CAPS. Estes resultados são evidenciados a partir das falas dos sujeitos:

Eu acho importante, com certeza trabalhar nessa parte porque isso aí é uma ajuda muito grande que vem de Deus para todos nós...não só para nós que somos usuários como também para os profissionais da casa também, né...eu acredito que seria muito bom, seria muito bem vindo isso aí da parte da religiosidade e da espiritualidade...através de uma oração... (H2)

Eu acho assim que se viesse um pastor aqui orar...servo de Deus mesmo...orar(...) é muito bom...a palavra de Deus é lâmpada para os nossos pés e luz para os nossos caminhos...então isso seria uma forma mais eficaz de libertação...tem igrejas que trabalham nessa área de internação, de dependentes químicos...a palavra de Deus deve ser pregada...deve ser vivida...pra gente se fortalecer.(H7)

Com certeza, porque devido complementar...porque tu sabes que na nossa vida de usuário, tudo que é vindo para cada paciente para cada instituição, coisas de melhores são tudo benéficos, tudo vem pra somar...(H14)

Convém salientar que na maioria das falas tomou-se o cuidado por parte dos entrevistados, de que estas abordagens religiosas e espirituais não se detenham a uma religião específica, salvaguardando, assim a liberdade religiosa de cada um:

Eu acho que poderia pelo menos uma vez na semana fazer um grupo que fale de espiritualidade, que fale dessa questão...poderia se incluir no tratamento...não voltado *pra* uma religião só...mas tirar um dia da semana que pudesse falar um pouco disso porque ajuda...e muito.(H3)

Ter o momento religioso, uma parte assim...um grupo que possa falar de Deus...um momento espiritual, religioso, seria bom também...muitas pessoas também são ateus não acreditam em Deus, acreditam só na medicina, mas se tivesse assim esse momento seria bom...um grupo, um horário *pra* ler a bíblia, rezar, orar...não importa...quem seria católico seria reza e quem fosse evangélico iria rezar, orar, porque aqui na casa a gente vê os próprios profissionais, pessoas católicas, pessoas evangélicas...mas independente da religião poderia ter um momento de reflexão e de ouvir nós usuários falando sobre isso. (H8)

Eu acho que seria bom, que tudo que está relacionado a Deus faz bem...eu acho que a gente poderia, independente da religião, eu acho que gente poderia rezar ou orar todos os dias, não sei se vocês já fazem isso, mas antes de iniciar o trabalho, antes de iniciar as atividades...uma oração, principalmente aqueles que tem o dom da palavra...um poderia ser escolhido e poder utilizar isso...(H9)

Convidando as pessoas, as igrejas, independente da religião, mas convidar essas pessoas de diferentes religiões (...) qualquer religião que as pessoas acreditam, porque na verdade se chamar alguém da religião católica, pode ser que o evangélico não goste...entendeu...então poderia estar chamando todos esses grupos e quem se identificar com alguma poderia estar seguindo...mas também poderia começar com uma simples oração antes das atividades...que é muito importante...independente da religião...(H11)

Ter um espaço para todos e cada um falar da sua religião e se ter o respeito, *né?* Aí o que ainda não tiver a religião tenha a decisão de escolher qual religião ele deve seguir... *pra* mim é assim, nada de forçar...até porque desde o início a gente sabe que Deus nos deu o direito de escolher...nos deu o livre arbítrio...e então a gente não pode forçar ninguém... (H16)

A partir destas falas dos entrevistados, compreende-se que a assistência espiritual e sua avaliação tornam-se necessárias em razão da possibilidade de perceber e compreender a situação real do paciente para, assim, estar em condições de identificar problemas emocionais não resolvidos, conflitos interpessoais, memórias infelizes, sentimento de culpa, ou seja, saber trabalhar com a angústia mental (PESSINI, 2003).

Westman, Bergenmar e Andersson (2006) relatam em seu estudo a necessidade e apoio existencial, e alguns pacientes afirmam maior confiança devido à própria fé, além de melhor capacidade para adaptar-se a novas situações. Porém, mostram alguns obstáculos para executar um apoio existencial adequado, como a falta de tempo para um diálogo prolongado e a dificuldade para identificar a necessidade do paciente.

No que se refere em especial ao campo da enfermagem, esta assistência às dimensões espiritual e religiosa do usuário de álcool e outras substâncias objetiva auxiliar no controle de emoções e sensações, podendo integrar o rol de diferentes estratégias e técnicas motivacionais aplicáveis tanto ao âmbito da prevenção quanto ao tratamento; deve englobar o estabelecimento do relacionamento interpessoal (GONÇALVES et al. 2010).

Nos diferentes campos de atuação, para uma prática clínica efetiva, o enfermeiro tem a opção de investigar sobre as crenças religiosas ou espirituais e utilizá-las como recurso terapêutico, pois é notório que esses componentes humanos interferem nas atitudes e podem ser fortes motivadores para alterações nos modos de pensar, sentir e agir do indivíduo (GONÇALVES, 2013). Essa maneira de implementar o cuidado religioso/espiritual pode ter efeitos potencializados se pensada a partir de um modelo explicativo que melhor se enquadre à história de vida do cliente (PILLON, 2005).

