

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA

**EFICÁCIA NO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM
UMA INSTITUIÇÃO CLÍNICA E OUTRA RELIGIOSA**

GOIÂNIA

2019

ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA

**EFICÁCIA NO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM
UMA INSTITUIÇÃO CLÍNICA E OUTRA RELIGIOSA**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Religião.

Orientadora: Dra. Carolina Teles Lemos

GOIÂNIA

2019

S729e Souza, Roberta Mayara Alves de

Eficácia no tratamento de dependência química em uma instituição clínica e outra religiosa [recurso eletrônico]

/ Roberta Mayara de Souza.-- 2019.

94 f.; il.

Texto em português com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião, Goiânia, 2019

Inclui referências f. 72-79

1. Abuso de substâncias - Instalações de tratamento - Tratamento.
2. Viciados em drogas - Reabilitação - Religião. I.Lemos, Carolina Teles. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 2-446:615(043)

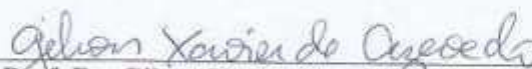
**EFICÁCIA NO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM UMA
INSTITUIÇÃO CLÍNICA E OUTRA RELIGIOSA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião
da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, aprovada em 06 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Carolina Teles Lemos / PUC Goiás (Presidente)



Prof. Dr. Gilson Xavier de Azevedo / UEG



Profa. Dra. Ivoni Richter Reimer / PUC Goiás

Prof. Dr. Raimundo Nonato Leite Pinto / PUC Goiás (Suplente)

Prof. Dr. Marcelo Silva Fantinati / UEG (Suplente)

Ao meu esposo Luiz Fernando que com muito amor e apoio não mediu esforço para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu filho amado Fernando que mesmo dentro do meu ventre me ensinou a arte do amor incondicional.

À minha linda mãe Sônia que vibra com cada conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, me fortalecendo e me mantendo em pé nos momentos difíceis.

À minha família, em especial meu esposo, ao meu filho e minha mãe, por terem sido o apoio, o sustento e a maior fonte de motivação para que chegasse até aqui.

À professora Dra. Carolina Teles pela orientação, confiança, seu grande desprendimento em sua ajuda e amizade sincera.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da PUC/GO e às pessoas com quem convivi. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos nesses espaços foram a melhor experiência de minha formação acadêmica. Em especial à equipe do PPG Ciência da Religião da PUC/GO, aos professores das disciplinas, sobretudo ao coordenador do curso Professor Clóvis, por sempre acreditar em mim.

Ao meu amigo Aldemário “Dedé” que sempre esteve ao meu lado com seus conselhos e incentivos.

As instituições que não mediram esforços para receber essa pesquisa e disponibilizar todo necessário para que esse estudo fosse realizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concepção da bolsa de estudos e proporcionar meu mestrado

Por último, agradeço às pessoas mais importantes -, os entrevistados, que se permitiram ser acessados falando muitas vezes de seu sofrimento, de suas dificuldades, de seus medos e sonhos. Obrigada, por fazer não só parte desse estudo, mas fazer parte da nossa história e da nossa profissão.

RESUMO

SOUZA, Roberta Mayara Alves de. **Eficácia no tratamento de dependência química em uma instituição clínica e outra religiosa**. 2019. f 91. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC – Goiânia-GO.

O uso de drogas é muito antigo na história da humanidade e vem alcançando números alarmantes na sociedade moderna. O objetivo desta pesquisa foi analisar os tratamentos realizados em duas instituições para dependentes químicos, no processo de reabilitação, visando identificar as diferenças quanto à eficácia do tratamento oferecido. O problema central foi compreender como as condições de tratamento nestas instituições, desenvolvem-se para auxiliar no processo de reabilitação e abstinência das drogas de forma eficaz. O princípio básico é a religião como possibilidade terapêutica na dependência química, em comparação ao tratamento médico-hospitalar oferecido pelo Ministério da Saúde (MS). Nessa pesquisa, pacientes das duas instituições pesquisadas foram entrevistados(as) e as informações obtidas foram tabuladas para apresentação e análise. A abordagem foi de caráter descritivo-comparativo, utilizando-se na pesquisa de campo a técnica de entrevista a partir de um questionário fechado (quantitativo) e questões abertas (qualitativo), que possibilitaram comparar os sujeitos a partir de seus relatos, experiências pessoais e as práticas terapêuticas. Realizou-se uma análise das relações entre as duas instituições a partir de seus protocolos, abordagem, tempo de internação e o acompanhamento do paciente após a alta. A pesquisa se justificou pelo fato de que a religião atua no processo de cura e libertação, fato este que deve ser estudado de forma científica. Após as análises e considerações dos resultados obtidos, constatou-se que a religião seria uma alternativa segura possibilitando inserção social e maior tempo de abstinência ao uso de drogas por drogas.

Palavras chave: 1. Dependência Química; 2. Tratamento Médico-Hospitalar; 3. Comunidades Terapêuticas; 4. Religião.

ABSTRACT

SOUZA, Roberta Mayara Alves de. **Efficacy in the treatment of chemical dependence in a clinical and a religious institution.** 2019. f. Dissertation (Master of Science in Religion) - Pontifical Catholic University of Goiás - PUC - Goiânia-GO

Drug use is very ancient in the history of mankind and has reached alarming numbers in modern society. The objective of this research was to analyze the treatments performed in two institutions for chemical dependents, in the rehabilitation process aiming to identify the differences regarding the effectiveness of the treatment offered. The central problem is to understand how the conditions of treatment of such institutions have been developed to aid in the process of drug rehabilitation and abstinence effectively. The basic principle is religion as a therapeutic possibility in chemical dependence compared to the medical-hospital treatment offered by the Brazilian Ministry of Health. In this research, patients of both types of institution were interviewed and the information obtained was tabulated for presentation and analysis. The approach was descriptive-comparative, being used in the technical field research of interview from a closed questionnaire (quantitative) and open questions (qualitative), which made it possible to compare the subjects from their reports, personal experiences and therapeutic practices. An analysis of the relations between the two institutions was made based on their protocols, approach, time of hospitalization and follow-up of the patient after discharge. This research is justified by the fact that religion acts in the process of healing and liberation, a fact that must be studied in a scientific way. After the analyzes and considerations of the results obtained we found that religion would be a safe alternative allowing social insertion and longer time of abstinence by drugs.

Keywords: 1. Chemical Dependence; 2. Medical-Hospital Treatment; 3. Therapeutic Communities; 4. Religion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Perfil Socioeconômico e Cultural dos Participantes da Pesquisa.	50
Tabela 2. Dados relativos ao tratamento dos participantes	56
Tabela 3. Identificação dos Estágios de Motivação para Mudança dos entrevistados nas instituições pesquisadas.	61
Gráfico 1. Drogas mais utilizadas pelos participantes da pesquisa. Em “outros” foram citados a cola e solventes.	51
Gráfico 2. Motivação para iniciar o consumo de drogas relatada pelos participantes da pesquisa.	52
Gráfico 3. Motivação para continuar no tratamento relatado pelos participantes da pesquisa.....	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRATAMENTO	13
1.1 Drogas e o Processo Cultural	13
1.2 Drogas e as suas consequências	18
1.3 Principais drogas e sua ação fisiopatológicas no organismo humano	20
1.4 Categorias Multidimensionais	22
1.4.1 Aspectos Hereditários	24
1.4.2 Fisiologia e Neurobiologia.....	25
1.4.3 Aspectos psicológicos-existenciais	26
1.4.4 Dependência química e família.....	28
2 TERAPÊUTICAS UTILIZADAS	29
2.1 História do Tratamento de Transtornos Mentais no Brasil	29
2.2 Evolução e Legislação do Tratamento de Transtornos Mentais no Brasil	30
2.3 Formação das Comunidades Terapêuticas e Ampliação da rede de Atendimento ao Dependente Químico.....	32
2.4 Implicações da Religião na Saúde Humana	34
2.5 Aspectos da Religiosidade na busca do “Eu existencial” e no Tratamento do Dependente Químico.....	35
3 DADOS EMPÍRICOS	46
3.1 Instituição Médico-Hospitalar	46
3.2 Instituição Religiosa	47
3.3 Perfil Socioeconômico e Cultural dos Participantes da Pesquisa	48
3.4 Drogas mais Utilizadas Pelos Participantes da Pesquisa	50
3.5 Aspectos Motivacionais Avaliados na Pesquisa	52
3.5.1 Motivação para Iniciar o Consumo de Drogas	52
3.5.2 Motivação para Iniciar e Permanecer no Tratamento	53
3.6 Dados Qualitativos Obtidos na Pesquisa	57
3.6.1 Motivação para a busca do tratamento.....	57
3.6.2 Motivação para a Cura da Dependência Química	63
3.7 Dificuldades enfrentadas após o tratamento.....	67
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70

REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	80
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	81
APÊNDICE B – Declaração de Anuência da Instituição 1	84
APÊNDICE C – Declaração de Anuência da Instituição 2	85
APÊNDICE D – Questionário.....	86
APÊNDICE E – Autorização para Manuseio de Prontuário da Instituição 1	89
APÊNDICE F – Autorização para Manuseio de Prontuário da Instituição 2	90
APÊNDICE G – Parecer Consubstanciado do CEP	91

INTRODUÇÃO

O uso de drogas pelos seres humanos vem de longa data na história da humanidade, existem registros de mais de 4000 anos a.C. As diversas sociedades utilizavam diferentes tipos de drogas em rituais, festas, cultos religiosos e tratamentos medicinais sob contextos variados (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

O intenso comércio de drogas gerou conflitos internos e até guerras entre países, como por exemplo, a Primeira e Segunda Guerra do Ópio. No entanto, esses conflitos terminaram por expandir o mercado do Ópio para mais regiões, acelerando o aumento de seu consumo (LABETE, 2008).

Existem dezenas de drogas diferentes no mercado lícito e ilícito e as razões para seu consumo também são muitas. A busca do prazer, a experimentação de novas sensações, a adequação à sociedade, o medo, a fuga da realidade, a timidez, a dor, são apenas algumas das razões pelo qual pessoas, independente de credo, raça, sexo, nível social ou idade buscam o consumo de um ou mais tipos de drogas (BRASIL, 2009; FILHO, 2012).

O uso de drogas só começou a ser combatido no início do século XX. Com o crescimento do consumo observou-se a gravidade do vício, o aumento de crimes, a exclusão social, a deterioração da saúde e comorbidades associadas ao uso irrestrito das drogas (KHADEMI, 2016).

No Brasil a sanção da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) possibilitando atenção e recursos para o tratamento e reabilitação de dependentes químicos (BRASIL, 2006).

Como o combate ao consumo de drogas é uma tarefa complexa, buscar alternativas para a redução de danos e reabilitação de dependentes químicos é uma necessidade de saúde pública. Desse modo, esta pesquisa propõe situar o conjunto de possibilidade das práticas terapêuticas para a reabilitação na dependência química a partir dos relatos apresentados pelos participantes da pesquisa em campo, realizado em duas instituições que tratam dependente químico, sendo, uma instituição religiosa evangélica e outra instituição medicamentosa.

Nesse contexto, em que apesar da dependência química ser classificada como uma doença, o seu tratamento não alcança índices favoráveis, constrói-se, um

questionamento sobre as possibilidades terapêuticas para esse mal que atinge várias famílias.

Ponderando as diversas possibilidades terapêuticas em ênfase a religiosa e medicamentosa, às quais decidiu se pesquisar e acompanhar mais de perto, são reconhecidas perante a sociedade e pelas Políticas Públicas de Saúde como reais possibilidades de reabilitação dos dependentes químicos (BRASIL, 2003; GUERRA, VANDENBERGHE, 2018).

Como estudo de entrevista, que foi proposto esteja situado em um contexto institucional e os relatos pessoais dos participantes, entende, que os aspectos: emocional, familiar, motivacionais, financeiro e religioso vão se destacar nessa discussão. Acredita-se ainda que os relatos dos entrevistados de ambas as instituições vão além desses aspectos citados, trazendo grandes reflexões a respeito desse fenômeno que tem destruído milhares de lares.

Dessa forma, o tema tratado nesta dissertação é relevante tanto para o meio acadêmico como para a sociedade em geral; tanto para os profissionais da saúde que trabalham com pacientes dependentes químicos como para usuários e familiares que se encontram nesta situação que será apresentada pelos contribuintes desta pesquisa.

De tal modo, esta dissertação também contribuirá para cingir os aspectos motivacionais no processo de reabilitação da dependência química, as práticas utilizadas pelas mencionadas instituições participantes, deste modo cooperando na busca pela ansiada busca pela cura do dependente químico.

Esta dissertação tem como objetivo geral analisar o tratamento realizado em duas instituições para dependente químico comparando-as quanto intensamente a sua eficácia.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob a Resolução n. 466/2012 e posteriormente encaminhado às clínicas de caráter a pesquisa com O Termo de Anuência (Apêndices B e C), Autorização para manuseio e consulta de prontuário (Apêndices E e F) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A), o Projeto e o Termo Consubstanciado do CEP (Apêndices G).

Após autorização da clínica foi perpetrada a seleção dos pacientes por meio de prontuários e/ou fichas de atendimento clínico, em que realizou se uma análise dos procedimentos utilizados durante a ocasião em que o paciente esteve em

acompanhamento e reabilitação. Por menção a desejar esta possibilidade de contato exclusivo com o paciente por ligação informando-lhe o teor do assunto. Após a explicação da pesquisa e aceitação do paciente, foi agendado um encontro pessoal por decisão do paciente em relação a horário e local para maiores esclarecimentos da pesquisa, o preenchimento do termo de aceite e a aplicação do questionário, que foi elaborado exclusivamente para a coleta de dados desse estudo (ANEXO D) e o mesmo, o processo de transcrição dos áudios gravado durante as entrevistas.

Para constituir a população desse estudo, a partir de uma amostra por conveniência, foram selecionados quinze (15) sujeitos de cada instituição, do sexo masculino, com idade superior a 18 anos, que passaram por acompanhamentos nas instituições referenciadas na cidade de Goiânia e Região Metropolitana.

As entrevistas foram gravadas através de aplicativo de celular. Não houve registro de imagens através de vídeo ou fotografias no momento da entrevista, somente aplicação do questionário previamente elaborado contendo 20 (vinte) questões: 12 (doze) objetivas e 8 (oito) subjetivas (Anexo D). O tempo estimado para a entrevista foi de aproximadamente 10 (dez) minutos.

A análise dos dados obtidos foi feita por meio da análise de discurso, como forma de tabular as informações obtidas, o resultado por meio do agrupamento das respostas, sendo estas apresentadas no formato de tabelas originadas da tabulação das repostas expressas nos questionários. Os resultados serão consolidados para a análise bibliográfica e edificação do perfil sociocultural, possibilidade de novos protocolos terapêuticos e o sentido da religião ao homem perante a sua fragilidade na dependência química.

1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRATAMENTO

1.1 Drogas e o processo cultural

A dependência química atualmente vem sendo tratada como um fenômeno amplamente discutido e estudado por diversos profissionais da saúde, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas se tornou um grave problema social e de saúde pública, afetando milhares de pessoas e contribuindo de maneira assustadora para a criminalidade (WHO, 2013; MCGINTY; WEBSTER, 2017). Abordar o assunto traz à tona grandes reflexões relacionadas ao campo da saúde, implicando tanto a saúde física, quanto a saúde mental, fazendo-se necessário analisar esse fenômeno e suas concepções, a fim de encontrar uma maneira de encarar e lidar com esse fenômeno (PRATTA; SANTOS, 2009).

O consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde a antiguidade e em todas as culturas e religiões, tendo finalidades específicas, uma vez que o ser humano sempre esteve em busca de promover a diminuição de seu sofrimento, bem como aumentar seus momentos de prazer e alegria. No entanto, faz-se importante mencionar que a priori os costumes da sociedade direcionavam o consumo de drogas a pequenos grupos que estavam restritos em cerimônias, rituais e festas coletivas, diferentemente da sociedade atual onde o consumo se dá de forma também individualizada, em diversos contextos e realidades e sob quaisquer circunstâncias (SEIBEL; TOSCANO, 2001; MARTINS; CORRÊA, 2004).

Segundo Toscano Jr. (2001) durante a Idade Média o uso de plantas consideradas “diabólicas”, vistas como sinônimo de feitiçaria passa a ser condenada pela Igreja Católica, que possuía um grande poder econômico e social nesse período. Segundo o autor, o uso dessas plantas passou a ser estigmatizado, gerando perseguições tão intensas que, o emprego de drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de heresia, uma vez que o sofrimento era concebido como uma maneira de aproximação a Deus.

MacRae (2001) enfatiza que durante a Idade Média a única droga permitida pelo Cristianismo era o álcool, mais precisamente o vinho, o qual até hoje é considerado um relevante elemento, uma vez que simboliza o sangue de Jesus Cristo. Assim sendo, o uso de qualquer outro tipo de droga, como unguentos e “poções”, eram condenados pela Igreja Católica e os indivíduos que os utilizavam eram fortemente punidos com torturas e morte pelos tribunais da Inquisição.

No decorrer do século XVIII ocorreu uma diminuição na perseguição aos indivíduos considerados hereges, fato que propiciou uma volta do uso médico e lúdico das drogas, ou seja, os próprios avanços científicos começaram a apontar a necessidade de se explorar a questão medicamentosa. Dessa maneira os cientistas conseguiram isolar os princípios psicoativos de inúmeras plantas, passando a produzir determinados fármacos como a morfina, a codeína, a cafeína, a cocaína, os barbitúricos entre outros (MACRAE, 2001; TOSCANO JR., 2001).

Em relação ao consumo de drogas como fenômeno tipicamente cultural, Luz (2007) aponta que o uso de substâncias que promovessem alterações comportamentais e cognitivas, ganhou força na década de 60, uma vez que estava associada a comportamentos contestadores da sociedade, e não mais como costumes religiosos, ou relacionados com cultos sagrados.