Por fim cabe destacar que os usuários que foram contra este tipo de abordagem, relataram a não conveniência deste tipo abordagem no tratamento desenvolvido no CAPS, conforme a fala de um usuário:

Eu acho que não seria conveniente...porque alguém aqui estaria ferindo o livre arbítrio de cada pessoa... a religiosidade pertence somente a escolha do ser humano... se eu me sinto bem aqui e eu frequento o espiritismo fui eu que procurei lá, porque eu me identifiquei...não foi o espiritismo que me procurou, eu que procurei...eu me sinto bem lá...eles me ajudam, me tratam bem... eu acho então que não devem ser tratados aqui porque ferem o livre arbítrio da pessoa...cada um tem que procurar o que é melhor pra si...(H5)

Corroborando com essa representação acima, temos o fato de muitos profissionais acreditarem que abordagem da espiritualidade, religiosidade e crenças com o paciente deva ser realizada somente por pessoas religiosas, alguns por terem receio de impor seus valores aos mais vulneráveis, outros por desconhecerem o assunto, por não se considerarem religiosos ou também por subestimar a influência

da religião e espiritualidade na vida das pessoas no processo de terapia (BRUSCAGIN, 2004).

Diante do exposto, convém destacar a ideia de Farr (2003), que destaca o conceito de representação social de Moscovici tem maior adaptabilidade ao pluralismo de ideias e valores, mobilidades sociais, assim como a rapidez das mudanças econômicas, políticas e culturais; a intensidade e fluidez das trocas e comunicações e o desenvolvimento da ciência, que caracterizam as sociedades contemporâneas. Desse modo, as representações são compreendidas como estruturas em processo, pois, apesar de manterem alguma estabilidade, também são permeáveis às mudanças contínuas nos contextos de onde emergem.

7 CONCLUSÃO

A presença das drogas no mundo e sua relação com os seres humanos apresentam-se de forma cultural. Observou-se o uso de substâncias psicoativas para múltiplas finalidades em várias culturas. Após isso, ganhou uma dimensão desfavorável, pois hoje, as drogas tornaram-se um problema de saúde pública, devido à dependência química que vem acarretando sérios agravos à saúde e à sociedade.

Diante dessa situação, é importante ressaltar que houve avanço significativo em relação às drogas por parte da gestão pública de uma Política de criação da atenção integral para usuários de álcool e outras drogas cujo objetivo utiliza como estratégia a redução de danos, cabendo tal função aos Centros de Atenção Psicossociais em Álcool e outras Drogas CAPSad. Observou-se na pesquisa que Belém é o único centro de referência municipal especializado em Álcool e outras drogas. Portanto, faz-se necessário a criação de mais CAPSad, haja vista que o CAPSad II foi criado para atender uma população superior a 70.000 habitantes quando hoje a cidade já superou esse número.

Diferentemente de muitas comunidades terapêuticas, particulares, existentes em Belém; no CAPSad não há um prazo para o tratamento do usuário de álcool e outras drogas e tão pouco o Centro de Atenção Psicossocial é um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda vida, apesar de muitos usuários passarem a manter um vínculo que se estende por algum tempo, pois o CAPS está sempre aberto para acolher e reacolher o usuário.

Outro fator que também demonstra essa vinculação é o fato de o CAPS apresentar a estrutura de uma casa, para que o usuário se sinta como estivesse realmente em seu próprio lar, por isso o CAPSad é também conhecido como a CASA ad. Composta por uma equipe multiprofissional que acolhe o usuário e este passa, então, a ter um técnico de referência que oferecerá escuta, orientação e a construção do Plano Terapêutico Singular. Este ocorre de forma gradativa para que o processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários que possibilitará a autonomia para a reinserção social. Todavia, para que isso aconteça, vale ressaltar o trabalho com a rede, aqui entendido como as parcerias com outros serviços para que o usuário se sinta preparado para enfrentar o mundo lá fora.

Não se pode deixar de destacar a importância, em particular, da Enfermagem que tem um papel relevante de proximidade com o paciente. É responsável por um

olhar holístico que contempla no processo de cuidar as dimensões biológica, mental, emocional e espiritual do ser humano. Sob esta ótica, a compreensão acerca dos termos como Espiritualidade, desde a promoção da saúde até sua reabilitação. Esses espaços têm possibilitado a participação ativa do enfermeiro que, em conjunto com a equipe de enfermagem, atua em diversas vertentes do cuidado ao dependente químico.

Discorrendo sobre as práticas dos trabalhadores dos serviços de saúde diante dos problemas decorrentes da dependência química, o Ministério da Saúde aponta que, muitas vezes, a assistência oferecida nesses serviços pode ser ineficiente, pois estes desconhecem todos os sintomas gerados pelo uso abusivo de álcool e drogas e ainda apresentam uma visão negativa dos usuários e de suas perspectivas evolutivas perante o problema. Considerando esses apontamentos do próprio Ministério da Saúde, torna-se importante estudar essa problemática, inclusive no que tange à identificação das representações sociais, sobre o dependente químico, dos trabalhadores que atuam em serviços especializados no atendimento a essa clientela, uma vez que se pressupõe que tais representações possam influir diretamente no seu cuidado.

Ao pesquisar as representações sociais de dependentes de álcool e outras drogas e os aspectos da religiosidade e espiritualidade, observou-se que estes são fortemente interligados com cotidiano deste grupo social, como um ponto de auxílio no enfrentamento do uso abusivo. Desta forma, o enfermeiro deve levar em consideração essas representações, auxiliando uma assistência de maior qualidade, com vistas à integralidade e individualidade de suas ações.

Neste sentido, percebidas pesquisas que aspectos religioso e espiritual se fazem presentes no mundo do cuidado terapêutico, principalmente para reduzir episódios de recaídas. Tais cuidados demonstram-se deficientes quando perguntados acerca da introdução do assunto, talvez por desconhecimento do Enfermeiro ou até mesmo receio. No entanto, é importante ressaltar que há presença da religiosidade e espiritualidade de forma autônoma no próprio usuário. Assim, é possível enxergar que o usuário se autoconsidera protagonista, isto é, responsável pelo próprio tratamento.

Diante dessas considerações, o presente estudo traz subsídios para que a enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde, busquem compreender de

forma mais atenta as Representações Sociais de dependentes de álcool e outras drogas e os aspectos pertinentes à religiosidade e espiritualidade.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, P.R.Z. **Espiritualidade e consumo: relações e temáticas de pesquisa.** XXXIV Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração – ANPAD. Anais... Rio de Janeiro: Anpad, 2010.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social.** Goiânia: AB, p. 27-46,1998.
- ALBEROLA GEC, Cruz ME, Cruz T. **Farmacovigilância em atención primária: experiencia en centro de salud.** Rev OFIL, p. 2:85-8, 1991.
- ALVES, Hamer N. P.; RIBEIRO, Marcelo; CASTRO, Daniel S., **Cocaína e Crack.** In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C.; LARANJEIRA, Ronaldo; (Orgs.). Dependência Química. Porto Alegre, Artmed, p. 170-179, 2011.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. **O conceito de coping: uma revisão teórica.** Estudos de Psicologia, v. 3, n. 2, p. 273-294,1998.
- ARNOLD, R. M. et al. **A logoterapia e suas relações com os cuidados de em enfermagem em saúde mental.** Revista Rene. V9, n 4, p. 158-164, 2008.
- ACSELRAD, G. **A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas.** In G. Acselrad (org.) Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- ASSIS, DFF, Castro NT. **Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento.**Textos & Contextos. p. 358-70, 2010.
- ASTROW, A. B.; PUCHALSKI, C M.; SULMASY, D. P. **Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical consideration.** American Journal of Medicine. V. 110, p. 283-287, 2001.
- AYRES, JRCM. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde.** Cienc. Saude Colet. p.549-560, 2005.
- BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L. **Promovendo a cidadania por meio do cuidado de enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 3, Junho 2009.
- BALDACCHINO, D.; DRAPER, P. **Spiritual coping strategies: a review of nursing research literature.** Journal of Advanced Nursing, v. 34, n. 6, p. 833-841, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, 1977.
- BARRETT ME, SIMPSON D, LEHMAN WE. **Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs.** *J Clin Psychol.* p. 461-473,1988.

BENKO, M. A.; SILVA, M.J.P. **Thinking about spirituality within nursing undergraduate program.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 4, n. 1, p. 71-85, 1996.

BESSA, M. A. **O adolescente usuário de crack.** In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, cap. 46. p.619-30, 2012.

BLEFARI, A.L. **A família e a drogadição.** São Paulo: USP, 2002. Monografia, Instituto e Departamento de Psiquiatria- Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2002.

BRASIL. **Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1976.

_____. **Portaria GM n. 224, de 29 de janeiro de 1992.** Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília, 1992.

_____. **Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.** Brasília: SENAD/ANVISA, 2002a.

_____. **Portaria GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Legislação em Saúde Mental. 3. ed. Brasília(DF): Editora MS; 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** Ministério da Saúde. 1. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma**

Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 6. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014b.**

BRUSCAGIN, C. **Família e religião.** In: CERVENY, C. M. O. Família e...: comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 163-186, 2004.

BERTOLETE, J. M. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Glossário de álcool e drogas.** Brasília, 2004.

BUCHER, R. **Visão Histórica e Antropológica das Drogas.** Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (Vol. 2, pp. 17-30). Brasília: Ed. Da Universidade de Brasília, 1989.

BUCHER, R. **A toxicomania, paradigma da dependência humana.** In: Drogas e Drogadição no Brasil (pp. 299-311). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUCHER, R. **A Função da Droga no (Dis) Funcionamento Social.** In: Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS (pp. 45-62). Brasília: UnB, 1996.

BURNS, L. et al. **Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention.** Addiction. p. 1363-72, 2009.

BRUSCAGIN, C. **Família e Religião.** In: CERVENY, C.M.O. (Org). Família e... São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CALDEIRA, Z. F. **Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares.** São Paulo: ENSP/FIOCRUZ. [Dissertação de Mestrado]. 1999.

CAMPOS RO, Gama C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e Compartilhada.** São Paulo: Hucitec; p. 221-246, 2008.

CANOLETTI, B.; SOARES, C.B. **Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.115-29, 2005.

CARACIOLO, J.M.M., SCHIMMA, E. (Org.). **Adesão – da teoria à prática.** Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo: Centro de Referência e Tratamento DST/AIDS, 2007. 289 p. Série: Prevenção às DST/AIDS.

CARNEIRO, H. **Filtros, mezinhas e triacas: as drogas no mundo moderno.** São Paulo: Ed. Xamã, 1994, p. 157.

CARNEIRO, E., VIEIRA, G. A., GIGLIOTTI, A. P. **Drogas. Sem.** Ed Best Seller LTDA. Rio de Janeiro, 2008.