Outro marco importante para a propagação do uso de drogas foi o desenvolvimento industrial, em que a função mediadora e integradora passa a ser uma função das instituições educacionais e meios de comunicação, e não mais da família (HALLAL, HALPERN, 2002).

Feris (2002) associa o aumento do consumo de drogas com a decadência de valores éticos, morais e religiosos em toda sociedade, bem como com a dissolução das famílias, a violência e a fabricação de drogas mais acessíveis. Dessa maneira, o consumo dessas substâncias deixa de ser um uso ritualizado, e passa a ser em busca de alívio e prazer.

A partir destes apontamentos fica evidente que se por um lado as drogas vêm sendo utilizadas há milênios, os abusos, a dependência e os fenômenos sociais relacionados constituem práticas relativamente recentes. A transição da sociedade de uma época para outra tem exigido, pela rapidez e flexibilidade que a caracteriza, a formação e o desenvolvimento de um espírito também flexível. Neste sentido, torna-se imprescindível contextualizar a presença das drogas no mundo contemporâneo e a importância de nos prepararmos a cada dia melhor para lidar com as consequências e os efeitos desta presença. Trata-se, portanto, de dissipar o caráter pretensamente natural da droga como “problema social”, decorrente de fatores preponderante a uma dimensão histórica e sociocultural.

Conforme salienta Romaní (2007) as sociedades contemporâneas produziram uma série de mudanças sociais, culturais e tecnológicas que propiciaram a emergência deste fenômeno que se nomeou dependência. A propósito da

construção social do “problema da droga”, o autor enfatiza o ponto de vista ideológico. Considera que este campo assume inegável conotação política na medida em que se procura decidir sobre o controle da dor, do prazer e de certos estados físicos e psíquicos, aspectos estes que acabam por conferir a este campo algumas especificidades.

Em relação ao tipo de uso de substâncias psicoativas e indicadores clínicos associados a CID-10 (2008), relaciona os transtornos mentais e comportamentais de F10 a F19 e distingue a dependência e abuso de drogas do seu uso ocasional ou experimental. Esta classificação refere-se à periodicidade e quantidade de consumo, sendo os usuários classificados em: experimentador, ocasional, habitual e dependente (OMS, 2008).

Segundo Lima (2013) trata-se de usuário experimentador e ocasional, aquele usuário o qual o consumo é esporádico, ou seja, a classificação é baseada na frequência de uso, lembrando que mesmo pessoas que fazem uso esporádico podem ter um uso problemático. Já o usuário habitual, segundo a autora, envolve a manutenção do uso, ou seja, consumo recorrente em ocasiões em que pode ocorrer prejuízos sociais, psicológicos ou físicos devido ao uso da substância.

E, por sua vez, para o usuário dependente, a autora descreve que deve se levar em consideração a quantidade, a frequência, bem como: desejo ou compulsão, dificuldade para controlar o uso, uso para atenuar sintomas de abstinência, evidência de tolerância, consumo em locais não propícios a qualquer hora, perda de prazeres e interesses, retorno ao consumo após período de abstinência com reinstalação do quadro anterior, prejuízo nas atividades e relações sociais.

O fenômeno de dependência se apresenta em uma grande variabilidade entre sujeitos, envolvendo características de personalidades e do contexto em que se realizam o consumo. Dessa forma, observa-se que alguns indivíduos podem ser capazes de consumir drogas com moderação ou de forma ocasional, enquanto que outras são extremamente vulneráveis aos seus efeitos, convertendo-se em consumidores compulsivos e com enorme dificuldade para abandonar seu consumo (WAGNER, ANTHONY, 2002; LIMA, 2013).

Nessa perspectiva, para melhor compreender o que é dependência química, bem como suas implicações para a vida do ser humano se faz necessário compreender o conceito de dependência, que segundo Souza (2017) é toda relação estabelecida a partir de um investimento desproporcional do sujeito a um objeto

específico, de maneira que esse envolvimento prejudique a participação e o convívio do sujeito nas dimensões laborais, sociais e afetivas.

A partir dessa compreensão a Organização Mundial de Saúde - OMS (2019) antes de buscar medidas para lidar com as questões concernentes à dependência química iniciou a produção de definições visando designar o consumo compulsivo de uma determinada substância e suas características, sendo que a partir desses conceitos, surgiu nova abordagem para o fenômeno e seu tratamento. Assim sendo, a priori separaram-se as definições de hábito e vício, substituindo pelo conceito de dependência, uma vez que ao termo vício é atribuída juízo de valores moral. A partir de então, propõe-se fazer a distinção entre drogas que causam dependência física e drogas que causam dependência psicológica (PRATTA, SANTOS, 2009).

De acordo com Pratta e Santos (2009) na década de 1950 a dependência química estava atrelada a fatores relacionados a alterações dos níveis bioquímicos que as propriedades farmacológicas das substâncias psicoativas proporcionavam no organismo. No entanto, pesquisas avançaram no sentido de proporcionar evidências que formulavam conceitos que abarcavam as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, envolvidas no desenvolvimento e estabelecimento da dependência química.

MacRae (2001) menciona três perspectivas as quais inicialmente compreendia a dependência química. Sendo elas: a) Perspectiva Mediacional – a qual se destaca a desigualdade das estruturas sociais, corroborando para as condições para o desenvolvimento e manutenção da dependência química; b) Perspectiva Construcionista – a qual a dependência é compreendida como um conceito cultural, em que a atividade simbólica e o conjunto de motivações do consumidor transformariam uma substância psicoativa em droga, ou seja, o conceito está além das sequelas fisiológicas causadas por essas substâncias, uma vez que envolve significados e funções as quais ela remete; e por fim c) Perspectiva Rotuladora – a qual envolve um conceito a partir do papel do doente, criado pelas expectativas sociais, que interfeririam no comportamento, no padrão de uso e no estabelecimento da dependência, à medida que o usuário aceitasse o rótulo que lhe é conferido.

Ao dispor de recursos teóricos imprescindíveis, a abordagem sociocultural contribuiu para uma compreensão interdisciplinar da questão através das análises sociais e históricas, que devem ser estudadas em consonância com as interpretações

biológicas e psicológicas, evitando uma abordagem unidimensional. Dessa maneira, atualmente, pode-se observar uma mudança percebida nos fatores considerados pela OMS, que considera os prejuízos sociais, ocupacionais e psicológicos, além dos fisiológicos para estabelecer o diagnóstico de dependência (MARQUES, CRUZ, 2000).

Nessa perspectiva a OMS explica que a Dependência Química trata-se de uma doença sem uma causa única, ou seja, é resultado de vários fatores causais que atuam concomitantemente, provocando alteração da estrutura e funcionamento típico dos indivíduos. Nesse sentido, o dependente sofre uma série de prejuízos consequentes do uso abusivo de substâncias químicas, afetando as áreas sociais, familiares, sexuais, profissionais, emocional, religioso, etc (BRASIL, 2003).

Maçaneiro (2008) por sua vez, define Dependência Química como o uso compulsivo, ou seja, incontrolável de substâncias psicoativas que agem no sistema nervoso central, provocando sintomas psíquicos capazes de alterar o comportamento acarretando dependência, em que o indivíduo considera que a droga é essencial para sua sobrevivência.

Em vista disso, a dependência química também é compreendida como uma condição variante do uso contínuo, e/ou abuso, tendo como marco inicial o uso experimental e a abstinência. Trata-se de uma doença progressiva que necessita de tratamento adequado a fim de evitar a piora com o passar do tempo (MARQUES e RIBERIO, 2003).

Silveira e Silveira (2004, p.14) sustentam que “[...] a Dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga continuamente ou periodicamente para obter prazer”. Assim, o consumo de drogas se deve a necessidade das pessoas de aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, entre outras. Portanto, o dependente não consegue controlar seus impulsos, dificultando o controle do consumo de drogas.

O mesmo autor aponta ainda, duas formas para a dependência, sendo a forma física caracterizada pela necessidade fisiológica das substâncias, como resultado da adaptação do organismo, em que a suspensão do uso ocasiona a conhecida crise de abstinência; e a forma psicológica caracterizada pelo impulso incontrolável de consumir substâncias químicas, a fim de fugir ou evitar qualquer mal-estar. Nesse estado de dependência psicológica a pessoa sente necessidade

de utilizar novas doses, evitando assim o estado de angústia, ocasionado pela não satisfação do desejo compulsivo de utilizar drogas (SILVEIRA, SILVEIRA, 2004).

Em relação aos principais sintomas decorrente da dependência química, Malbergier e Amaral (2013) apontam: a) tolerância – ou seja, a necessidade de aumentar a dose gradativamente para manter o efeito; b) Crises de abstinência; c) Necessidade de ingerir substâncias por tempo prolongado ou em quantidades maiores que o desejado pela pessoa; d) tentativas repetidas e fracassadas de controlar o consumo de drogas; e) interesse centrado na droga e descuido com as atividades diárias (trabalho, relacionamentos interpessoais, lazer, entre outros); persistência no uso de substâncias químicas, apesar de todos os prejuízos ocasionados pelo consumo.

Segundo a CID-10 (OMS, 2008), os quadros clínicos mais comuns são:

- Intoxicação aguda: envolve o consumo de uma ou mais substâncias em quantidade suficiente para ocorrer perturbações orgânicas nos níveis de consciência, percepção, cognição, afeto e comportamento do indivíduo.
- Uso nocivo/abuso: envolve um padrão episódico de consumo em quantidade elevada, em que se constitui uma circunstância mediadora entre o uso de baixo risco e a dependência.
- Síndrome de abstinência: conjunto de sinais e sintomas causados pela diminuição ou interrupção do consumo de uma substância psicoativa, após o uso prolongado e/ou em altas doses.
- Síndrome de dependência: conjunto de fenômenos fisiológicos e comportamentais, no qual o uso de uma substância alcança prioridade na vida do indivíduo, gerando prejuízo em suas atividades diárias.

A partir das considerações assinaladas anteriormente, foi proporcionado na continuidade do estudo a apresentação das fundamentais drogas e suas implicações para a saúde dos indivíduos.

1.2 Drogas e suas consequências

O termo droga tem diversas definições, podendo estar relacionado a substâncias com fins e propriedades terapêuticas (medicamentos) estabelecidas, bem como e mais especificamente a outras substâncias psicoativas que são

capazes de causar dependência e/ou são objeto de abuso. Assim sendo, a OMS, define na CID-10 (2008) como qualquer substância natural ou sintética capaz de modificar uma ou mais funções do indivíduo quando introduzida em seu organismo (OMS, 2008).

De acordo com Lima (2013) em contexto jurídico o termo “droga” refere-se às substâncias psicoativas, particularmente, às drogas ilícitas ou àquelas que têm seu uso regulado por lei. No Brasil, a legislação define como droga “as substâncias ou produtos capazes de causar dependência” assim especificada no parágrafo único art.1º da Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD).

A respeito da classificação, Lima (2013), menciona que as drogas podem ser classificadas segundo os seguintes critérios: farmacológico, clínico, social, epidemiológico, legal entre outras possibilidades. A classificação farmacológica está associada com a estrutura bioquímica das substâncias, bem seu mecanismo de ação no sistema nervoso central, podendo subdividir-se em:

a) Drogas depressoras: atenuam ou inibem os mecanismos cerebrais de vigília, podendo produzir distintos graus de relaxamento, sedação, sonolência, anestesia e coma. Compreende as substâncias: álcool, benzodiazepínicos, ópio e maconha.

b) Drogas estimuladoras: produzem euforia que se manifesta com sensação de bem-estar e melhora do humor, aumento de energia e do estado de alerta, assim como um aumento da atividade motora e estimulação cardiovascular. Compreende as substâncias: anfetaminas, nicotina, cafeína, cocaína e crack.

c) Drogas perturbadoras: agem produzindo alterações qualitativas no SNC, podendo também ser identificadas como alucinógenas. Compreende as substâncias: LSD, êxtase, ayuasca (Chá Daime), algumas espécies de cogumelos e cactus.

Vale lembrar que esta classificação representa uma tentativa de alocação das substâncias dentro de parâmetros psicofarmacológicos a partir dos principais efeitos a ela referidos, mas não necessariamente responderão da mesma maneira para todos os sujeitos.

Ribeiro e Minayo (2015) relatam que as drogas de abuso compartilham o mesmo mecanismo biológico em determinadas áreas corticais, promovendo a ativação de dopamina, hormônio associado ao prazer, seja por vias mesolímbicas ou

mesocorticais. Sendo que essa substância está relacionada a diversos transtornos psicopatológicos que diferem em gravidade, desde uma leve intoxicação não complicada até graves quadros psicóticos ou demências irreversíveis.

1.3 Principais drogas e sua ação fisiopatológicas no organismo humano

A OMS relatou no capítulo V da CID-10 as principais ações fisiológicas observadas e suas consequências, para o consumo das principais drogas listadas a seguir:

- **Álcool:** O álcool é a substância psicoativa mais consumida devido a sua ampla aceitação cultural e o fácil acesso aos usuários. É uma droga depressora do sistema nervoso central, agindo através da diminuição da ação neuronal através da ação nos neurônios de Gaba. A intoxicação varia de uma leve embriaguez à depressão respiratória e morte, dependendo de fatores como dose consumida, patologias pré-existentes e características individuais. Os sintomas psíquicos são, a princípio, de excitação, alegria e desinibição, podendo evoluir para impulsividade, irritabilidade, agressividade, e posteriormente para depressão do humor e ideação suicida. Observa-se ainda uma diminuição do raciocínio, alteração do julgamento, fala pastosa e diminuição da coordenação motora (OMS, 2008).
- **Benzodiazepínicos:** Em geral são medicamentos utilizados com fins terapêuticos, prescritos para tratamento de transtornos mentais, podendo ser substâncias como ansiolíticas e hipnóticas. Elas podem se tornar drogas de abuso, dependendo do mau uso. Seu mecanismo de ação, efeitos e síndrome de abstinência são semelhantes ao do álcool (OMS, 2008).
- **Solventes:** são substâncias presentes em diversos produtos, tais como aerossóis, vernizes, tintas, colas, esmaltes, removedores, éter e clorofórmio, consumidos por inalação, principalmente nas populações mais pobres. O consumo crônico provoca quadros neurológicos graves, insuficiência renal, hepatite tóxica, complicações gastrointestinais e respiratórias. Produz sensação de euforia, desinibição, zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa. Com o aumento da dose, evolui para confusão mental e alucinação visual e auditiva. Além de depressão central, causam depressão cardíaca e respiratória (OMS, 2008).

- **Opiáceos:** Os opiáceos ou opióides são originalmente utilizados como medicamentos devido a sua propriedade analgésica. São substâncias naturais (morfina, codeína), semi-sintéticas (heroína) e sintéticas (meperidina, metadona e fentanil). O cérebro humano produz seus próprios opiáceos endógenos (as endorfinas e encefalinas) e possui receptores específicos para eles, sendo que todos os opióides exógenos atuam nestes mesmos receptores. Provoca analgesia, sedação, euforia, bradipnéia, bradicardia, diminuição da pressão arterial, da peristalse, do reflexo urinário, da libido, da liberação de enzimas digestivas, supressão do reflexo da tosse e depressão respiratória (OMS, 2008).
- **Cocaína:** Extraída da planta *Erythroxylon coca*, é a 3ª substância ilícita mais utilizada no Brasil, perdendo somente para a maconha e para os solventes. Atua bloqueando a recaptção de dopamina, serotonina e noradrenalina. Provoca o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, da vontade sexual e da autoestima; diminuição do apetite; euforia, sudorese, tremor, comportamento violento, pânico, sintomas paranóides. Geralmente as complicações psiquiátricas agudas são os principais motivos de procura por atendimento médico de urgência entre os usuários de cocaína (OMS, 2008).
- **Anfetaminas:** Seus mecanismos fisiopatológicos são semelhantes aos observados entre os usuários de cocaína, sendo estimulantes do sistema nervoso central. Importante dizer que há dois tipos de usuários. O 1º usuário é aquele interessado nos efeitos euforizantes da droga e o 2º é o usuário de doses baixas, que utiliza anfetamina com propósitos estéticos, buscando suas propriedades anorexígenas ou com a ilusão de melhorar o seu desempenho no trabalho. Indivíduos assim se expõem há esforços excessivos, resultando em fadiga e depressão. Seu perfil discreto e socialmente enquadrado faz com que o consumo passe despercebido, até que procurem atendimento médico de emergência com queixas psiquiátricas, algumas vezes bastante sérias (OMS, 2008).
- **Ecstasy:** É uma anfetamina modificada, com grande afinidade por receptores serotoninérgicos, sendo essa sua peculiaridade responsável por seus efeitos perturbadores ou alucinógenos do sistema nervoso central, motivo pelo qual é conhecido como anfetamina alucinógena. Há um aumento da percepção para as sensações táteis, bem como para sons e cores. Outros sintomas são: anorexia, taquicardia, sudorese e bruxismo (OMS, 2008).

- **Maconha:** É a combinação de brotos, folhas, caules e sementes do cânhamo (*Cannabis sativa*), consumida em cigarros de fabricação caseira. Atua em receptores canabinóides distribuídos em várias regiões do cérebro: córtex, hipocampo, hipotálamo, cerebelo, complexo amigdalóide, giro do cíngulo anterior. Estes receptores e seus correspondentes neurotransmissores canabinóides endógenos estão envolvidos em diversas funções cerebrais, as quais são perturbadas pelo consumo de canabinóides. Promove disfunções das funções cognitivas, atenção, apetite, coordenação motora e reações psíquicas com variável gravidade: ansiedade, depressão, quadros maniformes e paranoides (OMS, 2008).
- **LSD:** a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) é um dos mais potentes psicotrópicos: doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos alucinógenos, com até 12 horas de duração. É utilizada por via oral ou sublingual, na forma de micropontos, em tabletes. Atua em vários receptores serotoninérgicos, principalmente no córtex cerebral, alterando as funções cognitivas e perceptuais. O consumo de LSD pode desencadear quadros psicóticos, depressivos e exacerbar patologias mentais pré-existentes. Outra complicação são os *flashbacks*, ressurgimento dos sintomas na ausência da intoxicação (OMS, 2008).

A partir da concepção da dependência química, bem como de outros aspectos concernentes à utilização de substâncias psicoativas, a seguir tratar-se-á sobre a etiologia da dependência química, as principais formas de tratamento, bem como as políticas públicas que envolvem essas questões.

1.4 Categorias multidimensionais

Segundo Koob e Volkow (2010) a dependência química é uma doença crônica e recorrente, cuja causa é de origem multifatorial complexa. Vale enfatizar, que a dependência é reconhecida pela ausência da capacidade da pessoa exercer o controle, uma vez que as alterações corticais decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas ocasionam o prejuízo do autocontrole e a capacidade de resistir à impulsividade.

No entanto, conforme aborda Souza (2015) o consumo de substâncias psicoativas nem sempre foi entendido como uma doença, estando atrelado *a priori* como falta de caráter, em que a pessoa poderia escolher entre consumir ou não fazer uso dessas substâncias. No entanto, com a distinção entre o controle sobre o uso e a falta dele, a concepção de doença sobre este último (sem controle), passa a ser adotada, proporcionando assim a possibilidade de se investir em estudos e pesquisas a fim de identificar a(s) causa(s) da dependência.

Classificar a dependência química como doença crônica proporciona novas formas de compreensões acerca de sua etiologia, tratamento, prognóstico, bem como permite a promoção de novas políticas na área de saúde, fazendo com a doença seja comparada às demais doenças crônicas como diabetes, hipertensão, facilitando a disponibilidade e o acesso ao tratamento com taxas de sucesso e melhora na qualidade de vida consistentes, embora ainda não curável (CHAIM, BANDEIRA, ANDRADE, 2015)

Luz (2007) menciona o consumo de drogas é um problema multidimensional, uma vez que envolve múltiplos fatores interconectados, e está relacionado a momentos e contextos históricos e culturais, podendo ser considerada como um tema associado a comportamentos tanto individual, quanto social.

A utilização dessas substâncias químicas (drogas) tem se tornado s evidente no Brasil e no mundo, uma vez que o consumo de substâncias químicas independe de etnia, faixa etária ou classe social, causando grandes prejuízos tanto para os indivíduos que a consome quanto para a sociedade, devidos às ações de violência física, verbal, furtos, sexo, entre outros (CURY, 2000; ECKSCHMIDT; ANDRADE; OLIVEIRA, 2013).

Pensando nisso, faz-se importante compreender que o uso de drogas é uma condição iniciada no âmbito familiar, sendo que as crianças e adolescentes tem como modelos os pais, tendo com referências, suas atitudes e comportamentos, podendo ser os principais responsáveis por influenciar o consumo de substâncias químicas (SCHIVOLETTO, FALABELLA, 2003).

Para compreendermos a situação de cada indivíduo em relação ao consumo de substâncias químicas, Silva e Silva (2002) compreendem essas substâncias em três (03) subsistemas. a) as substâncias como elemento material (drogas); b) processos de cada indivíduo diante da droga (individual); c) as estruturas socioeconômicas de cada indivíduo, como suporte para as relações interpessoais (sociedade).

Nessa perspectiva, Tiba (1999 *apud* COSTA; ESPERANDIO, 2014) enfatiza o aspecto multifatorial da dependência química, uma vez que envolve vários aspectos, dentre eles fatores biológicos, psicológicos e sociais. Fatores esses, como sensação de prazer ou diversão ocasional, possibilidade de fugir da realidade ou até mesmo o alívio de situações de estresse são considerados como motivacionais para o uso dessas substâncias químicas (CURY, 2000; ECKSCHMIDT; ANDRADE; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com Costa e Esperandio (2014) a curiosidade, influenciada por amigos, ou desejo de conhecer novas sensações de prazer e bem-estar e satisfação de alguma necessidade, estão entre as principais causas para o início do consumo, seguido da depressão, ansiedade, dificuldade de assumir responsabilidades, busca pela autoafirmação e enfrentamento da timidez, do alívio da dor e/ou expectativas de cura de doenças. Além disso, as relações interpessoais, a predisposição genética, déficits de aprendizagem escolar, privação afetiva, instabilidade emocional dos pais nos primeiros meses de vida, são consideradas os principais fatores causais pela psiquiatria.

Costa e Esperandio (2014) comenta ainda que a dependência química perpassa o campo das medidas penais, sendo que sua compreensão envolve aspectos econômico-cultural, biopsicológico e jurídico-social, necessitando, portanto de análises e soluções nessas esferas.

Considerando essas explanações, serão abordados esses fatores.

1.4.1 Aspectos hereditários

Messas e Vallada Filho (2004) consideram que a dependência química devida sua complexidade pode ser compara a demais doenças crônicas, em decorrência de o efeito genético ser proveniente de vários genes que atuam em conjunto, gerando uma situação de vulnerabilidade, junto à ação ambiental.

Estudo realizado por Palmer *et al.*, (2015) indicou a existência de influências genéticas associadas a vulnerabilidade para a dependência de substâncias psicoativas. Segundo os autores, foi encontrada uma forte sobreposição genética para algumas substâncias, sendo 55% e 24% da carga genética na dependência do álcool se deve aos fatores compartilhados com outras drogas lícitas e ilícitas, respectivamente, com a porcentagem remanescente sendo específica do álcool.

Esses dados apontam para a importância da investigação sobre história familiar de problemas relacionados ao consumo de substâncias para a *anamnese* psiquiátrica.

Ponomarev (2013) explica que o cérebro é um dos tecidos mais complexos e permite que o organismo perceba e responda ao meio, se adaptando incessantemente aos estímulos por meio de transformações na expressão dos genes regulados – fenômeno conhecido como epigenética. Assim, o uso continuado de substâncias psicoativas proporciona uma série de transformações epigenéticas no cérebro de humanos e segundo evidências essas mudanças ocasionam processos de adaptação celular causadores da dependência.

A melhor compreensão dos processos moleculares ligados à epigenética poderá elucidar como algumas influências genéticas atuam na vulnerabilidade anterior ao consumo de drogas, como aspectos herdados de personalidade, déficits de atenção e controle dos impulsos, transtornos depressivos ou ansiosos, e outras características para a manutenção da dependência química, uma vez já iniciada a exposição do cérebro às drogas e seus respectivos metabólitos (CHAIM, BANDEIRA, ANDRADE, 2015)

1.4.2 Fisiologia e Neurobiologia

A OMS publicou em 2004 um relatório sobre o consumo e a dependência de substâncias psicoativas. A dependência é vista como um transtorno cerebral, que causa alterações nas funções cerebrais, desde o nível molecular e celular até alterações em processos cognitivos complexos (OMS, 2004).

Devido a sistemas teóricos distintos ainda não existe uma teoria conclusiva sobre a causa ou causas da dependência de substâncias psicoativas. Vários autores conforme sua formação e expertise corroboram com a elaboração de diferentes hipóteses, que dão destaque a determinados elementos, de acordo com sua leitura acerca do funcionamento psíquico e/ou as relações estabelecidas entre os homens e o meio que o cerca.

Contribuições recentes de estudos nos campos da neurobiologia, neurociência cognitiva e ciências básicas levaram as reavaliações no entendimento da dependência química. Alguns aspectos são comuns nos estudos relacionados como: déficits em um ou mais processos cognitivos como aprendizagem, motivação, memória, atenção e tomada de decisão; presença de deficiências em processos

cognitivos, relacionados ao sistema neural e de neurotransmissão; e, dificuldades nos processos de autocontrole, caracterizado pelo desequilíbrio entre a sobrevalorização da recompensa pelo uso da droga e enfraquecimento dos sistemas de controle (CHAIM, BANDEIRA, ANDRADE, 2015)

Durante a evolução da dependência química, observa-se a persistência de memórias mal adaptativas associadas, que podem manter a busca pelo uso de drogas e promover as recaídas por hábitos inconscientes de controle. Observa-se que três redes neurais interagem e codificam padrões de respostas comportamentais a um estímulo. Essas redes baseiam-se na recompensa, na emoção e na função regulatória que pode ser ativada e mantida pela presença do estímulo a neurotransmissores, principalmente a Dopamina (DA) (ASSIS, 2011; CHAIM, BANDEIRA, ANDRADE, 2015; CARBONARIO, 2018).

Conhecendo a fisiologia neuronal é possível sugerir que do mesmo modo que comportamentos, alimentos, bebidas e estímulos diversos ativam, bloqueiam e condicionam redes neuronais com seus respectivos neurotransmissores, as drogas também são capazes desse processo. No entanto, é fundamental que qualquer teoria coerente de dependência deve: (a) identificar processos neurobiológicos gerados por qualquer substância psicoativa e (b) definir claramente os sintomas clínicos associados a esses processos, que podem então ser usados para classificar a substância como viciante ou não, e orientar o diagnóstico (SCHAEFER; HEINZ; BACKMUND, 2004).

1.4.3 Aspectos psicológicos-existenciais

A dependência química tem sido associada a diversos distúrbios psicopatológicos resultante ao uso crônico de drogas, bem como um fator de risco preexistente. Dessa maneira, Ersche, Turton, Pradhan, Bullmore e Robbins (2010), discutiram dois traços de personalidade significativamente prevalentes entre dependentes químicos, apresentando a impulsividade e a busca de sensações como marcadores de vulnerabilidade para dependência química influenciados geneticamente, pois níveis elevados de ambos os traços seriam observados não somente nos indivíduos dependentes, mas também em seus irmãos.

Outro aspecto, abordado por Lara, Bisol, Brunstein, Reppold, Carvalho e Ottoni (2012), é em relação ao temperamento. Os autores propõem um diagnóstico

dimensional, em que se produz uma avaliação sobre quais dimensões psicopatológicas estão mais ou menos presentes em cada indivíduo, o que poderia compor um substrato comum para o humor, comportamento (como o uso de drogas), personalidade e parte da cognição. Dessa forma, segundo os autores, o temperamento pode ser concebido como um sistema autorregulado com seis dimensões emocionais: vontade, raiva, inibição, sensibilidade, enfrentamento e controle.

Ribeiro, Laranjeira e Dunn (2006) apontam que é comum ao indivíduo dependente químico apresentar algum transtorno de personalidade, baixa autoestima, dificuldades em lidar com limites e ausência de autoconfiança. Dessa maneira, diante de determinados problemas, o indivíduo, muitas vezes opta por um deslocamento ou fuga para um objeto, do qual acaba se tornando dependente. Segundo os autores a dependência química também pode ser acompanhada do sentimento de vazio existencial, ou seja, a falta de sentido para a vida, em que a pessoa busca no consumo das drogas o preenchimento desse vazio, e a substância serve como uma anestesia que impedirá que a dor desse espaço seja sentida.

Marques e Ribeiro (2003) ressaltam que a dependência de drogas sempre esteve presente na sociedade, ocasionado pela fuga do homem a fim de proporcionar o alívio de seus sofrimentos ou de suas angústias existenciais e ainda, pela busca constante pelo prazer e bem-estar. Dessa forma, o ser humano, diante da dificuldade de enfrentar através de recursos naturais e saudáveis as adversidades da vida, bem como suas angustias e anseios, recorre a mecanismos inadequados e destrutivos, podendo ser prejudiciais para a saúde (MAÇANEIRO, 2008).

O consumo de substâncias que visam uma melhora física e psicológica é antiga na história da humanidade. No início eram usadas apenas substâncias encontradas no ambiente natural e, mais recentemente, com a chegada da química moderna, substâncias sintéticas ou medicamentos foram incluídos. Nessa perspectiva, as pessoas têm buscado medicação como forma de solução para problemas pessoais, físicos e psicológicos, ou seja, como forma de fugir do desconforto existencial, no entanto, perpetuando a falta de bem-estar, e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais (BORDET, 2015).

Dessa forma, os comportamentos impróprios podem ser justificados pelo fato de que o consumo de qualquer tipo de substâncias pode gerar alterações no organismo do ser humano (COLETT, 2010). As pessoas que iniciam suas experiências nas drogas sentem vontade de repetir a dose, principalmente pela ideia

de descobrir prazeres e emoções nunca antes vivenciadas, desencadeando uma dependência física ou mesmo psicológica (CURY, 2000).

1.4.4 Dependência química e família

O uso de drogas está relacionado ao “adoecimento da família” e também deve ser considerado como uma característica importante no processo de compreensão do uso de drogas, da dependência química e principalmente no tratamento e recuperação do dependente (MAÇANEIRO, 2008; MELO, CAVALCANTE, 2019).

Sendo a dependência química uma síndrome médica, para que se possa realizar um diagnóstico, deve ser observado uma série de sintomas, que indiquem prejuízos e comprometimentos da qualidade de vida do indivíduo, decorrente do seu consumo de drogas. O tratamento nesse contexto deve envolver estratégias que provoquem a redução de sintomas que afetem o paciente, sua família bem como a comunidade ao seu redor, e ainda o controle de enfermidades e o retorno de toda a sintomatologia, recrudescências ou recaídas, em alguns períodos da vida dos indivíduos (MAÇANEIRO, 2008; MELO, CAVALCANTE, 2019).

Corroborando com esse pensamento, Costa (2009) menciona que hoje a questão referente à atenção a dependência química se faz presente nas mais diversas políticas públicas setoriais, dentre elas: assistência social, saúde e educação, sendo possível lançar mão de uma legislação exclusiva que visa atender a prevenção, o tratamento, a recuperação, a reinserção social, a redução dos danos sociais à saúde e a redução da oferta de drogas.

Atualmente, políticas públicas brasileiras possibilitam ao indivíduo dependente químico algumas possibilidades de tratamento, com ou sem internação favorecendo o contato com os familiares. Tendo interesse ele pode optar por aquela que mais se adequar às suas necessidades (BRASIL, 2018). Dentre as diferentes propostas e formas de atendimento terapêutico, pode-se destacar: abstinência total à redução de danos, do internamento ao atendimento ambulatorial; dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, os programas governamentais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), comunidades terapêuticas, variando de acordo com a visão de mundo, perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições que atuam na área (COSTA, 2009; BRASIL, 2018).

2 TERAPÊUTICAS UTILIZADAS

Conforme abordado anteriormente, sabe-se a relação entre o usuário de droga e a substância psicoativa vai desde o uso social, perpassando pelo abuso dessas substâncias, até a dependência, o qual o diagnóstico inclui desde a compulsão até o abandono das atividades sociais. Determinar a dependência química deve incluir um diagnóstico multifatorial, baseado em padrões médicos aceitos internacionalmente, e de acordo com o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. Deste modo, o diagnóstico é importante para a escolha da estratégia de enfrentamento (OMS, 2004; WHO, 2013; NOVAES, 2014).

Na prática terapêutica o modelo médico-hospitalar se interpõe à todos os processos assistenciais decorrentes de crenças religiosas. Guilhardi (2001) aponta algumas etapas importantes no processo de tratamento de dependentes químicos: I) a conscientização pareada à desintoxicação; II) o abandono de crenças errôneas acerca da dependência; III) a tomada de decisão, envolvendo a avaliação de recompensa e perdas; e IV) as mudanças comportamentais decorrentes de todo o processo.

É notável que tais terapias possam transcorrer de forma incompatível com a realidade do paciente. Firpo (2000) ressalta que o dependente químico muitas vezes não aceita o fato de que não conseguirá o efeito que a droga lhe proporcionava anteriormente, valendo-se de substitutos como o jogo, a terapia ou até mesmo a religião. Neste caso, o autor conceitua um objeto de substituição que possa se viciar e não em torno de uma transformação.

2.1 História do tratamento de transtornos mentais no Brasil

Sabe-se que as pessoas com sofrimento mental só começaram a receber tratamento médico, no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, tendo como marco a construção do primeiro hospital psiquiátrico em 1841 até o início do ensino regular de Psiquiatria aos médicos em 1886. No início do século XX observa-se a criação de estabelecimentos destinados à internação de pacientes psiquiátricos e ainda o estabelecimento da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo propósito era

melhorar a assistência aos doentes mentais a partir dos hospitais psiquiátricos e da renovação da equipe de assistência (COSTA, 2006).

A partir de 1978, inicia-se um movimento nacional, a partir de grandes pensadores responsáveis pelas reformas ocorridas no exterior. No início dos anos 1980 a partir do estabelecimento de um convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), foi implementado um modelo de administração de recursos e hospitais públicos que priorizaria o tratamento ambulatorial e a reinserção social da pessoa em institucionalização prolongada. Em 1982, em meio aos conflitos vivenciados entre o setor público e privados, bem como após a constatação de maus-tratos e mortes não esclarecidas em hospitais psiquiátricos, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), na cidade de São Paulo. Sete anos depois, surge o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, na cidade de Santos, os quais passaram a ser modelos de atuação para todo país (OMS, 2004; NOVAES, 2014).

A Reforma Psiquiátrica deu origem ao modelo de tratamento seguido atualmente no Brasil, que parte da premissa que o tratamento deve estar embasado no Projeto Terapêutico Singular -, seguindo aspectos médicos, biológicos, abordagens psicoterapêuticas e psicossociais em tratamento ambulatorial, com o principal objetivo de reinserção social do usuário. Diante disso, a internação só deve acontecer em casos de surto ou para desintoxicação, seguindo os preceitos da OMS e os Tratados Internacionais de Direitos Humanos, que preconiza internações por breves períodos, optando sempre por uma abordagem voluntária, através da técnica de motivação. Essa abordagem pode ser realizada por equipe multiprofissional por meio da busca ativa, redução de danos e consultórios de rua para aqueles que não mais residem com sua família (OMS, 2004; XAVIER, 2011).