CARLINI, E. A., et al. **II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil: 2005**-São Paulo: CEBRID-Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP-Universidade Federal de São Paulo. Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CÉSAR, B. A. L. **Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares.** J Bras Psiquiatria. Rio de Janeiro, 55(3): 208-211, 2006.

CHRISTO, G.; FRANEY, C. **Drug user spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes.** Drug and Alcohol Dependence, v. 38, p. 51-56, 1995.

CHU, D. C.; SUNG, H. E.; HSIAO, G. Y. **Religious Conversion and Treatment Outcome: an Examination of Clients in Faith-Based Residential Substance Treatment Program.** Journal of Drug Issues, v. 42, n. 2, p. 197-209, 2012.

COELHO, M. S. **Representações sociais de familiares de pessoas com diabetes mellitus sobre essa condição crônica.** 2008. 158p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

COOK, C.C. H. **Addiction and spirituality.** Addiction, v. 99, n. 3, p. 539-551, 2004.

COSTA, S. H. N. **Uso de Drogas Psicotrópicas por Policiais Militares de Goiânia e Aparecida de Goiânia.** Goiás, Brasil [tese de doutorado]. Goiânia, 2009.

CRAUSS, R. M. G., & ABAID, J. L. W. **A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários.** *Contextos Clínicos*, 5(1), p.62-72. 2012.

DALGALARRODO, P.; SOLDERA, M. A.; CORREA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. **Religião e uso de drogas por adolescentes.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, n. 2, jun. 2004.

DALGALARRONDO, P. Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 344-350, 2008.

DOMINGOS, J. B. C. **Fatores Associados ao uso de cocaína e/ou crack em clientes de um CAPSad** [tese de doutorado]. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

DOSSEY, L. **Prayer and medical science**. Archives of Internal Medicine. V. 160, p. 1135-1338, 2000.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**. 4. ed. Trad. Amarilis Eugênia Fernandes Miazzi. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S.; PIMENTA, G.A.M. **A dimensão espiritual do ser humano em uma perspectiva acadêmica**. Revista Técnica IPEP, v.6, n. 1, p. 29-46, 2006.

ELLISON, C. G. **Religious involvement and subjective well-being**. Journal of Health and Social Behavior. v. 32, p. 80-99, 1991.

ESCOHOTADO, A. **Las Drogas: De los orígenes a la prohibición**. Madrid: Alianza Editorial, 1994.

ESCOHOTADO, A. **História de las Drogas**. Madrid: Alianza Editorial, v.2, 1997.

ESPEJO, E. F. **Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes**. Revista de Neurología, Sevilla, v. 43, n. 3, p.147-154, 22 maio 2006.

FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. **O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental**. Psicologia e Sociedade, v. 21, n. 3, p. 324-333, 2009.

FARR, R. M. **Representações Sociais: a teoria e sua história**. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.) Textos em Representações Sociais (pp. 31-59). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

FIGUEIRÓ, Q. S. **As dimensões socioculturais da família acerca da dependência química: uma revisão bibliográfica**. Universidade Federal do Pampa. Uruguiana, 2010.

FILIZOLA, C.L.A. **O papel do enfermeiro psiquiatra-oprimido e oprimido**. Revista da Escola de Enfermagem USP.v.31,n2,p. 173-190, 1997.

FLEMING, B. C.; WHITE, H. R.; CATALANO, F. R. **Romantic Relationships and Substance Use in Early Adulthood: An Examination of the Influences of Relationship Type, Partner Substance Use, and Relationship Quality**. J Health Soc Behav, 2010.

FREITAS, Rivelilson Mendes de; SILVA, Helen Rute Rodrigues da; ARAUJO, Diego Santos de. **Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD)**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, ago. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 abr. 2014.

FRISCHER, M.; GREEN, S. T.; GOLDBERG, D. **Substance abuse related mortality: a worldwide review**. Compiled for UNDCO, MAR. 1994.

GALANTER, M.; KLEBER, H.D. **Evaluación del Paciente**. In: Tratamiento de los transtornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press. Barcelona: Masson, 1997.

GALANTER, M. et al. **Assesment of spirituality and its relevance to addiction treatment**. Journal of Substance Abuse Treatment, v. 33, p. 257-264, 2007.

GIUSTI J., SANUDO A., SCIVOLETTO, S. **Differences in the pattern of drug use between male and female adolescents in treatment**. Rev. Bras Psiquiatr, 2002.

GNADT, B. **Religiousness, current substance use, and early risk indicators for substance abuse in nursing students**. Journal of Addict Nursing, v. 17, n. 3, p. 151-158, 2006.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do programa saúde da família**. [tese de doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

GONÇALVES, A. M. S. **Estudos dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade**. [dissertação de mestrado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

GONÇALVES, A. M. S. et al. **Aspectos básicos da relação enfermeiro-paciente e a prática do enfermeiro na Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso do álcool**. In: Relacionamento Interpessoal-Uma perspectiva Interdisciplinar. Vitória/ES: Associação Brasileira de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal, 2010. V.1. 225 p.

GONÇALVES, A. M. S. et al. **Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para prática preventiva do enfermeiro**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia v. 13 n2. P. 355-360, 2011.

GONÇALVES, A. M. S. **Atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado**. [tese de doutorado], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e novo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.

GORGULHO, M. **Convivendo com a dependência**. In: Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental, encontro de especialista em enfermagem psiquiátrica. Ribeirão Preto. Mesa Redonda. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

GUALDA, D.M.R.; MERIGHI, M.A.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. **Abordagens qualitativas: sua construção para enfermagem**. Rev. Esc. Enfermagem USP, v. 29, n. 3, p. 297-309, 1995.