2.1.1 Evolução e legislação do tratamento de transtornos mentais no Brasil

Após muito questionamento sobre as condições de tratamento do paciente psiquiátrico, tomou forma no Brasil, ainda no final da década de 70, um movimento para a reforma psiquiátrica. Os questionamentos principais eram sobre as políticas públicas em saúde mental e o modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos e as características de exclusão social. Esse movimento ganhou força com a Reforma Sanitária e, posteriormente, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOULART, 2007; GOULART; DURÃES, 2010).

Em 2006, a Lei n. 11.343 estabeleceu as medidas direcionadas para a redução dos fatores de risco e vulnerabilidade, e ainda o fortalecimento dos fatores de proteção, bem como sua promoção. No que tange ao tratamento, a lei preconiza que os objetivos principais a ser estabelecidos podem ser: o “não uso”, o “retardamento do uso”, a redução de riscos do uso de drogas, a fim de propiciar a reinserção do usuário (BRASIL, 2006; NOVAES, 2014).

Em 2011, a Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde, instituiu no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial para indivíduos com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Assim, a rede é formada por:

- a) Atenção Básica em Saúde - Composta pela Unidade Básica de Saúde (UBS), Equipe de Consultório na rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centro de Convivência, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
- b) Atenção Psicossocial Especializada - Composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- c) Atenção de Urgência e Emergência - Composta pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências (SAMU) 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório - Composta por Unidades de Acolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas.
- e) Atenção Hospitalar - Composta por Enfermaria especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência
- f) Estratégias de Desinstitucionalização - Composta por Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa.

Em 2012, Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Portaria n. 148, definindo normas e diretrizes para o funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência, no intuito de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar, em hospitais gerais, para indivíduos com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, enfatizando a integração à rede de atenção psicossocial e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio,

aliando as estratégias singulares de redução de danos (BRASIL, 2012; NOVAES, 2014).

Atualmente, a redução de danos é considerada uma abordagem importante, avaliando que alguns usuários apresentaram dificuldades de se manterem em abstinência no tratamento ambulatorial, ocasionando riscos tanto para a sociedade, quanto para sua integridade física e mental. Dessa forma, na redução de danos, o mais importante é a redução dos prejuízos causados pelo uso de substâncias químicas, acreditando na possibilidade de o indivíduo deixar definitivamente de consumir drogas, e o tratamento segue no sentido de diminuir o consumo, e ainda pela substituição de uma substância por outra (MOREIRA; HAIEK; SILVEIRA, 2013).

Devido a divergências quanto à eficácia do tratamento baseado na redução de danos, em 2012, várias agências ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de uma declaração conjunta solicitou aos Estados participantes da ONU o fechamento de centros de detenção e reabilitação relacionados ao tratamento de dependentes químicos, implementando os serviços que preconiza o respeito aos direitos humanos por meio de estratégias de cuidados à saúde comunitários e de forma voluntária. Nesse sentido, a Portaria n. 3.088 do Ministério da Saúde atribui que a internação em unidades de acolhimento, comunidades terapêuticas ou hospitais especializados, só poderão acontecer de forma voluntária (NOVAES, 2014).

2.3 Formação das Comunidades Terapêuticas (CTs) e ampliação da rede de atendimento ao Dependente Químico

Em relação às comunidades terapêuticas, Costa (2009) entende que são instituições não governamentais que oferecem atendimento, mediante a orientação técnica e profissional, ao dependente químico em ambiente não hospitalar, sendo a convivência entre os residentes, o principal instrumento terapêutico. A autora aponta que as comunidades terapêuticas surgiram no Brasil anterior ao estabelecimento de políticas públicas de atenção à dependência química no país.

O termo “Comunidade Terapêutica” se tornou oficial a partir de 2001, aparecendo no título da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), constituindo normas para as clínicas e comunidades terapêuticas. A RDC definiu comunidade terapêutica como qualquer

serviço de atenção a usuários de substâncias psicoativas, conforme o modelo psicossocial (BRASIL, 2001; COSTA 2009). Dessa forma essas instituições funcionam a partir das premissas do modelo psicossocial, visando garantir a atitude terapêutica de suas atividades. Para tanto, utilizam-se métodos, instrumentos, técnicas e conhecimentos científicos, na área da saúde mental, social e física para atendimento de pessoas com dependência química, no intuito de que esses usuários possam permanecer pelo maior tempo possível em abstinência, a partir de um tratamento que se fundamenta no fortalecimento físico, psíquico e espiritual (COSTA 2009; BRASIL, 2017).

Pode-se observar no Brasil, que o surgimento dessas comunidades se deu de forma gradativa, sendo instituídas em grande maioria por instituições religiosas. Costa (2009) aponta dois fatores para o surgimento dessas comunidades, sendo o primeiro, a lacuna deixada pelas políticas públicas, o qual não abarcava um tratamento acessível aos menos favorecidos financeiramente e que tinham como única opção a internação em manicômios, e o segundo pela motivação das instituições religiosas em promover uma “evangelização”, e ainda da necessidade de atender pessoas que procuravam um auxílio para o tratamento da dependência química.

As comunidades terapêuticas fortaleceram conceitos e fundamentadas no voluntariado, na prática assistencialista e no ensino religioso alcançaram resultados bastante significativos. Ao longo dos anos, essas comunidades foram adquirindo auxílio técnico e profissional, a fim de atender as necessidades, cada vez mais complexas, dos usuários, bem como para adequar às normas regulamentadas pela ANVISA, nas RDC n. 101/2001 e RDC 29/2011 e da legislação social vigente. A partir disso, o usuário da comunidade terapêutica, passa a ser considerado em sua integralidade e não dissociado do seu contexto social e familiar (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011; FRACASSO, 2014; FARIA, FRACASSO, 2014).

Como resultado do movimento de reordenamento e reestruturação física, administrativa e técnica, as comunidades terapêuticas, conforme previsto pela Política Nacional de Assistência Social, começaram a integralizar a rede de atendimento sócio-assistencial, bem como a rede de atenção à saúde mental como espaço alternativo de atendimento psicossocial para indivíduos em situação de vulnerabilidade social por uso ou dependência de substância psicoativas. Diante disso, surgem também, instituições como a Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

(FEBRACT), a Cruz Azul do Brasil e os próprios Conselhos antidrogas (nacional, estaduais e municipais), no qual participam representantes de diferentes comunidades terapêuticas (COSTA, 2009; FARIA, FRACASSO, 2014).

Observa-se, portanto, uma interconexão entre as ações das políticas públicas com as comunidades terapêuticas, de forma complementar, visando a promoção de um atendimento qualificado, em que o principal foco é o dependente de drogas, garantindo os direitos e a participação ativa dessas pessoas no processo de tratamento (FARIA, FRACASSO, 2014).

Ainda em relação às comunidades terapêuticas, consideram-se entidades religiosas, uma vez que há um forte impacto da religiosidade e da espiritualidade no tratamento da dependência química, independente da religião seguida, o que sugere que o vínculo religioso pode contribuir para a recuperação e reduzir os índices de recidivas dos pacientes que são submetidos a esse tipo de terapia (SANCHEZ, NAPPO, 2007; FARIA, FRACASSO, 2014).

2.4 Implicações da religião na saúde humana

As implicações da religião na reabilitação da saúde de dependentes químicos têm sido amplamente discutidas por diversos profissionais da área da saúde, e reconhece-se que algumas experiências religiosas constituem paradigmas que não podem ser analisados por métodos de estudos tradicionais (RIBEIRO, MINAYO, 2015).

Estudos epidemiológicos associam a religiosidade com a redução do consumo de drogas e melhores índices de recuperação para pacientes em tratamento médico para a dependência de drogas. A religiosidade atua como protetora ao consumo de drogas entre pessoas que frequentam a igreja regularmente, praticam preceitos religiosos e crêem na importância da religião em suas vidas, ou tiveram educação religiosa na infância (DALGALARRONDO *et al.*, 2004; RIBEIRO, MINAYO, 2015).

Observa-se que a religiosidade facilita a recuperação da dependência e reduz os índices de recaída de pacientes (MEER SANCHEZ, VAN DER, NAPPO, 2008). A religiosidade atua de forma positiva aumentando otimismo, percepção do suporte social, resiliência, estresse e diminuição da ansiedade (NEFF *et al.*, 2006). Para Barret *et al.*, (1988), esse mecanismo relaciona-se a questões sociais como reinserção na sociedade e reestruturação da rede de amigos.

Dessa maneira, quando o familiar e o paciente buscam a religião como forma de tratamento, em geral, procura uma compreensão da doença ou sua última tentativa de recuperação. A religião pode ter um papel fundamental no tratamento de doenças crônicas e severas. Dessa forma, esses indivíduos são beneficiados pelas práticas religiosas, em especial nos períodos que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas estressantes oriundas das condições geradas pela patologia (KOENIG, 2003).

Nessa perspectiva, Dalgarrondo (2008) considera que existe um consenso entre cientistas, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é um importante fator de sentido e ordenação da vida, fundamental em momentos de maior impacto na vida das pessoas. O pesquisador e médico Harold Koenig, em sua obra de 2001 compilou e debateu todas as publicações do século XX, que abordavam esta temática, e enfatiza os benefícios físicos e mentais da religião, proporcionando um sistema imune mais resistente e menor disposição a certas doenças. No entanto, não deixa de apontar para possíveis efeitos inesperados e negativos relacionados ao fanatismo religioso e autopunição (KOENIG, 2003).

Diante do exposto, observa-se que embora a dependência química seja deliberada classificada como uma doença pela OMS, o tratamento não alcança índices favoráveis ao se aplicar apenas os procedimentos clínicos. Diversas organizações civis como igrejas, centros espirituais ou mesmo as de terapias alternativas, mostram números bastante promissores em relação ao tratamento da dependência química.

2.5 Aspectos da religiosidade na busca do “eu existencial” e no tratamento do dependente químico

Desde os primórdios, pode-se observar a busca do homem pela compreensão de diversos fenômenos, por vezes incompreensíveis, como forma de encontrar sentidos e significados para sua existência. Entretanto ao não encontrar respostas aos diversos questionamentos, o homem passa a atribuir a poderes divinos tudo o que é inexplicável ou de difícil compreensão.

Atualmente, pode-se perceber que a religião e a espiritualidade passam a serem compreendidas como parte integrante do ser humano, ou seja, aspecto importante da existência do homem e de suas vivências, uma vez que esse recorre

as suas crenças e fé, diante de situações adversas, ou ainda atribuindo gratidão aos acontecimentos esperados em seu cotidiano (SAVIO, BRUSCAGIN, 2008).

No entanto, faz-se necessário distinguir os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade. Em razão disso, Lopes (2010) menciona que religião refere-se a organização institucional e doutrinária de uma determinada forma de experiência religiosa, enquanto religiosidade está relacionada a forma com que as pessoas vivenciam e ressignificam os símbolos religiosos por meio de suas relações interpessoais. Em relação a espiritualidade, o autor afirma que está associada não somente em dar sentido à vida, mas também com a experiência de cada pessoa.

Lopes (2010) relata ainda que os termos religiosidade e espiritualidade podem se relacionar, em que religiosidade representa a prática e a crença de embasamentos indicados por uma religião ou a busca pessoal pelo entendimento, respostas a questões sobre a vida, seus significados e relação com o sagrado, enquanto a espiritualidade representa “[...] a característica única e individual que pode ou não incluir a crença de um Deus, sendo aquele responsável pela ligação do “eu” com o universo e com os outros” (p. 20).

Nessa perspectiva, o autor caracteriza religiosidade como uma relação do homem com um ser sobrenatural e transcendente, utilizando da espiritualidade para realizar uma conexão com esse “Ser” superior, advindo de um olhar mais profundo de si, um olhar para seu interior, podendo ocasionar grandes mudanças nas pessoas, favorecendo as relações inter e intrapessoais.

No domínio conceitual de Rampazzo (2004), religião é uma atividade pessoal que pode ser chamada de religiosidade, uma atitude complexa que envolve veneração e fascínio diante de um “Ser Divino” para o qual se prestam honras, visando à vinculação do homem com sua origem, sua fé e sua crença em uma dimensão superior. Como instituição social, o autor afirma que as religiões são sistemas originados e dependentes de um fundador que vivenciou uma experiência religiosa. É um sistema permeado de símbolos e tradições favorecendo a tomada de comportamentos religiosos próprios para cada indivíduo.

Em contrapartida, Schmidt (2007) afirma que a religião apresenta-se não somente como uma organização institucional, mas também como uma organização doutrinária, ou seja, se manifesta a fim de inserir nos indivíduos formas de agir e pensar persuasivos e duradouros, como parte da existência do ser humano. Para o autor, está relacionado com o encontro do indivíduo com o seu sagrado em

sincronia, em que o homem busca sua essência a partir de suas vivências cotidianas, e sua conduta moral vai sendo moldada de acordo com as informações e simbolismos.

Na concepção de Koenig (2012), por sua vez, religião é um sistema de crenças e práticas, geralmente fundamentadas por textos e ensinamentos que descrevem o significado, propósito e o lugar do indivíduo nesse mundo, bem como suas responsabilidades e deveres com o outro e com o ambiente que o cerca, favorecendo ainda, o estabelecimento de normas e condutas que devem ser praticados e aceitos pelos membros de uma comunidade. Dessa forma, esse sistema de crenças e atividades pode ser observado por um grupo de indivíduos, sendo sustentados por ritos que idolatram, reconhecem e se comunicam com o sobrenatural e o Sagrado.

Reis (2014) complementa que a religião além de um sistema de crenças, é uma forma particular do agir de um determinado grupo, propiciando a interpretação da vida, a construção de novas identidades e ainda permitindo o domínio do próprio ambiente tanto pelo indivíduo, quanto pelo grupo. E, ainda, pode ser compreendida como manifestação autônoma de uma sociedade capaz de influenciar sobre os processos históricos.

A partir das perspectivas abordadas, faz-se importante ressaltar que a religião tem enorme influência no desenvolvimento humano, uma vez que a existência humana perpassa pelo entendimento da dimensão religiosa na vida do ser humano. Ou seja, as relações entre espiritualidade e religiosidade se aproximam, fazendo-se necessária interação religiosa na caminhada existencial a fim de atribuir os sentidos. Assim, “[...] a experiência religiosa está inserida na caminhada para uma vida plena de sentido, na qual o homem explora a força de sua dimensão espiritual ao passo que dá sentido à sua existência ao mundo” (SOUZA, 2015, p.14).

Do ponto de vista de Koenig (2012), a atividade religiosa pode tanto abarcar um grupo, como também apenas o indivíduo, sendo que a religiosidade organizacional está associada com a participação de serviços religiosos, tais como: a reunião de um grupo para estudo de textos, orações e atividades relacionadas à igreja como arrecadação de fundos, o evangelismo, entre outros. A religiosidade não organizacional por sua vez está relacionada às atividades que realizada individualmente, em que o indivíduo busca se relacionar com Deus, orar, estudar os

textos sagrados, praticar rituais, escutar ou assistir programas religiosos, de forma individualizada, privada, em particular.

O autor ainda descreve que existe um formato não tradicional da religião que envolve a astrologia, adivinhação, bruxaria, invocação de espíritos, práticas indígenas e folclóricas ou animistas relacionado ao sobrenatural. Assim, o autor explica que religião é um “[...] domínio exclusivo com várias dimensões que podem ser medidas, quantificadas e examinadas em relação a resultados de saúde e médicos” (KOENIG, 2012, p.12).

Atualmente, muito tem se discutido acerca da importância da religiosidade na saúde e/ou bem-estar dos indivíduos. Um estudo demonstrou que a religiosidade pode promover suporte, por meio da aceitação, promoção do comportamento resiliente, proporcionando o perdão a si e ao outro, o desenvolvimento da autoconfiança e da autoimagem positiva. No entanto, pode também fornecer aspectos negativos, relacionado com a culpa, ansiedade, autocrítica e depressão (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, Panzini e Bandeira (2007) apontam que o enfrentamento religioso positivo, ou seja, aquele que está relacionado com a forma de encontrar respostas que proporcionem uma vivência positiva em meio a situações estressantes, bem como, a busca pela ajuda mútua que apoia e conforta espiritualmente a si e as outras pessoas, ou ainda a busca para encontrar novos caminhos para sua vida quando os caminhos atuais não são mais viáveis, podem favorecer a manutenção da saúde e a prevenção de doenças. Dessa maneira, os indivíduos, podem encontrar nas práticas religiosas, atividades que possam proporcionar a auto expressão, o autoconhecimento, mudanças de personalidade, diminuição das tensões, ansiedade, e culpa favorecendo uma estabilidade emocional.

Como bem detalha Reis (2014), existe grande distinção entre a religião e a espiritualidade. Dessa maneira, para o autor, o desenvolvimento da espiritualidade independe de seguir qualquer instituição ou crenças religiosas, sendo que a espiritualidade está relacionada com a essência, ou seja, é a expressão do jeito de ser de uma pessoa, a forma com que ela leva a vida, está associada à missão individual de cada ser e a busca de seu crescimento intrapessoal e de um sentido existencial. Enquanto, a religião seria a forma da expressão da espiritualidade e está

associada ao relacionamento interpessoal, ou seja, é destinada a um grupo de pessoas que se reúne em um mesmo espaço de tempo e local.

Fortalecendo esse pensamento, Koenig (2012) salienta sobre a dificuldade de definir a diferença entre as palavras religião e espiritualidade, e menciona que é preciso distinguir a espiritualidade de outros conceitos psicossociais, como bem-estar psicológico, altruísmo, perdão, humanismo e qualidade de vida. Portanto, a espiritualidade deve ser única e ser diferenciada de qualquer outro fenômeno, para que possa ser correlacionado ao aspecto da saúde, por exemplo.

O autor menciona ainda que o conceito de espiritualidade ampliou na atualidade para abarcar conceitos como propósito e significado, paz de espírito, bem-estar pessoal e felicidade. Conceitos esses que estão relacionados à dimensão psicológica positiva. Dessa forma, o termo espiritualidade pode ser redirecionado em termos de “auto realização subjetiva” (KOENIG, 2012, p.10).

Em 1999, a *Association of American Medical Colleges* (AAMC) enfatizou o reconhecimento da espiritualidade como fato que pode contribuir para a saúde dos indivíduos, uma vez que a espiritualidade pode exercer influência na forma com que pacientes e profissionais da saúde percebem a saúde e doença e a forma como interagem entre si. Dessa maneira, segundo a AAMC, o conceito de espiritualidade está presente em todas as culturas e sociedades, podendo ser expresso pela busca da pessoa por um sentido através de sua participação em atividades religiosas, ou ainda pela crença em Deus, na família, no naturalismo, no racionalismo, no humanismo e nas artes.

Já, Annandaraja e Hight (2001), ressaltam a importância de esclarecer a diferença entre religião e espiritualidade, defendendo que uma definição ampla e universal de espiritualidade deve abranger tanto perspectivas religiosas, como perspectivas não-religiosas.

Nessa perspectiva, as autoras explicam que a espiritualidade é um aspecto multidimensional e complexo da experiência humana, e apontam ainda que é necessário abarcar três aspectos, sendo eles: a) aspectos cognitivos, que envolve a busca por um significado e/ou propósito na vida, sendo os valores pelos quais cada pessoa vivencia cada experiência; b) aspectos emocionais, que estão relacionados com os sentimentos de amor, esperança, paz, conforto, apoio, refletindo na qualidade dos recursos internos de enfrentamento de cada pessoa, bem como na capacidade de obter e manter relacionamentos inter e intrapessoais, relacionamento com o meio ambiente e com o transcendente; e por fim, c) aspectos

comportamentais, que estão diretamente associados a maneira como cada um manifesta suas crenças e valores espirituais.

Annandaraja e Hight (2001), as pessoas podem encontrar espiritualidade não somente através da religião ou do relacionamento com Deus, mas também podem encontrar, através do envolvimento com a natureza, com a música e as artes, por meio de um conjunto de crenças, valores, e ideais, ou ainda pela busca de uma verdade científica.

Em acordo com exposto, Puchalski (2006), conceitua espiritualidade como a busca inerente de cada pessoa pelo significado e propósito da vida. Sendo que esse propósito poderá ser encontrado não somente na religião, mas também no relacionamento com Deus e/ou com uma figura divina, com o outro, com a natureza, com a arte e com pensamento racional. Ou seja, a espiritualidade, está na própria natureza da relação do paciente e da equipe de saúde.

No tocante da relação do homem com a espiritualidade, pode-se observar que a espiritualidade acompanha o homem em uma relação diretamente associada à sua inteligência e sua alma em oposição às coisas materiais, sendo que ao abordar a dimensão espiritual do ser humano, em que se passou a considerá-lo com ser para além de corpo, emoções e matéria (REIS, 2014).

Pode-se considerar, portanto, que a espiritualidade, e algo inerente à vivência humana, podendo ser compreendida como uma força capaz de extrair de cada indivíduo aquilo que há de mais saudável, propiciando a cada pessoa experiências com o mundo que o cerca de forma mais completa e integrativa, favorecendo experimentar sensação de liberdade, consciência e intensidade em sua plenitude (VASCONCELOS, 2008).

Argumentando acerca do valor da relação do homem com a espiritualidade, Luz (2007), explica que a preocupação com a razão da nossa existência, bem como o significado de nossas vidas, vai sendo direcionada conforme vai se avançando nesse entendimento, e permitindo adquirir uma espiritualidade que representa nossa crença na existência de um ser criador, de um poder sobrenatural que direciona os acontecimentos no universo. Dessa forma, o autor defende, que à medida que cada indivíduo faz reflexões sobre sua existência e o sentido de sua vida, o mesmo está buscando a transcendência, podendo adotar, de forma mais consciente e efetiva, uma prática religiosa para a sua vida.

Assim, de acordo com a fundamentação de Luz (2007), a fé surge a partir dessa transcendência religiosa. Assim, a fé que cada pessoa deposita nesse ser supremo, não só impulsiona como também mantém a busca constante pelo sentido existencial, podendo, portanto, ser considerada uma base, um alicerce para a vida de uma pessoa, em que o impossível torna-se possível, permitindo ao indivíduo vivenciar experiências diversas. A fé torna-se associada ao posicionamento da pessoa com vida, é um ato que proporciona confiança, que dá sentido à vida de cada pessoa, que transforma o modo de olhar de cada um para si, e para tudo o que o cerca. No entanto, de acordo com o autor, a fé necessita ser edificada e exercitada, fato que acontece devido o homem estar em constante busca do significado para sua vida.

Essas concepções se justificam a partir dos pensamentos de Sávio e Bruscagin (2008), indicam que a fé em Deus pode influenciar a vida das pessoas, uma vez que os princípios e as experiências espirituais são capazes de mudar o comportamento de cada indivíduo, influenciando no estilo de vida das pessoas, na sua identidade e nas suas atitudes, considerando que os ideais e concepções religiosas são capazes de propiciar um referencial de comportamentos.

Nessa perspectiva, pode-se considerar que a ideologia espiritual favorece o estabelecimento de uma estrutura moral e referencial, nos auxiliando a fundamentar os valores de saúde mental, uma vez que se observa o mundo permeado por esses valores. Compreende-se que os aspectos culturais e espirituais estão relacionados, no sentido que contribuem com a formação da identidade de cada indivíduo e de seus conceitos, ideais e valores, fazendo parte da história de vida de cada indivíduo, favorecendo a visão de mundo e a forma que uma vivência suas experiências. Dessa maneira, a forma que cada indivíduo enfrenta as experiências de sofrimento, e as adversidades podem ser influenciadas pela espiritualidade (BRUSCAGIN, 2008; KOENING, 2012).

É durante a formação da identidade, que o indivíduo lança mão de concepções que propiciam o senso de direção, assim como, a formação da autoimagem, autoconceito e autoestima, resultando na forma como esse indivíduo irá ver a si próprio, o outro e o mundo que o cerca. Essa forma de ver o mundo, influenciada pela religiosidade, pode interferir na saúde mental os indivíduos, uma vez que a religião pode indicar ou proibir atitudes e comportamentos, influenciando no estilo de vida de cada pessoa, levando a mesma a refletir sobre suas concepções

e sobre sua forma de se alimentar, conduzir automóveis, ter relações sexuais, uso de substâncias lícitas e ilícitas, educar os filhos, e no relacionamento conjugal. E, ainda, sendo capaz de oferecer suporte psicossocial, ao favorecer o sentimento de pertencimento a um grupo, podendo facilitar na adesão a programas de promoção à saúde (BRUSCAGIN, 2008; KOENING, 2012).

Estudos realizados por Boff (2001 *apud* Reis, 2014), demonstra que há um movimento direcionado a redescoberta, bem como o entendimento da importância da espiritualidade, como uma dimensão profunda do ser humano a ser considerada, e ainda como forma de dar espaços para trazer à tona conflitos existenciais e ainda de solucioná-los de forma pacífica e confortável para o ser humano enfrentar.

De acordo com a perspectiva abordada até o presente momento, pode-se observar a importância da religiosidade, bem como da espiritualidade no contexto da saúde, o que tem sido cada vez mais considerada pela ciência e pela medicina.

Tendo em vista esse panorama, Pulchalski (2006) evidencia que as pesquisas sobre espiritualidade e saúde começa a ganhar destaque em 1960, através de um estudo realizado sobre o papel da religião na saúde mental, tendo um crescente número de estudos realizados a partir de 1980, enfatizando o papel da religião na saúde física e mental. O autor cita que a partir de 1990, começa a surgir estudos que indicam que muitos indivíduos utilizam suas crenças espirituais ou religiosas no enfrentamento de doenças, e ainda, que muitos pacientes relatam que gostariam de ter seus problemas espirituais abordados pela equipe de saúde.

Assim sendo, as crenças espirituais, religiosas e culturais podem impactar a tomada de decisão em saúde, sendo que as comunidades religiosas e espirituais podem tornar-se importantes redes de apoio e suporte no enfrentamento de doenças. Dessa maneira, pode-se considerar imprescindível que a equipe de saúde saiba como abordar as questões de religiosidade e espiritualidade, bem como criar espaços onde os pacientes possam compartilhar suas preocupações ou sofrimento espiritual. Reconhece-se, portanto a importância de discutir as crenças espirituais dos pacientes de uma maneira respeitosa, centrada no paciente e nunca impondo o sistema de crença ou falta desta de qualquer profissional da equipe de saúde (ZERBETO, 2017).

Estudo realizado por Souza (2015), enfatiza que a saúde física e mental, pode ser associada com a religiosidade e a espiritualidade, uma vez que pode-se observar resultados positivos na redução do índice de suicídio, uso/abuso de drogas

e/ou álcool, na delinquência e na depressão, no aumento do bem-estar e da longevidade dos indivíduos que dela utilizam. Assim, pode-se observar que o envolvimento religioso está diretamente associado com o menor índice de uso e abuso de substâncias químicas, bem como, com a diminuição da prevalência de transtornos de ansiedade e depressão, comportamento antissocial, uso de álcool e nicotina (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006).

Muitos estudos demonstram que a religiosidade é um fator protetor ao uso e abuso de substâncias químicas (ZERBETO, 2017). O envolvimento em atividades religiosas está ligado ao aumento do otimismo perante as dificuldades da vida auxiliando também no desenvolvimento da resiliência, na diminuição dos níveis de estresse e ansiedade. O apoio emocional ajuda na ressocialização do dependente químico, através de uma rede de relações interpessoais e ocupação de períodos ociosos por meio do voluntariado. Segundo os autores, alguns espaços religiosos oferecem ainda acompanhamento psicológico em que se valoriza as habilidades e os potenciais de cada indivíduo, bem como suporte sem julgamentos das lideranças religiosas, propiciando auxílio na reformulação da estrutura familiar, que pode promover a recuperação e a diminuição das recaídas (SANCHEZ, NAPPO, 2008; RIBEIRO, MINAYO, 2015).

Em sintonia com esse pensamento, Henning (2009) ressalta que na clínica psicológica a religiosidade está intimamente relacionada com a promoção de saúde, sendo que pode também aparecer como resistências, dificultando o processo, uma vez que essas resistências se apresentam como mecanismos de defesa em prol da manutenção de sintomas, culpas, sendo manifestadas através de discursos sobre o pecado.

De acordo com a perspectiva apresentada, surge o seguinte questionamento: Como a espiritualidade pode auxiliar no processo de recuperação do dependente químico?

Sabe-se que o processo de recuperação é contínuo exigindo do dependente um novo estilo de vida, passando por mudanças pessoais. A prática da espiritualidade pode auxiliar a pessoa dependente de substâncias químicas ao proporcionar o alívio e mudança da auto percepção e auto conceito, proporcionando *insights* e auto perdão bem como uma mudança na forma de perceber e enxergar o ambiente em que se vive (SOUZA, 2015).

Ressaltando essa ideia, pode-se observar que a experiência religiosa propicia a mudança na visão de mundo da pessoa, favorecendo um novo olhar e

compreensão de tudo que o cerca, expandindo o contexto a partir do comportamento e do pensamento. Ou seja, o que se transforma é o tipo de questionamentos e o resultado da compreensão acerca desses questionamentos (BRUSCAGIN, 2008). Nesse sentido, a prática da religião pode oferecer suporte por meio da resiliência, enfrentamento, aceitação, resultando na aquisição de uma paz interior, autoconfiança, perdão de si e do outro, autoimagem positiva e a doação (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006).

Nesse aspecto, as transformações devem ocorrer de forma sucessiva, mesmo após a recuperação, sendo que, ao retornarem para sua vida cotidiana e conseqüentemente às redes de relacionamentos interpessoais a qual pertence, a espiritualidade pode influenciar na melhoria dos relacionamentos por meio do respeito às pessoas, sentimento de alívio, autocontrole, cuidado com corpo físico e possibilidade de falar dos problemas. Portanto, ao desenvolver o respeito a si, o indivíduo inicia o desenvolvimento do respeito ao próximo, modificando sua forma de interagir com as pessoas de seu convívio (SOUZA, 2015).

De acordo com Dalgarrondo *et al.*, (2006), com essa ideologia, ressalta que a espiritualidade favorece a melhoria da qualidade dos relacionamentos interpessoais, uma vez que está aliada ao crescimento pessoal, tanto em aspectos relacionadas a sua auto percepção, autoconhecimento, sentimento de bem-estar, quanto em aspectos que envolvem empatia e respeito ao próximo.

Em vista disso, estudos apontam que os ritos religiosos podem promover alterações do nível de consciência do indivíduo, produzir catarse, estados dissociativos e espaço para auto expressão, justificando assim, a substituição do uso de drogas pela espiritualidade. Outro aspecto observado é que a espiritualidade tem a capacidade de ajudar as pessoas na imposição de limites, através da negação da própria vontade, resultando no autocontrole envolvendo o uso de substâncias químicas, a agressividade e a participação de eventos de ativa (PANZINI, BANDEIRA, 2005; RIBEIRO, MINAYO, 2015).

Em consenso, Savio e Bruscin (2008), mencionam que a religiosidade estimula comportamentos saudáveis e no estilo de vida da pessoa, uma vez que atua como reguladora de comportamentos e atitudes. Assim, de acordo com os autores, a pessoa passa a pensar melhor na sua alimentação, e em seus comportamentos e atitudes em geral, tais como: a forma que conduz automóveis, as relações sexuais, o consumo de substâncias lícitas e ilícitas, a maneira de educar os

filhos e de se relacionar com o cônjuge, bem como o seguimento ou não de prescrições médicas e terapêuticas.

Consonante, Moreira-Almeida *et al.*, (2006) complementam que, a religião é capaz de influenciar de forma positiva a saúde mental das pessoas, por meio da aquisição de um estilo de vida que estimula hábitos saudáveis, favorecendo uma rede de valores que auxilia no enfrentamento do estresse, sofrimentos e problemas do dia-a-dia. Dessa forma, o relacionamento com um ser superior, pode proporcionar ao indivíduo uma reflexão sobre os percalços da vida, permitindo dar voz aos sentimentos e emoções decorrentes de situações adversas, promovendo bem-estar e melhor qualidade de vida.

3 DADOS EMPÍRICOS

3.1 Instituição Médico-Hospitalar

A instituição trata-se de um Centro de Referência e Excelência em Dependência Química, sendo um serviço de saúde que cuida do usuário de drogas, legais e/ou proibidas, de maneira integral com vista à qualidade de vida.

O centro é totalmente público e exclusivamente custeado com recursos da Secretaria Estadual de Saúde/ SUS, tendo como objetivo capacitar o indivíduo a percorrer o caminho do autodesenvolvimento, como total responsabilidade de seus atos e vida. Vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, a unidade terapêutica é um complemento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com singular e profissional estrutura terapêutica e arquitetônica.

A instituição disponibiliza 96 (noventa e seis) leitos e 02 (dois) ambulatórios (adulto e infanto-juvenil), de ambos os sexos, preparados para realizar em média cerca dois mil atendimentos mensais, composto por uma equipe multidisciplinar (Médico psiquiatra, Enfermeira, Assistente Social, Musico terapeuta, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional).

A instituição atende 02 (duas) demandas de atendimento, sendo um ambulatorial onde o paciente recebe acompanhamento no ambulatório uma vez por semana pela equipe, disponibilizando de orientações, atendimento e medicações paliativas. E, a demanda de internação que pode acontecer de 03 (três) formas, que se respalda por meio da Lei n. 10.216/01:

- Internação Voluntária: Realizada com o consentimento do usuário;
- Internação Involuntária: Realizada sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro; nesse caso, o Responsável Técnico do estabelecimento onde ocorreu a internação deve comunicar ao Ministério Público Estadual em 72 horas tanto na entrada quanto na saída do paciente;
- Internação Compulsória: É aquela determinada pela Justiça diante da falha dos meios de tratamentos alternativos e com um laudo médico que prescreva tal tipo de tratamento desde que inexista um familiar que possa se responsabilizar pelo dependente químico que ocorre mediante a judicial.

A internação ocorre por um período de 03 (três) meses onde o usuário receberá acompanhamento dos profissionais de saúde, medicações para desintoxicação, atividades recreativas com esportes, terapia em grupo e o isolamento terapêutico. Após a alta dos 3 meses de internação, esse indivíduo receberá o acompanhamento semanal com a equipe multiprofissional, sem precisão de término, ficando disponível para a demanda e necessidade do indivíduo. É importante ressaltar que quando se trata de uma internação voluntária, esse usuário tem o direito e a possibilidade de solicitar a sua alta no momento que ele desejar, não precisando concluir o período de 3 meses.

A instituição trabalha com o método medicamentoso o qual busca nas medicações efeitos similar daqueles que são encontrados nas drogas ilícitas, sabe-se que o uso da cocaína causa inicialmente o aumento dos neurotransmissores dopamina e serotonina, responsáveis pelos efeitos de bem-estar sendo essencial contra a depressão “Hormônio da felicidade” e na comunicação entre os neurotransmissores. A desregulação destes neurotransmissores a abstinência de drogas podem causar o desenvolvimento de “fissura” ou craving (SOFUOGLU; KOSTEN, 2006). Além do uso de farmacológico no tratamento, a instituição possibilita também o acompanhamento clínico e comportamental com equipe multidisciplinar.

3.2 Instituição religiosa

A instituição é um projeto que se iniciou em 1992, fundada por um Pastor de uma congregação Cristã Evangélica, que tem desenvolvido um trabalho de apoio espiritual e social em prol de dependentes químicos que desejam se tratar. A instituição é sem fins lucrativos, que recebe ajuda e doações de terceiros, composta de assistente social e psicólogo que prestam trabalho voluntariado uma vez por semana. O espaço físico corresponde em uma zona rural, no qual residem até 80 (oitenta) internos, sendo, do sexo masculino, maiores de 18 (dezoito) anos em busca de tratamento da dependência de substância química (internação voluntária).