GUERRERO, G. P.; ZAGO, M. M. F.; SAWADA, N. O.; PINTO, M. H. N. **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

GUINDALLINI, C., VALLADA, H., BREEN, G. & LARANJEIRA, R. **Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: Do they represent a different group?** BMC Public Health, 2005.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. **O impacto da espiritualidade na saúde física**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, p. 88-94, 2007.

HAGUETTE, Teresa M. Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HENKEL, D. **Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010)**. Current Drug Abuse Rev., v 4, n. 1, p. 4-27, 2011.

HILL, P. C. et al. **Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure**. Journal of Theory of Society of Behaviorism. V. 30, p. 51-77, 2000.

HOROVITZ, M. **Después de 2000, La droga um problema de delincuencia o um problema de salud?** Revista Del Trabajo Social, Barcelona, n.155, p. 140-147, set.1999.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

JELLINEK, E. M. **The disease concept of alcoholism**. New Haven: Hilhouse Press, 1960.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

KARAM, M. L. **Drogas e redução de danos**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, ano 15, n.64, Jan./fev.2007.p.128-44.

KENDLER, K.S.; GARDNER, C.O.; PRESCOTT, C.A. **Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study.** American Journal of Psychiatry 154(3): 322-329, 1997.

KESSLER, Felix; DIEMEN, Lisia von; SEGANFREDO, Ana Carolina; BRANDÃO, Iversom; SAIBRO, Patrícia; SCHEIDT, Bruno; GRILLO, Rodrigo; RAMOS, Sérgio de Paula. **Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v.25 , s. 1, p. 33-41, Porto Alegre, abr. 2003.

KOCISZEWSKI, C. **Spiritual care: a phenomenologic study of critical nurses.** Hert and Lung, v. 33, n. 6, p. 401-411, 2004.

KOENING, H.G. *et al.* M. **Religious practices and alcoholism in a southern adult population.** Hospital and Community Psychiatry. V. 54, n. 3, p. 225-231, 1994.

KOENING, H. G.; McCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed.** New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. **Medicine, Religion and Health: where science and spirituality meet.** Templeton Foundation Press, PA, EUA, 2008.

KRENTZMAN, A.R. *et al.* **Predictors of Membership in Alcoholics Anonymous in a Sample of Successfully Remitted Alcoholics.** Journal of Psychoactive Drugs, n. 43, v. 1, p. 20-26, 2011.

LARSON, D. B.; WILSON, W. O. **Religious life of alcoholics.** Southern Medical Journal. N.73, p. 723-727, 1980.

LEIGH, J.; BROWEN, S.; MARLATT, A. **Spirituality, mindfulness and substance abuse.** Addictive behaviors, v. 30, p. 1335-1341, 2005.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA SL, Soares BGO, Mari JJ. **Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional.** Rev. Psiquiatr. Clín. 1999;26(5):225-35.

LIMA, R.V.M *et al.* **Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.12, n.2,p.348-53, 2010.

LUKOFF, D. **Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problemas.**The Journal of Nervous and Mental Disease. v. 180. P.673-682, 1992.

MACRAE, E. **A Subcultura da Droga e Prevenção.** In Caderno de Prevenção/Universidade Federal da Bahia. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas 1(1). Salvador: EDUFBA, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARSDEN J, Eastwood B, Bradbury C, et al. **Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study.** Lancet 2009; 374:1262.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. Social Health. In: MCDOWELL, I; NEWELL, C. Orgs. **Measuring health: guide to rating scales and questionnaires.** 2 ed. New York: Oxford University, 1996, p. 122-76.

MELO, J.R.F. **Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento.** [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2013.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. **Custo social e de saúde do uso do álcool.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v.26, suplemento 1, p.7-10, 2004.

MILLER, W.R. - **Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems.** Addiction 93(7): 979-990, 1998.

MILLER, L. et al. **Religiosity and substance use and abuse among adolescents in te Nacional Comorbity Survey.** Journal of the American academy of child an adolescent psychiatry. V. 39, p.1190-1197, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. De S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4. ed. São Paulo, 1996. 269p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. de S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDS, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27ª ed.. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p. 61-77.

MONOD, S. et al. **Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review.** Journal of Generak Internal Medicine, v. 26, n. 11, p. 1345-1357, 2011.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do PiauÍ.** Esc. Anna

Nery, Rio de Janeiro, v.15, n.1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 ago 2014.

MOTA, Leonardo de Araújo e. **Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química**. [Tese de Doutorado]. Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.

_____. **Dependência química, representações sociais e estigmas**. XIV congresso nacional de sociologia, GT - saúde e sociedade. Fortaleza, 2009.

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, p.45-66, 2001.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENING, H. G. **Retaining the meaning PF words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group a cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs a components of quality of life**. Social Science & Medicine. V. 63, p. 843-845, 2006.

MURRAY, T. S.; MALCARNE, V. L.; GOGGIN, K. **Alcohol-related God/ higher power control beliefs, locus of control and recovery within the Alcoholics Anonymous paradigm**. Alcoholism Treatment Quartely, p. 21, 23-29, 2003.

MUSTO, D. F. **Opium, cocaine and marijuana in America history**. Sci, Am. V. 265, p. 40-47, 1991.

NEVES ACL, MIASSO AI. **"Uma força que atrai": o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde**. Rev Latinoam Enferm. 2010;18(2):159-68.