A internação corresponde com o isolamento social do indivíduo, correspondendo a 09 (nove) meses de internação, incluindo a desintoxicação pela abstinência da substância química. Os procedimentos da instituição incluem:

- Atividade recreativa com os internos;
- Atividades artesanais para o comércio (vasos de barro e quadros);
- Serviço voluntariado para comunidade (limpeza de lote);
- Serviço de Marcenaria;
- Serviço de Construção Civil;
- Atividade para manutenção da instituição (refeição, limpeza e roupas); e
- Cultos Evangélicos 3 (três) vezes ao dia.

Acredita-se que esses fatores são componentes fundamentais para reabilitação desse usuário e o preparo para profissionalizar e voltar a viver em sociedade de forma digna e respeitosa. Além desses fatores estruturais a instituição se direciona da fé e religiosidade para o processo de libertação e cura da dependência química ocorrendo de forma espontânea uma vez que a desintoxicação inicia-se no momento da internação (SOUZA, 2018).

O período de internação de 09 (nove) meses é fracionado em trimestres, onde o interno pode retornar ao convívio com a família e sociedade por tempo determinado (final de semana) com o objetivo de avaliar a interação do usuário com o mundo externo. É importante ressaltar que quando se trata de internação voluntária, esse usuário tem o direito e a possibilidade de solicitar a sua alta no momento que ele desejar, não precisando concluir o período de 09 (nove) meses de tratamento.

3.3 Perfil socioeconômico e cultural dos participantes da pesquisa

Foram entrevistados 15 (quinze) participantes, do sexo masculino de cada instituição, no período de setembro a novembro de 2018, perfazendo o total de 30 entrevistados. Esse perfil de participante foi escolhido por se tratar de um método comparativo, sendo que apenas uma das instituições atende dependentes de ambos os sexos e com idade menos que 18 (dezoito) anos. A idade média dos entrevistados foi de 37,2 anos, em que a mínima foi de 24 anos e a máxima de 57 anos, com desvio padrão de 8,39.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável e transcrita na íntegra e os dados foram analisados conforme mencionados na metodologia. Dessa forma, foram descritos os dados comparativos das duas instituições.

Em relação ao estado civil, ambas as instituições demonstraram que predominantemente recebem homens solteiros, perfazendo um total de 80% dos participantes, enquanto, casados e divorciados somaram o total de 20% da amostra.

A religião evangélica predominou tanto na instituição Religiosa quanto na instituição Médico-Hospitalar. Na instituição Religiosa 86,66% dos internos se auto declararam evangélicos, 6,66% se auto declararam cristãos e outros 6,66% declararam ser católicos, enquanto, na instituição Médico-Hospitalar 53,33% dos internos se auto declararam evangélicos, 20% se auto declararam católicos, 13,33% dos internos se auto declararam pertencentes a umbanda, e 13,33% dos internos disseram não ter nenhuma religião.

A cor parda predominou em ambas as instituições, perfazendo o total de 46,66% dos entrevistados na instituição Médico-Hospitalar e 66,66% na instituição Religiosa, seguido da cor branca, em que 33,33% dos participantes da instituição Médico-Hospitalar se autodenominavam brancos e 20% da instituição Religiosa.

A respeito da escolaridade a instituição Médico-Hospitalar apresentou maior heterogeneidade refletindo também no resultado associado a renda. Dessa forma, os dados apresentaram tanto participantes analfabetos quanto participantes com nível superior completo. No entanto, de forma geral, os dados apontam que 46,66% dos participantes possuem Ensino Fundamental Completo, e 23,33% do total de entrevistados possuem o Ensino Médio Completo.

Relativamente à renda mensal, 46,66% do total de participantes mencionaram não possuir nenhuma renda, 40% dos entrevistados disseram ter renda de até 2 (dois) salários mínimos e 13% relatam renda superior a 2 (dois) salários mínimos.

Em relação à renda e a situação financeira/funcional, Fernandes *et al.*, (2017) chamam a atenção para a necessidade de planejar serviços de atendimento, com o intuito de que haja o ajustamento necessário à continuidade do tratamento, a partir da ampliação ou a criação de horários alternativos para atendimento, evitando o abandono do tratamento decorrente da necessidade do paciente de buscar emprego.

A Tabela 1 demonstra o comparativo dos dados do perfil demográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 1. Perfil socioeconômico e cultural dos participantes da pesquisa.

Características	Avaliação n* (%)	
	Médico-Hospitalar	Religiosa
Estado Civil		
Solteiro	13 (86,6)	11(73,3)
Casado	1(6,6)	2 (13,3)
Divorciado	1 (6,6)	2 (13,3)
Cor/Raça		
Branco	5 (33,3)	3 (20,0)
Pardo	7 (46,6)	10 (66,6)
Preto	2 (13,3)	1 (6,6)
Amarelo	1 (6,6)	1 (6,6)
Escolaridade		
Analfabeto	2 (13,3)	0 (0,0)
Fundamental Incompleto	7 (46,6)	7 (46,6)
Fundamental Completo	0 (0,00)	4 (26,6)
Médio Completo	3 (20,0)	4 (26,6)
Superior Incompleto	1 (6,6)	0 (0,0)
Superior Completo	1 (6,6)	0 (0,0)
Não respondeu	1 (6,6)	0 (0,0)
Renda		
Sem Renda	6 (40,0)	8 (53,3)
Até dois salários	5 (33,3)	7 (46,6)
Acima de dois salários	4 (26,6)	0 (0,0)
Religião		
Evangélico	8 (53,3)	13 (86,6)
Cristão	0 (0,0)	1 (6,6)
Católico	3(20)	1 (6,6)
Umbanda	2 (13,3)	0 (0,0)
Sem Religião	2 (13,3)	0 (0,0)

*n = número de sujeitos.

3.4 Drogas mais utilizadas pelos participantes da pesquisa

Em relação às drogas ilícitas mais consumidas pelos participantes dessa pesquisa foram citadas: a cocaína (93,3%), a maconha (86,6%) e o crack (80%), como apresentado no Gráfico 1:

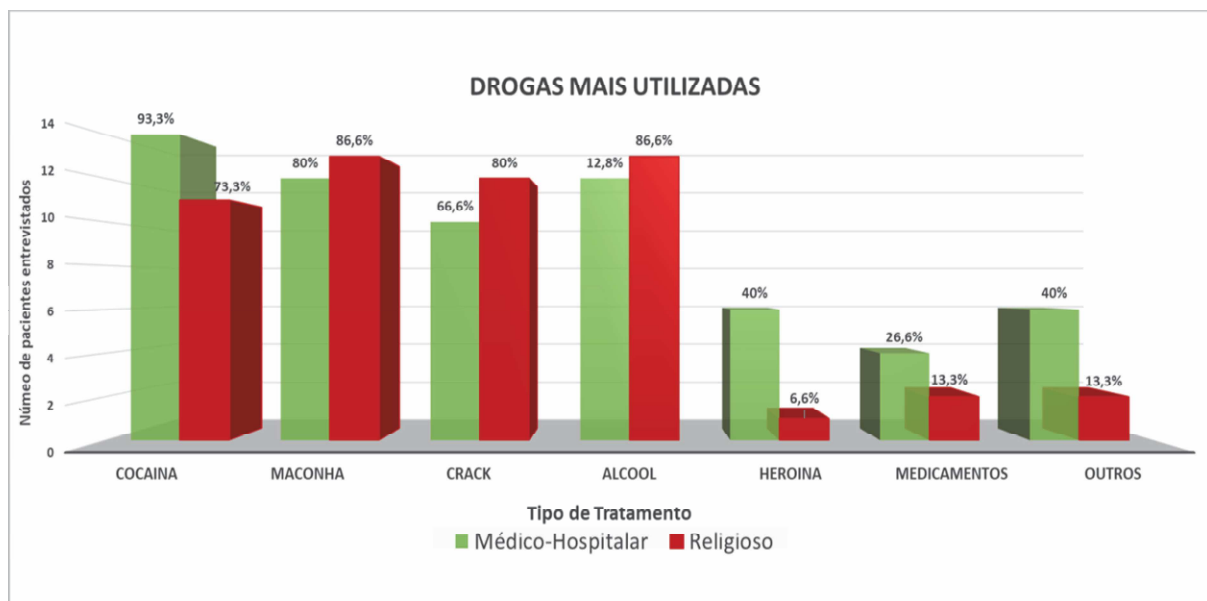


Gráfico 1. Drogas mais utilizadas pelos participantes da pesquisa. Em “outros” foram citados a cola e solventes.

O gráfico comparativo mostra que as drogas mais utilizadas pelos usuários da instituição médico-hospitalar foram à cocaína, utilizada por 93,33% dos entrevistados, seguida da maconha, relatado consumo por 80% dos mesmos. Já na instituição religiosa, as drogas mais utilizadas, foram à maconha em seguida o crack, relatado por 80% dos participantes. Ressalta-se que 83,3% dos participantes desse estudo também mencionaram serem dependentes de álcool, no entanto enfatiza-se nessa descrição apenas as drogas ilícitas.

Esse resultado pode ser consequente da diferença de níveis de escolaridade e renda familiar, que conforme mencionada anteriormente, apresenta-se um pouco maior na instituição médico-hospitalar, podendo favorecer assim o acesso a drogas de valor mais elevado como a cocaína.

Em estudo, Soldera *et al.*, (2004) demonstraram que as drogas mais utilizadas pela população brasileira foram o álcool (11,9%), seguido pelo tabaco (11,7%) e a maconha (4,4%) que foi a mais utilizada entre as drogas ilícitas seguido da cocaína (3,9%). No estudo de Ventura *et al.*, (2009) os familiares entrevistados relataram que as drogas mais utilizadas pelos usuários fora a maconha (89%), seguida do crack/cocaína (61%), alucinógenos (24%), cola e outros inalantes (22%) e heroína/ópio (2%). O autor relata ainda que a sociedade mostra maior tolerância ao uso da maconha, considerando-a uma droga leve, apesar das evidências demonstrarem as sérias implicações do uso abusivo dessa substância para a saúde física e mental.

Em relação à cocaína, estudos mencionam a preocupação com os indicadores estatísticos que apontam para o crescimento do uso dessa droga, uma vez que o uso crescente da mesma na forma de *crack* implica no desenvolvimento rápido do quadro de dependência, bem como no envolvimento com atividades criminosas e o desenvolvimento de quadros psicóticos graves (BRASIL, 2009; ANDRADE *et al.*, 2010; CARLINI *et al.*, 2010).

3.5 Aspectos motivacionais avaliados na pesquisa

3.5.1 Motivação para iniciar o consumo de drogas

A curiosidade foi a motivação mais relatada nas entrevistas dos participantes dessa pesquisa, alcançando (86,6%), como mostrado no Gráfico 2.

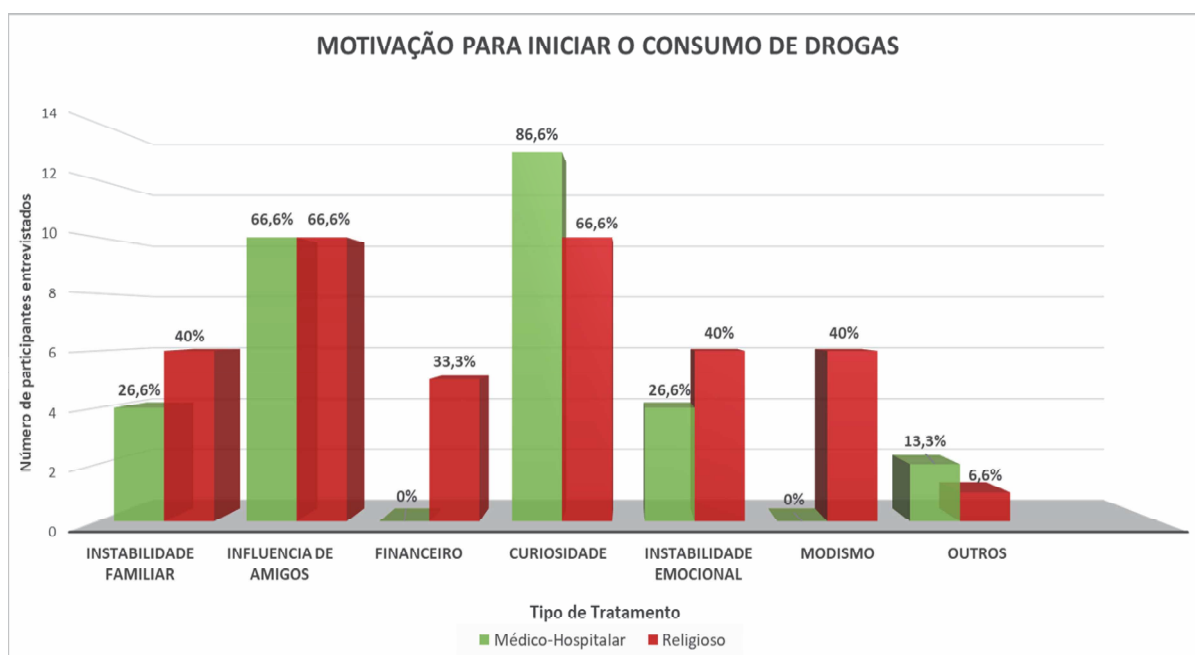


Gráfico 2. Motivação para iniciar o consumo de drogas, relatada pelos participantes.

O segundo motivo mais relatado foi à influência de amigos, sendo mencionada por 66,6% dos entrevistados como principal motivo para o início do consumo de drogas. Um dos entrevistados relatou que a motivação tanto para o início quanto para a permanência do uso da droga foi o fato da necessidade de se prostituir por necessidade financeira.

Embora não tenha sido abordado pela nossa entrevista, bem como relatado pelos participantes à idade de início do consumo de drogas, os dados apresentados

nos levam a acreditar que pode ter ocorrido na adolescência, devido à curiosidade e influência de amigos terem grande peso nesse período da vida. Nesse sentido, conforme aborda Marques e Cruz (2000) o jovem não aceita orientações, pois passa por um período de individualização em que se permite passar pela experiência de ser adulto, tendo poder e controle de si, se afastando da família e aderindo a seus pares. Assim, se seu grupo estiver em contato com substâncias químicas o levará a experimentar essas substâncias, seja pela curiosidade, seja pela pressão de pertencimento ao grupo. Dessa forma a adolescência é considerada o período de maior vulnerabilidade para iniciar o uso de drogas.

Em relação à família, Schenker e Minayo (2005) enfatizam que o risco para o jovem nesse período está diretamente relacionado à ausência de união ou relacionamento próximo entre pais e filhos, envolvimento materno insuficiente ou pouco satisfatório, práticas educacionais ou disciplinares inconsistentes e excessiva permissividade, entre outros. As autoras citam ainda que a falta de motivação para os estudos, a evasão e o mau desempenho escolar também são fatores desencadeantes para o início de consumo de drogas entre os jovens.

3.5.2 Motivação para iniciar e permanecer no tratamento

Dentre as motivações para permanecer no tratamento 83% dos participantes relataram que fatores pessoais eram os que mais influenciavam nesta decisão, tais como sonhos, valores e projetos de vida. Em seguida a família, foi mencionada por 40% dos participantes como principal influência para se manterem em tratamento.

Vale enfatizar que 86,66% dos participantes da instituição Médico-Hospitalar relataram perspectiva de trabalho, crescimento pessoal e vontade de viver uma vida melhor como motivação para prosseguir o tratamento. Embora essas motivações pudessem se encaixar na categoria “pessoal”, esses participantes categorizaram essas motivações em “outros”, e optou-se por respeitar a categorização desses participantes. O Gráfico 3 aponta esse comparativo.

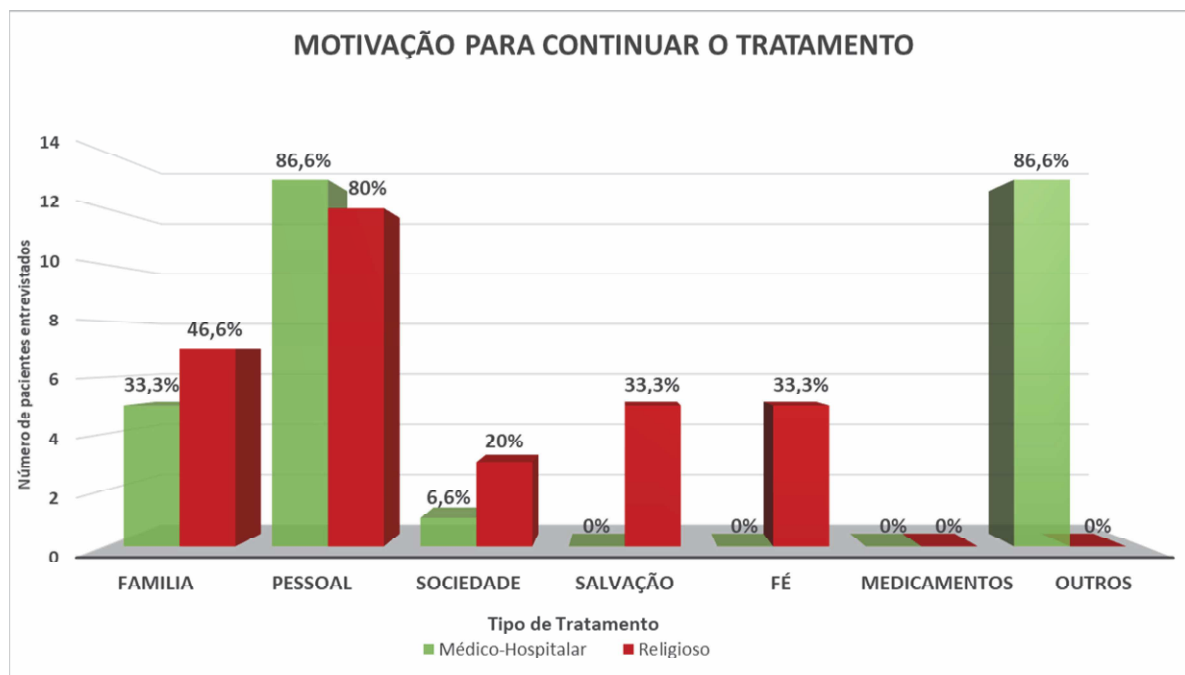


Gráfico 3. Motivação para continuar no tratamento relatado pelos participantes.

Em relação a começar e dar continuidade ao tratamento, Ferreira *et al.*, (2015) relataram que a família foi apontada como principal motivador, evidenciando o incentivo e o retorno da confiança da mãe, bem como o desejo de reaproximação com os filhos e cônjuge. Além disso, o estudo demonstrou que o suporte e o apoio oferecido pelas equipes de saúde para superarem os desafios, bem como a valorização dos pequenos ganhos foram fatores relevantes que influenciaram na continuidade do tratamento. Esses dados corroboram com os resultados encontrados em nosso estudo. Aqui, se apresentam como motivações pessoais e outros. Os participantes de ambas as instituições evidenciaram que as equipes foram fundamentais no oferecimento de apoio e suporte para que retomassem objetivos e sonhos antigos. Esses dados serão relatados com mais detalhes posteriormente.

A Tabela 2 apresenta dados relativos ao tratamento dos participantes deste estudo. O tempo médio de abstinência foi de 5,45 meses para os pacientes em tratamento na instituição médico-hospitalar e de 10,2 meses para os pacientes em tratamento na instituição religiosa. Vale mencionar que os pacientes da instituição religiosa apresentaram tempo de abstinência mais homogêneo, variando de 6 a 17 meses. Enquanto na instituição Médico-Hospitalar os dados variam de poucas horas, dias, semanas, até 18 meses.

Outra questão que se pode observar nos relatos é o fator “recaída” e do retorno ao tratamento. Na instituição médico-hospitalar, pode-se observar que um maior número de entrevistados, totalizando o percentual de 53,3% buscaram tratamentos por mais de 4 (quatro) vezes, sendo que houve relatos de usuários que iniciaram tratamento por mais de 20 (vinte) vezes. Enquanto, na instituição religiosa a maioria dos participantes, ou seja, 93,3% dos entrevistados estavam buscando pela primeira vez (33,3%), segunda vez (46,6%) ou terceira vez (13,3%).

A respeito do tipo de tratamento, a maioria dos usuários entrevistados na instituição religiosa (86,6%) passaram apenas por tratamentos em instituições religiosas. Já, os usuários da instituição médico-hospitalar mencionaram ter recebido outros tipos de tratamento, sendo que 53,3% dos entrevistados só recebeu tratamento Médico-Hospitalar, e 40% dos participantes já haviam recebido tanto tratamento Médico-Hospitalar, quanto religioso. Um dos entrevistados da instituição médico-hospitalar mencionou já ter sido internado compulsoriamente diversas vezes.

A cerca do tipo de acompanhamento recebido após a alta, observa-se que os participantes continuam sendo acompanhados pela instituição em que recebeu tratamento, conforme pode-se observar na Tabela 2. Do total de entrevistados, apenas 4 relataram não receberem nenhum tipo de auxílio após a alta hospitalar.

Segundo Fernandes *et al.*, (2017), as taxas de evasão do tratamento em serviço psiquiátrico variam de 30% a 60%, dependendo das características do serviço, sendo que os pacientes com abuso de álcool e outras drogas estão em maior risco de abandono de tratamento. Segundo os autores, foi encontrada relação entre o tempo de duração do tratamento e a ocorrência de resultados positivos das intervenções, sendo que o risco de evasão diminuiu significativamente nos primeiros meses. Dessa forma, considerando as razões de chance, os autores pontuaram que conforme aumenta o período de utilização do serviço ocorre uma diminuição de 13% nas chances de abandono do tratamento.

Outro fator importante encontrado pelos autores que influencia no tempo de permanência do tratamento são as modalidades de atendimento oferecidas. Segundo Fernandes (2017) usuários que foram atendidos pelos serviços de psicologia e assistência social tiveram sua probabilidade de abandono diminuída em (8%) oito pontos percentuais. Em termos de razões de chance, houve uma diminuição de 50% nas chances de abandono. Demonstrando assim, a importância

do fator psicossocial na eficácia do tratamento da dependência química, sendo importante pensar sobre o acolhimento dos pacientes, buscando focar os esforços no sentido de propiciar o estabelecimento de vínculo entre pacientes e profissionais, assim como com a instituição.

Corroborando com essa perspectiva, os dados encontrados nessa pesquisa apontaram que aproximadamente 80% dos usuários de ambas instituições se sentiram seguros para prosseguirem suas vidas e enfrentarem os desafios cotidianos após a alta. Entretanto, 80% dos participantes da instituição médico-hospitalar não se sentem curados da dependência química, e mencionam que para eles a dependência química é uma doença crônica sem cura, e que necessita de tratamento para vida toda. Já os usuários da instituição religiosa, 93,3% se sentem curados, e consideram que a dependência química é uma questão de libertação. Dessa forma, considera-se com o apoio psicossocial das duas instituições se mostraram eficazes no tratamento dos entrevistados.

A seguir apresenta-se a Tabela 2 com dados comparativos relativo ao tratamento dos participantes dessa pesquisa.

Tabela 2. Dados relativos ao tratamento dos participantes.

Variáveis	Avaliação n (%)	
	Médico-Hospitalar	Religiosa
Tempo em abstinência		
Máximo	18 meses	17 meses
Mínimo	Poucas horas	6 meses
Média	5,45 meses	10,20 meses
Desvio Padrão	±5,316	±3,529
Quantas vezes buscou tratamento		
1 vez	1(6,6)	5 (33,3)
2 vezes	3(20,0)	7 (46,6)
3 vezes	3(20,0)	2 (13,3)
De 4 a 6 vezes	3(20,0)	0 (0,00)
De 7 a 10 vezes	3(20,0)	1 (6,6)
Acima de 10 vezes	2 (13,3)	0 (0,0)
Tipo de tratamento		
Somente Médico-Hospitalar	8 (53,3)	2 (13,3)
Somente Religiosa	0 (0,0)	13 (86,6)
Médico-Hospitalar e Religiosa	6 (40,0)	0 (0,0)
Internação Compulsória	1 (6,6)	0 (0,0)

Cont.

Variáveis	Avaliação n (%)	
	Médico-Hospitalar	Religiosa
Tipo de acompanhamento após a alta		
Psicossocial	14 (93,3)	0 (0,0)
Espiritual	0 (0,0)	12 (80,0)
Nenhum	1 (6,6)	3(20,0)
Considera-se seguro para enfrentar os desafios após a alta?		
Sim	12 (80,0)	11 (73,3)
Não	1 (6,6)	3(20,0)
Não responderam	2 (13,3)	1 (6,6)
Considera-se curado?		
Sim	3(20,0)	14 (93,3)
Não	12 (80,0)	0 (0,0)
Não responderam	0 (0,0)	1 (6,6)

A seguir são exibidos os dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas realizadas com os participantes desse estudo.

3.6 Dados qualitativos obtidos na pesquisa

Para apresentar os dados, criou se categorias a partir das perguntas elaboradas no questionário, utilizado para a realização das entrevistas, levando em consideração a relevância os dados apresentados anteriormente em acordo com os discursos dos participantes durante a entrevista.

3.6.1 Motivação para a busca do tratamento

Nessa categoria, observou se três temas principais a partir do discurso dos usuários das instituições, sendo eles: a) Perdas sociais e busca por mudança de vida; b) Preocupação com a saúde e medo da morte; e c) Fé, Salvação e Libertação.

Dessa forma, foi criado subcategorias, a partir da observação do tema central das falas dos entrevistados para discutir detalhadamente. No entanto, antes de abordar detalhadamente cada subcategoria, vale mencionar que outras motivações foram observadas, porém, com menos frequência. Dois participantes da instituição Médico-Hospitalar relataram que buscaram tratamento para que seus companheiros ou filhos tivessem forças para buscar tratamento também. E, um

entrevistado da instituição religiosa mencionou que buscou tratamento devido à morte do filho que também era usuário de drogas.

A seguir apresenta-se cada subcategoria detalhadamente.

a) Perdas sociais e busca por mudança de vida

Durante as entrevistas 11 (73,3%) dos 15 usuários da instituição Médico-Hospitalar mencionaram que buscaram tratamento por se sentirem desesperados devido a perdas financeiras, de trabalho, perda do convívio com familiares e amigos, bem como prejuízos significativos na vida social. O mesmo relato foi observado por 8 (53,3%) participantes entrevistados na instituição religiosa. Os mesmos usuários relataram que se sentiam no fundo do poço e que tiveram suas vidas totalmente destruídas pelas drogas, mencionando a perda da dignidade como principal prejuízo ocasionado pelo consumo de drogas.

Fernandes *et al.*, (2017) chamam a atenção para a importância da busca e da conquista da dignidade para que o paciente possa aderir ao tratamento. Em estudo os autores demonstraram que um dos fatores que aumentaram a evasão do tratamento foi a sensação da perda da dignidade devido às perdas sociais, afetivas e financeiras.

b) Preocupação com a saúde e medo da morte

A preocupação com a saúde e o medo de morrer também foram trazidas pelos pacientes. Pode-se observar nas falas dos entrevistados a percepção do impacto do uso da droga em sua saúde, principalmente nos participantes da instituição Médico-Hospitalar relatado por 2 (dois) entrevistados, fato que deve estar relacionado ao acompanhamento médico recebido na instituição, sendo que esses pacientes parecem ter consciência de seu estado de saúde enquanto que 4 (quatro) dos participantes da instituição religiosa ainda demonstram pouca percepção real de sua condição de saúde.

c) Fé, Salvação e libertação

Esse tema foi abordado predominantemente pelos usuários da instituição religiosa, totalizando 100% dos participantes. Embora houvesse demonstrações da crença em Deus, manifestações de religiosidade e espiritualidade dos usuários da

instituição Médico-Hospitalar, nenhum relatou sua procura por tratamento estar envolvido com a preocupação com sua relação com Deus, ou com questões espirituais e religiosas.

Os usuários da instituição Religiosa relataram que sua motivação pela busca do tratamento devia a suas crenças de que somente Deus poderia libertá-los do vício das drogas, 2 (dois) dos entrevistados acreditavam que a dependência química estava relacionada com fatores espirituais.

Corroborando com os dados desse estudo, Alvarez; Gomes e Xavier (2014), demonstraram em sua pesquisa que as principais motivações relatadas pelos usuários para buscarem tratamento para dependência química foram: a) *a família* (aqui nesse estudo apontada como “perdas sociais”) – segundo os autores, o isolamento do usuário, os conflitos que envolvem as mudanças comportamentais, bem como o desejo de recuperar ou fortalecer os laços familiares foram apontados como motivadores para iniciar um tratamento; b) *envolvimento com atividades criminosas e o risco de morte* - as vivências de violência serviram para a tomada de posição pela busca por proteção e desejo de mudanças; c) *percepção e conscientização do seu estado de saúde e questões sociais* - busca por cuidados médicos para reduzir os riscos e danos baseados na própria vivência e experiência do uso, e ainda a possível relação desses fatores com o uso de substâncias psicoativas, podem servir para impulsionar a busca do usuário pelo serviço.

Vilela *et al.*, (2009) destacam que existem diversos fatores que podem influenciar a busca por tratamento, bem como sua adesão, sendo que o principal fator é a motivação do dependente como um dos principais critérios que envolvem a procura e a manutenção do tratamento, uma vez que essa condição está diretamente associada com o estado de prontidão ou vontade de mudar o comportamento problema.

Ferreira (2015) discorre acerca do “Modelo Transteórico de Mudança Comportamental”, desenvolvido no início da década de 1980 por Prochaska e DiClemente (1983). Segundo os autores o modelo reconhece o papel fundamental do indivíduo no processo de mudança, partindo do pressuposto que o mesmo transita por cinco estágios de motivação para o comportamento sendo eles:

- a) Pré-contemplação – A pessoa acredita que o benefício de utilizar a droga é maior do que ficar abstinente, situação ocasionada pela falta de

informação, negação ou autoconsciência. Dessa forma, a pessoa não considera ser necessária uma mudança de comportamento, não iniciando tratamento por conta própria e sim por influência de terceiros, fator que dificulta a permanência e a manutenção do tratamento.

- b) Contemplação - Nesse estágio os indivíduos podem relacionar seus conflitos e problemas com o consumo abusivo de drogas cogitando na possível mudança, e até mesmo almejando essa mudança. No entanto, não existe comprometimento suficiente para tal, representando dessa forma um baixo nível de prontidão para mudança, favorecendo o distanciamento pela busca ou manutenção do tratamento.
- c) Preparação ou Determinação – Considerada como terceiro estágio, a ambivalência existente no estágio anterior entre a consciência dos conflitos relacionados ao uso de drogas e o comprometimento está presente, fazendo com que o dependente químico esteja determinado e compromissado com a mudança comportamental. Entretanto, não há nenhum empreendimento de ação, ou seja, a busca por um tratamento quando acontece se dá por meio de terceiros.
- d) Ação – é o quarto estágio, em que o usuário se engaja em ações e situações específicas, possibilitando o mesmo a alcançar as mudanças de comportamento, ou seja, nesse estágio o próprio indivíduo se esforça em buscar tratamento, sem a interferência de terceiros.
- e) Manutenção – Quinto e último estágio caracterizado por ações bem-sucedidas na tentativa de mudança comportamental, podendo ser observada a diminuição da necessidade de consumo de drogas, tendo ainda como principal desafio a sustentação da abstinência. Assim sendo, é comum episódios de recaídas e retorno aos estágios anteriores, até atingir a manutenção total.

Para obter estratégias e habilidades para sustentar a mudança de hábitos é fundamental que os usuários em tratamento procurem práticas saudáveis e alternativas ao consumo de drogas. Construir um novo estilo de vida requer foco e engajamento no processo (FERREIRA, 2015).

Apresenta-se na Tabela 3, as falas dos entrevistados e a identificação dos estágios de mudança.

Tabela 3. Identificação dos estágios de motivação para mudança dos entrevistados nas instituições pesquisadas.

Fala dos entrevistados	Estágio de mudança
Instituição de Tratamento Religiosa	
<i>“Minha vida estava totalmente destruída, né? Então eu cheguei num ponto que eu mesmo não dava conta de sair disso mais. Então procurei pedir ajuda” (N.S – 42 anos).</i>	Ação
<i>“Porque eu estava no fundo do poço. Perdi meu filho, meu filho tomou seis tiros na cara, e depois disso eu vi que eu tinha que procurar uma melhora para mim... Meu pai me ajudou em relação, toda vez que sempre me ajuda é meu pai. Ele que sempre me ajuda, corre atrás” (A.J.F – 42 anos).</i>	Preparação
<i>“Eu acredito que com a presença de Deus em nossas vidas a gente consegue forças para poder prosseguir a cada dia e nos fortalecer através da palavra do Senhor” (V.M – 28 anos).</i>	Preparação
<i>“Por que eu estava precisando e iria morrer de beber cachaça. A cachaça domina a pessoa, se a gente não tiver boa vontade ela domina a gente”. (A.J.S – 57 anos)</i>	Ação
<i>“Por que eu queria sair do buraco, eu tava tipo numa piscina que eu não dava conta de sair” (E.S.S. – 43 anos).</i>	Ação
<i>Eu queria, eu precisava disso. Minha família já é evangélica. Eu me sentia pesado por usar esses trem ai... eu vi que tava morrendo. (C.C.R -42 anos)</i>	Ação
<i>Eu queria me libertar né. Creio que a libertação fosse espiritual... tenho no meu coração que não é físico, que é espiritua. (W.G. – 37 anos).</i>	Ação
<i>Eu já estava no fundo do poço, já estava desesperado. Já não tinha mais o que fazer. Eu procurei ajuda. Antes de começar a me tratar eu nem acreditava em Deus, mas quando eu fui para a instituição eu entendi a importância da religiosidade e de Deus na vida da gente. Foi quando eu comecei a me tratar. Mas eu até então não havia percebido isso. Eu só queria parar de usar drogas. Eu nunca tinha entendido que eu precisava de ajuda, quando entendi isso, quando eu acordei, eu percebi que eu queria e precisava parar de usar drogas. (E.D.L. – 32 anos).</i>	Contemplação
<i>“Muitas vezes a gente espera perder tudo para recorrer a Deus. No meu caso foi assim, quando eu vi que não tinha mais opção eu recorri a Deus. Eu busquei aquele que é ilimitado” (R.C. – 30 anos).</i>	Ação
<i>“Porque eu já estava cansado de sofrer, já tinha perdido tudo, estava sozinho, estava isolado, estava desacreditado, aí quando eu conheci a palavra, aí eu tive fé e força e busquei a recuperação” (J.P.S – 37 anos).</i>	Preparação
<i>“Por que eu estava me afastando da sociedade, da família. Eu tava me afastando de Deus” (L.C.O – 53 anos).</i>	Preparação
<i>“Porque eu não aguentava mais aquela vida, eu queria mudança para mim, eu nunca fui esse cara, por que eu vou deixar isso me dominar. Eu procurei mudança de vida, e procurei ser a pessoa que eu era, um pai de família, um bom trabalhador” (E.D.O – 32 anos).</i>	Ação
<i>“Percebi que não conseguia sair dessa vida sozinho” (V.A.S – 42 anos)</i>	Ação
Instituição de Tratamento Médico-Hospitalar	
<i>“Tava acabando com minha vida, não dava mais não, quero viver. Quero dinheiro e quero viver”! (M.H.G.O – 27 anos).</i>	Ação

Cont.