NASSIF FILHO, A.C.N.; BETTEGA, S. G.; LUNEDO, S.; MAESTRI, J. E.; GORTZ, F. **Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas**. Ass. Med. Brasil, Curitiba, 1999, v. 45, n. 3, p.237-241.

OAKES, K. E.; ALLEN, J.P.; CIARROCCHI, J.W. **Spirituality, religious problem-solving, and sobriety in Alcoholics Anonymous**. Alcoholism Treatment Quartely, v. 18, p. 37-50, 2000.

OLIVEIRA, A, L.C.; **O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas**. O mundo da saúde. São Paulo, julho/set. 2001.

OLIVEIRA & CARNEIRO. Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Álcool e sociedade [Recurso

eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 63p.: il.,grafs.

OLIVEIRA, JF; PAIVA, MS; VALENTE, CLM. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero.** Ciência e saúde coletiva. 2006, vol.11, n.2, pp. 473-481.

OLIVEIRA, P. A. R. **Religiosidade: conceito para as ciências do social.** In: SALGADO, A.P.A; ROCHA, R.M; CONTI, C.C. O enfermeiro e as questões religiosas. R Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. V. 2, n. 15, p. 223-8, abr/jun. 2007.

OLIVEIRA, L. & NAPPO, S. **Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado.** Revista de Saúde Pública, 2008. 42(4), 664-671.

OLIVEIRA, E.N., SILVA M.W.P., ELOIA S.C., MORORÓ F.W.P., LIMA G.F., MATIAS M.M.M. **Caracterização da clientela atendida em centro de atenção psicossocial – álcool e drogas.** Rev Rene. 2013; 14(4):748-56

OLIVENSTEIN, C. **A clínica do toxicômano,** Poto Alegre: Artes Médicas, 1989;

PAIVA, G. J. **Religião, enfrentamento e cura: Perspectivas psicológicas.** **Estudos de Psicologia,** v. 1 n. 24, p. 99-104, 2007.

PANZINI, R.G. et al. **Qualidade de vida e espiritualidade: revisão de literatura.** Revista Clínica, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PARDINI DA, Plante TG, Herman A, Stump JE. **Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits.** J Subst Abuse Treat. 2000.p. 347-354.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.;PEREZ, L. M. **The many methods of religious coping: development and initial validation of the RECOPE.** Journal of Clinical Psychology, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. **Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, p. 14-17, 2004.

PESSINI, L. **A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica.** Mundo Saúde, v. 27, n. 1, p. 15-32, 2003.

PILLON, S.C.; LUIS, M. A. V. **Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004.

PILLON, S.C. **Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: Uma avaliação de conhecimentos.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 301-305, 2005.

PILON, et al. **Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial-álcool e outras drogas.** Esc. Anna Nery v14, n4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2010:742-748.

POAGE, E. D.; KETZENBERGER, K. E.; OLSON, J. **Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics.** Addictive Behaviors, v. 29, p. 1857-1862, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fatores psicossociais na saúde.** In: Grande tratado de enfermagem prática: conceitos básicos teoria prática hospitalar. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002. P. 287-95.

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. **Religion and spirituality. Linkages to Physical Health.** American Psychologist, v. 58, n 1, p. 36-52, 2003.

PROCÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas.** Petrópolis: Vozes, 1999. 247 p.

RIBEIRO, M.; DUNN, J. SESSO, R.; DIAS, A. C.; LARANJEIRA, R. **Causa mortis em usuários de crack.** Ver. Bras. Psiquiatr., v.28, n. 3, p. 196-202, 2006.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack.** São Paulo: Casa da Leitura Médica, 2010.

RICHARD AJ, Bell DC, Carlson JW. **Individual religiosity, moral community, and drug user treatment.** *J Sci Study Relig.* 2000.p. 240-246.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3 ed. Ver. Amp. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGOTTO. Simone, Demore. GOMES. William. **Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.18, n.1, p.95-106, janeiro/abril, 2002.

ROSS L. **Spiritual care in nursing: an overview of research to date.** J Clin Nurs. 2006 Jul; 15(7):852-62.

RUSH, B. **The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, n.3, p.393-411, 2003.

SÁ, C. P. **Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ,1998.

SÁ, D.B.S. Projeto para uma nova política de drogas no país. In: ZALUR, A. (Org.) **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos.** São Paulo: Brasiliense, 1999. cap. 8, p.147-171.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. **Spirituality in Brazilian nursing: a historical retrospect.** O Mundo da Saúde, São Paulo, n. 31, v. 2, p. 225-237, 2007.

SÁ, A. C. **Reflexão sobre o cuidar em enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica.** O Mundo da Saúde. 2009 AbrJun; 33(2):205-17.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. **Espiritualidade baseada em evidências.** Acta Fisiátrica, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Tradução de Cláudia Dorneles. Porto Alegre: Artmed, p. 412-504, 2007.

SANCHEZ, Z.M.; Oliveira, L.G.; Nappo, S.A. **Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade.** Ciência & Saúde Coletiva 9(1): 43-55, 2004.

SANCHEZ, Z. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas.** [tese de doutorado]. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z. M. . NAPPO, A. S. **A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 34, p. 73-81, 2007.

SANTANA, J.P., DONINELLI, T.M., KOLLER, S.H. **Instituições de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua.** Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v. 16, n 2, p. 59-70, 2004.

SANTOS, L.M.B.(org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.** Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Psicobiologia. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID.** Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php> Acesso em: 17 fev. 2014.

SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. **Crack: um desafio social.** Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

SAPORI, L. F.; SENA, L. L. **Crack e violência urbana.** In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed. Cap 5, p. 74-91, 2012.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte: Te Corá Editora. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHALL, V. **A prevenção da DST/Aids e do uso indevido de drogas a partir da pré-adolescência: uma abordagem lúdico-afetiva.** In: ACSELRAD, G. (Org). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica.** *Ciência. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003

SHERRY, W.; CASH, K. **The language of spirituality: na emerging taxonomy.** *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, p. 151-161, 2004.

SILVA, S.E.D., Souza MJ. **Alcoólatra, sim; bêbado, não: representações sociais de alcoolistas abstêmios sobre o alcoolismo.** *Esc. Anna Nery*. p.292-295, 2005.

SILVA, M.R.S. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, S. S; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e doença.** 2 ed. Maringá: Eduem, 2004.

SILVA, S.E.D, Vasconcelos V E, Santana M E, Rodrigues L I, Leite VT, Santos SML et al. **Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado.** *Rev bras enferm.* 2010.

SILVA, S.E.D. CAMARGO, Brigido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 5, p. 947-951, Oct. 2011.

SILVA, P. L. **As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento.** [dissertação de mestrado]. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

SILVA, V. A., & Mattos, H. F. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?** Em I. Pinsky, & M. Bessa (Orgs). *Adolescência e drogas* (pp.31- 44). São Paulo: Contexto, 2004.

SILVEIRA FILHO, Dsrtiu Xavier. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SIQUEIRA MM, Garcia MLT, Souza RS. **O impacto das faltas às consultas em um programa de dependentes de álcool.** *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(2):114-9.

SOUZA, J. KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. **Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad.** *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 2, n. 1, fev. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 ago. 2014.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995a. p. 85-108.

STRITZKE, W. G. K.; BUTT, J. C. **Motives for not drinking alcohol among Australian adolescents: development and initial validation of a five-factor scale.** Addictive Behaviors. V. 26, p. 633-649, 2001.

SULLIVAN, W.P. **It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challenged.** Psychosocial Rehabilitation Journal 16: 125-134, 1993.

TAVARES, B. F.; BÉRIO, J. V.; LIMA, M. S. **Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares.** Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermería psiquiátrica: el proceso de La relacion de persona a persona.** Washington: Panamerican de la Salud, 1979, 257p.

TREADWELL, S. D; ROBINSON, T. G. **Cocaine use and stroke.** Postgrad Med Journal, Leicester, v. 83, p.389-394, 2 jan. 2007.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2006**, volume 1: Analysis. United Nations Publication, 2006.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2013**: Malta Sales. United Nations Publication, 2013.

VASTERS, G. P. **Trajetória dos adolescentes usuários de drogas de um serviço especializado: do primeiro uso ao tratamento.** [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2009.

VARGAS, E.V. **Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais.** In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. P.121-136.

VELHO, G. **O consumo de cannabis e suas representações sociais.** In: SABINA, M. (Org.). Maconha em debate. São Paulo: Brasiliense, 1985. P.38-47.

VELHO, G. A dimensão cultural e política do mundo das drogas. In: ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999. p.23-30

VIANA, N. **Oxi: a nova droga na fronteira amazônica.** The Narco News Bolletin, 13/05/2005. Disponível em: <http://www.narconews.com/Issue37/artigo1288.html>. Acesso em: 8 fev. 2014.

VIEIRA, V. **A representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na estratégia saúde da família.** [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

WAKEFIELD, G. S.; SHELDRAK, P. **The SCM Dictionary of Christian Spirituality.** SCM-Canterbury, 2003.

WALLACE, J. M.; WILLIAMS, D. R. **Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth.** Health Education and Behavior. v. 25, p. 721-741, 1997.

WESTMAN, B.; BERGENMAR, M.; ANDERSSON, L. **Life, illness and death: existential reflections of Swedish samples of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer.** European Journal of Oncology Nursing, v. 10, p. 169-76, 2006.

WINTERS, K.; BOTZET, A.M.; ANDERSON, N. **Youth drugs abuse and psychosocial risk and protective factors.** Preventions Perspectives, v. 1. 2002.

WORTHINGTON, E. L.; KURUSUS, T.A.; McCULLOUGH, M.E. **Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: a 10 year review and research prospectus.** Psychological Bulletin. V. 119, p. 448-487, 1996.

ZARKIN, G. A.; DUNLAP, L. J.; NRAY, J. W.; WCHSBERG, W. M. **The effect of treatment completion and length of stay on employment and crime in outpatient drug-free treatment.** J Subst Abuse Treat., v. 23, n 4, p. 261-271, 2002.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V. S^a. a participar desta pesquisa intitulada “**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE**”, cujos objetivo geral é compreender as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas em tratamento em CAPS AD e os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

Para participar é necessário que o (a) senhor (a) leia este documento com atenção. Ressalto que a sua decisão em participar deste estudo é voluntária e o (a) senhor (a) não será pago por sua participação, assim como ela não terá custo. Assim sendo, caso decida participar, o (a) senhor (a) deverá assinar esse termo de consentimento. Contudo, poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

As entrevistas realizadas com o objetivo de coletar as informações fornecidas pelo (a) senhor (a) serão feitas com a utilização de gravador digital. Os locais e horários das entrevistas serão agendados pelos sujeitos participantes. Os dados obtidos serão analisados, considerando o anonimato dos sujeitos, seja no trabalho, seja em publicações científicas e apresentação de eventos científicos. Caso seja necessária uma identificação, serão utilizados nomes fictícios. Sua participação não envolverá desconfortos ou riscos. Estarão garantidas todas as informações que o (a) senhor (a) desejar, antes, durante e após a pesquisa e se caso necessite tirar alguma dúvida com relação à pesquisa, deve entrar em contato com o responsável pela mesma.

Os sujeitos entrevistados não poderão ter qualquer tipo de benefício direto, compensações pessoais ou financeiras relacionadas à autorização concedida. Cabe ressaltar que esta pesquisa é importante para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Nome: Brena da Costa Feitosa

Fone: (91) 87043277

Email: brenafeitosa@gmail.com

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como de seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

Belém, PA _____/_____/_____

Assinatura do sujeito participante da pesquisa

Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA)-Complexo de Sala de Aula/ICS-Av. Perimetral, s/n- Campus Universitário, nº 01, Guamá- CEP: 66075-110- Belém/PA. Tel: 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br.

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Em sua opinião, quais os motivos que lhe levaram ao consumo de drogas?
2. Como sua família se sentiu ao descobrir que você usava drogas?
3. Como se sente hoje em relação ao tratamento?
4. Além das terapias e atividades desenvolvidas na casa quais outras estratégias que você utiliza para o enfrentamento da dependência?
5. O que você entende por espiritualidade? E por religiosidade?
6. Em sua opinião qual o papel desses elementos acima no seu tratamento?
7. Você observa que em algum momento no tratamento obtido nesta instituição estes elementos (espiritualidade e/ou religiosidade) são trabalhados?
8. De que forma você acredita que os profissionais desta instituição poderiam trabalhar questões referentes à espiritualidade e/ou religiosidade?

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO

- 1) Sexo: () feminino () masculino
- 2) Idade: _____
- 3) Religião: _____.
- 4) Estado civil: () solteiro () união consensual () casado () viúvo () divorciado
- 5) Escolaridade: () 1º grau incompleto () 2º grau completo () 1º grau completo () superior incompleto () 2º grau incompleto () superior completo
- 6) Atividade: () Só trabalha () Trabalha e estuda () Atualmente desempregado
- 7) Profissão: _____
- 8) Renda Familiar: _____
- 10) Com que idade experimentou drogas pela primeira vez? (especificar qual droga)
- 11) Há quanto tempo está em tratamento na instituição?
- 12) Há quanto tempo está sem fazer uso contínuo?
- 13) Quantas recaídas teve durante o tratamento?
- 14) Qual(is) droga(s) usava e com que frequência?

Por favor, marque na tabela a seguir.

APÊNDICE D- TABELA DO QUESTIONÁRIO

Tipo de droga	Frequência do uso	Há quanto tempo usa/usou
Álcool	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.
Cigarro	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.
Maconha	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.
Inalantes	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.
Cocaína	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.
Crack	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.
Outros _____	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez por dia. <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Mais de 2 vezes na semana <input type="checkbox"/> Só nos fins de semana. <input type="checkbox"/> Uma vez na semana. <input type="checkbox"/> 3 vezes no mês. <input type="checkbox"/> De 6 em 6 meses. <input type="checkbox"/> 3 vezes no ano.	<input type="checkbox"/> Há 6 meses <input type="checkbox"/> Há um ano <input type="checkbox"/> Por mais de 3 anos Especifique_____.

APENDICE E- ROTEIRO DE LIVRE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

1. DROGAS _____
2. TRATAMENTO _____
3. RELIGIOSIDADE _____
4. ESPIRITUALIDADE _____
5. RECAÍDA _____

ANEXO A

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS ASPECTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Pesquisador: Brenna da Costa Feitosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35517014.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 963.364

Data da Relatoria: 26/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo como fundamentação teórica o estudo das representações sociais.

Tem por objetivo geral compreender as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas em tratamento em CAPS-ad (Centro de atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas) e os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

Tem como objetivos específicos:

descrever as representações sociais os usuários de álcool e outras drogas manifestam sob o enfoque da religiosidade e espiritualidade; analisar

qual a relação da religiosidade e espiritualidade com processo de enfrentamento do uso abusivo, a partir das representações sociais dos usuários;

conhecer o papel da enfermagem ários;

conhecer o papel da enfermagem na perspectiva da religiosidade e espiritualidade e o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as representações sociais de usuários de álcool e outras drogas em tratamento em

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 963.364

CAPS AD e os aspectos da religiosidade e espiritualidade.

Objetivo Secundário:

- Descrever as representações sociais dos usuários de álcool e outras drogas sob o enfoque da religiosidade e espiritualidade;
- Analisar qual a relação da religiosidade e espiritualidade com processo de enfrentamento do uso abusivo, a partir das representações sociais dos usuários;

Conhecer o papel da enfermagem na perspectiva da religiosidade e espiritualidade e o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos aos participantes da pesquisa. O pesquisador responsável deve estar presente nos procedimentos

Benefícios:

Produção de conhecimento científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados nesta versão, contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Recomendamos à pesquisadora atentar ao cronograma de execução. Só iniciar a pesquisa quando da aprovação do protocolo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Cordeiro nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cspccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 953.364

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 25 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br