Fala dos entrevistados	Estágio de mudança
<i>“Busquei esse tratamento porque quase morri. Levei um tiro e depois quebrei o fêmur, fiquei quase cego, aí pedi um tratamento para mim, pedi pelo amor de Deus um tratamento para mim que eu estava precisando muito, e foi onde meu pai arrumou para mim. Daí fiquei aqui os 3 meses, depois dos 3 meses até hoje, não usei drogas” (W.S.O. – 31 anos).</i>	Contemplação
<i>“Não sei te falar. É por que a maioria tem aqui. É por que remédio é o que eles utilizam bastante. No meu caso é mais compulsório. A fé era pouca, então decorria de remédio” (D.C.S.P – 40 anos).</i>	Contemplação
<i>“Porque eu precisava, eu estava perdendo toda funcionalidade da minha vida. Estava perdendo todas as relações sociais enfim” (F.A.B – 27 anos).</i>	Preparação
<i>“É muito sofrido, já tem aproximadamente 10 anos que eu faço uso de substância química, a dor e o sofrimento de ter morado na rua... Graças a Deus minha mãe foi e pediu ajuda, e eu quis ajuda, não foi ajuda empurrada, não foi pressionada, e dessa vez, antes de vir para cá, minha mãe veio duas vezes aqui no ambulatório, buscando a vaga, e eu me entreguei para droga, e então surgiu a vaga, e internei, e a partir daí eu me dediquei, e aprendi a lidar com ela, com meus sentimentos, eu passo dificuldades, eu passo frustrações na rua, mas nada que vai deixar eu recair de novo, eu já tenho problemas, então se eu usar de novo, vou trazer mais problemas, então eu tenho que evitar mais problemas” (M.E.C.C – 31 anos).</i>	Preparação
<i>“Antes do tratamento eu tava caindo no crack, aí eu vi que era fim de carreira, aí resolvi procurar ajuda” (F.C.R. – 43 anos).</i>	Ação
<i>“Para conquistar minha dignidade de volta, porque eu perdi tudo né? Eu já tava perdendo até minha própria família. Minha família querendo me expulsar de casa. Para rua eu não quero ir” (A.P.M -41 anos).</i>	Ação
<i>“Opinião, necessidade, vontade de sair da droga, e querer mudança de vida. Querer limites, buscar mudanças, buscar uma saída e essa ter sido a última tentativa” (B.O.F. – 24 anos).</i>	Ação
<i>“Primeiro por entender que do jeito que estava não dava, porque eu estava em um círculo vicioso muito grande, eu não estava conseguindo trabalhar, eu não estava conseguindo me firmar, eu não tava conseguindo viver, eu já estava num ponto que eu já não via mais futuro, então, do jeito que tava, realmente não dava. Então minha mãe me internou, e nessa internação que eu tive compulsória, eu entendi que ela estava certa, eu tenho que correr atrás” (L.C.S.S – 27 anos).</i>	Preparação
<i>“Para me salvar, eu tava no poço, eu tava lá em baixo” (J.G.F – 55 anos).</i>	Ação
<i>“Tava passando muito mal o organismo não está mais resistindo, já não estava mais conseguindo fazer muita coisa, só estava ficando drogado, bêbado direto, tive que para né” (G.B. – 36 anos).</i>	Ação
<i>“Tenho duas filhas que tem mais de 11 anos que não vejo elas, minhas filhas me verem fumando é ruim né. Pensei mais em mim e em minhas filhas. Chega. Eu estou ficando velho, aí não é bom mais. Olhar para mim, não quero mais usar drogas” (R.B.N – 39 anos)</i>	Ação
<i>“Busquei tratamento porque estou com 32 anos de idade e se eu continuar a resposta é tão rápida que vai chegar uma hora que eu não vou ser mais eu, eu não vou ter mais vida social, vai chegar uma hora que eu vou roubar, vou pedir dinheiro, que eu vou morar na rua... Por que eu preciso me fortalecer, eu preciso ser uma pessoa íntegra” (R.R.C – 32 anos).</i>	Ação

Cont.

Fala dos entrevistados	Estágio de mudança
<i>Para tratar, pois meu companheiro é alcoólatra eu busquei mais por ele (A.O.C – 38 anos).</i>	Pré-contemplação
<i>“Primeiro por ser público, segundo por ouvir ser bom. Só a questão religiosa para a dependência química não é suficiente. Tem que ter remédio, tem que ter psiquiatra, tudo isso é importante” (W.R.B – 27 anos).</i>	Contemplação

Nesse estudo, pode-se identificar, por meio das falas dos entrevistados que oito (08) dos quinze (15) usuários da instituição religiosa poderiam ser identificados no estágio de Ação, quatro (04) no estágio de Preparação e um (01) no estágio de Contemplação. Entre os usuários da instituição Médico-Hospitalar, pode-se identificar oito (08) usuários no estágio de Ação, três (03) no estágio Preparação, quatro (04) no estágio Contemplação e um (01) no estágio de Pré-Contemplação. Dessa forma, pode se considerar que essa identificação tem relação com os resultados encontrados relativos ao tempo em abstinência, constatando assim a associação da motivação com a eficácia do tratamento.

3.6.2 Motivação para a cura da dependência química

Em relação à cura para dependência química, apresentada anteriormente na Tabela 2, observa-se diferenças quanto à percepção dos entrevistados.

Na instituição religiosa, a maioria dos usuários, se autodeclararam curados, atribuindo a cura a Deus. Quando perguntados por que se sentiam curados, os entrevistados mencionaram que sentiam ter restabelecido sua dignidade, que tinham voltado a sonhar e planejar um futuro, que se sentiam útil em ajudar nas atividades da instituição, bem como satisfeitos com a possibilidade de ajudar outras pessoas a enfrentarem o mesmo problema, como se tivessem recebido uma missão, e ainda relataram se sentirem libertos. Observa-se nos relatos, o sentimento de cura:

Sim. Por que como eu disse, meus sonhos voltaram, quero ter uma vida, construir uma família, eu quero viver, coisa que eu não estava fazendo (V.M - 28 anos – Instituição Religiosa).

Eu me sinto, sim. Até a família da gente vê a gente diferente, quando você chega em casa (A.J.S – 57 anos – Instituição Religiosa).

Estou curado. Estou Liberto (W.G – 37 anos – Instituição Religiosa).

Sim. A gente vai lá para o CEASA... Já sou até obreiro aqui, primeiro fui auxiliar, depois fui considerado como obreiro. Então o que permanece na

pessoa é a humildade, tem que permanecer a humildade (E.S.S – 43 anos – Instituição Religiosa).

Me sinto bem liberto. Pronto para batalhar continuar minha vida longe das drogas da bebida na vida cristã (W.G – 37 anos – Instituição Religiosa).

Corroborando com os dados encontrados e mencionados nesse estudo, Mota (2009), relata que o tratamento de recuperação de dependentes químicos nas instituições religiosas dura em média de sete a nove meses e sua metodologia consiste no trabalho e na religião. Dessa forma, segundo o autor, os encarregados pelo serviço de recuperação abordam o poder de Deus na resolução dos conflitos e de todos os possíveis problemas existenciais que envolvem a dependência química, sendo que dessa forma poderá ser totalmente curada através da ajuda espiritual. Vale mencionar que para essas instituições é ressaltada a ligação entre o uso de substâncias químicas e o demônio, que seria o principal influenciador do consumo e da dependência. Portanto, a orientação será pautada pela fé em Jesus Cristo, por meio de orações, leitura e estudo da Bíblia e cultos religiosos. Dessa forma, por meio dessa prática a pessoa será liberta e, portanto, curada da dependência química.

Assim, pode se constatar a associação feita pelos os participantes da instituição religiosa entre a cura e a libertação, entre a cura e o poder de Deus. Sendo que é possível observar na fala de muitos entrevistados o conteúdo mencionado, bem como a prática e o exercício da religião por meio de orações e serviços de auxílio ao próximo e à instituição.

Ao contrário, na instituição Médico-Hospitalar, a maioria dos participantes não se sente curados, mencionando que para eles a dependência química é uma doença crônica que tem tratamento, e, portanto, será para toda vida, conforme foi abordado pela instituição. Dessa forma, os entrevistados mencionaram não se sentir curado devido a constante vontade de voltar a consumir drogas todos os dias e ter que lutar contra isso, e ainda que necessitassem de medicação para se manterem em abstinência.

De droga não tem cura não. Eu acredito que não tem cura. Você pode fazer o tratamento pelo resto da sua vida, você pode ficar abstinente, mas a cura de você falar que nunca mais você vai usar isso ai não existe não (M.H.G.O – 27 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Droga não tem cura. Sei que a instituição me ajudou, que os remédios me fazem bem, fico mais calmo, pois sou um cara muito nervoso, por isso não larguei de vir. Sempre venho aqui (R.B.N – 39 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Nesse sentido Mota (2004) aborda que enquanto para a maioria das religiões cristãs, o dependente químico é um indivíduo que se encontra desviado do projeto de Deus e conseqüentemente fez opção pelo caminho de pecado através da destruição do próprio corpo, de seus relacionamentos e de sua espiritualidade, na esfera da saúde, mais especificamente na área de saúde mental a dependência química é vista e tratada como uma doença crônica. Assim, ela teria controle por meio de tratamento, mas não cura.

Essa é a visão e orientação repassada por meio dos centros de tratamento Médico-Hospitalar e pela rede psicossocial de saúde, portanto, a visão aqui relatada pelos participantes do estudo, provavelmente deve-se ao fato da orientação, tratamento e do suporte recebido na instituição de tratamento. Assim, como a visão relatada pelos usuários à instituição religiosa também foi influenciada pelo meio de tratamento.

Quando perguntados sobre o que eles consideravam cura para dependência química, não se observou grandes diferenças nas falas dos participantes das duas instituições.

Para os entrevistados da instituição religiosa a cura está relacionada à sensação de bem-estar, restauração, liberdade, reintegração social, convívio com a família, sentir-se acolhido e amado, bem como com o autocuidado, o autoconhecimento, o domínio próprio e a melhora da autoestima. Os participantes relataram que é um processo que exige renúncias e o conhecimento dos seus próprios limites. E, ainda, que acreditar e buscar a Deus os faz se sentirem mais confiantes e fortalecidos para enfrentar esse processo.

Nas falas abaixo, se pode observar que esse processo de cura também envolve a resolução de conflitos existenciais, e de como lidar com as situações diversas do dia-a-dia.

Cura é a restauração, quando se trata de dependência química, é a restauração do caráter, restauração da própria personalidade da pessoa, que ela acaba saindo de si, e agindo por conta da dependência (V.M - 28 anos – Instituição Religiosa).

Domínio próprio. Porque o dependente perde isso. E quando a gente está fraco a gente perde o domínio próprio, a gente não dá conta de dominar nossa vida (...) aí quando você cria esse domínio próprio você dá conta de vencer essa batalha, porque ela é muito mental (J.P.S – 37 anos – Instituição Religiosa).

Para mim é um processo que você vai passando de pouco a pouco. Deus tem poder para curar milagrosamente, eu creio nisso, mas eu creio na cura, como um processo. Por que quando você larga a droga, você tem que ter uma estrutura para não voltar para ela, você tem saber, e lembrar como foi, para não voltar mais para ela, então você tem que estar estruturado. Então não é só simplesmente sair. É você sair, ser curado daquele vício, mas principalmente você aprender a lidar com a falta daquilo, por que daqui para frente eu vou ter perdas decepção vou ter muitas coisas né, mas eu vou ter que por na minha mente que eu não preciso da droga, então a cura é isso, é você estar liberto por completo (R.C – 30 anos Instituição Religiosa).

Os usuários da instituição Médico-Hospitalar também associaram a cura com autopercepção, autoconhecimento, autodomínio, reestabelecimento da dignidade, renúncia, retomada da vida, e ainda com voltar a sonhar e lutar por seus objetivos. No entanto, os entrevistados mencionaram não acreditar na cura, e sim no tratamento, que envolve um processo contínuo de rotinas e privações cotidianas. Alguns participantes relataram acreditar que só Deus pode curar, e na importância da Igreja nesse processo, em que eles recebem o apoio e o suporte social e emocional para enfrentar o tratamento.

Não considero que dependência química tenha uma cura, as pessoas podem falar que foi liberto, eu acho que tenha uma manutenção, mesmo a pessoa indo para a Igreja, ela está ali orando, a partir do momento que ela deixa de ir para a Igreja, acontece. Eu tenho uma manutenção aqui no ambulatório toda segunda, a partir do momento que eu falo que não preciso mais, que eu estou bom, e não preciso mais, eu posso recair (M.E.C.C – 31 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Dependência, ela literalmente não tem cura. Se a gente for analisar que Deus cura, ok, legal, Deus cura. Mas eu acredito em um Deus que quando cura Ele não volta atrás, e a pessoa quando fala que Deus cura, ela está dentro da Igreja, e quando ela caminha, ela desvia, ela cai, então eu não acredito que seja uma cura, por que Deus não volta atrás, se Ele te deu uma cura, Ele não volta atrás, você vai estar curado sim, independentemente de estar numa Igreja ou não. Então não, não tem cura. A cura a gente tem que fazer um dia de cada vez, o meu dia de hoje, não garante o meu dia de amanhã, tenho que fazer meu dia a dia valer a pena (L.C.S.S – 27 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Nessa perspectiva, Luz (2007) afirma que entre as camadas populares, é comum o apelo às igrejas pentecostais com a finalidade de buscar soluções para resolver conflitos familiares associados ao abuso de álcool e drogas, algumas vezes logrando êxito. Pode-se considerar que existe uma forte relação entre as drogas e religião, uma vez que podem ser percebidas condições semelhantes de alterações de consciência buscadas com o uso de substâncias químicas, ou seja, é possível

atingir o mesmo estado de consciência através do êxtase religioso, favorecendo o alívio para a angústia de viver.

Nesse sentido Dalgarrondo *et al.*, (2004) enfatiza a utilidade e a eficácia da religião como recurso de prevenção ao abuso de drogas, indicando que as pessoas que escolhem a religião antes das drogas têm a tendência de procurar o alívio para o sofrimento na própria religião, evitando assim o uso de drogas como recurso de fuga.

Em estudo, Mota (2009) aponta ainda que os participantes evidenciaram que a religião não foi suficiente para ficarem abstinentes, mencionando inúmeras recaídas mesmo entre líderes religiosos ex-dependentes. Dessa forma, mais importante que a conversão em si é a capacidade de mantê-la, por meio do engajamento, e o compromisso, sendo que, o autor considera que o principal fator que mantém as pessoas abstinências e vinculadas aos seus grupos religiosos é o acolhimento recebido no interior destas instituições, resultando na formação de novas amizades com outros indivíduos que buscam sobriedade e reinserção social através de ensinamentos e práticas espirituais características de tais grupos.

3.7 Dificuldades enfrentadas após o tratamento

A cerca das dificuldades enfrentadas após o tratamento os usuários da instituição religiosa relataram que a vontade de voltar a usar drogas, o preconceito, a ressocialização, a falta de atualização profissional, a desconfiança das pessoas e sair sem perspectiva de trabalho e qualquer fonte de renda, eram os principais desafios enfrentados por eles.

Ressocializar novamente, convívio social para você iniciar novamente é o que mais prejudica, acho que existe muito preconceito em relação ao usuário. Você também acaba se sentindo um pouco oprimido, você fica atrasado nas coisas, hoje em dia a tecnologia é tudo avançado, e eu, por exemplo fiquei para trás, estou meio atrasado nos meus estudos, então deu uma atrasada na minha vida, então para eu voltar, pra sociedade novamente, está sendo meu maior obstáculo atualmente, ressocializar novamente, ter um convívio social (V.M - 28 anos – Instituição Religiosa).

A desconfiança. As portas se fecham. Não tem oportunidades de emprego, as pessoas têm medo de ir lá e fraquejar e roubar e até mesmo faltar serviço e faltar a responsabilidade por ter recaídas (W.G – 37 anos – Instituição Religiosa).

No entanto, quando perguntados como se sentiam após o tratamento, os participantes disseram se sentirem restaurados e fortalecidos por Deus, aliviados,

transformados, renovados e libertos. Além disso, relataram sensação de felicidade ao se perceberem como outra pessoa que havia preenchido um vazio.

Me sinto feliz, uma outra pessoa. O que eu vivia hoje eu sou uma pessoa restaurada por Cristo, por Deus. Eu considero que foi Deus e esse lugar que eu estou que me ajudou (N.S – 42 anos – Instituição Religiosa).

Bem. Aliviado. Muito bem. Você vê o mundo de outra maneira. Foram 23 anos na dependência. Eu não tive nem adolescência, nem juventude. Agora que estou vendo o que é a vida de verdade (E.D.L – 32 anos – Instituição Religiosa).

Tenho lutas eu não vou negar, mas to bem, mas são lutas que luto de cabeça erguida. Pessoa mudada, transformada e mais capacitada a lutar com os problemas (J.P.S – 37 anos – Instituição Religiosa).

Os usuários da instituição Médico-Hospitalar listaram como principais dificuldades enfrentadas por eles após tratamento o preconceito, a falta de apoio social e emocional, dificuldades financeira e de encontrar trabalho, críticas da família e da sociedade, descrédito, vontade de voltar a usar drogas dificultando o convívio social, necessitando evitar lugares e pessoas.

Só acusação, o cara te olhando atravessado, você não tem aquela confiança mais, o povo parece que não tem aquela confiança em você e está muito difícil. E acho que a maior parte da minha recaída foi por causa disso, por que desde o dia que eu sai eu procurei um emprego e não consegui arrumar um emprego, então devido eu ter passado pela cadeia, é difícil arrumar emprego (A.P.M – 41 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

A sociedade critica muito. A sociedade te dar um mês, dois meses, três meses para você recair né? A sociedade não acredita muito (B.O.F – 24 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Em relação a como se sentiam após o tratamento, os entrevistados disseram se sentir seguros, confiantes, fortalecidos, motivados, esperançosos, com melhor autoestima e bem-estar, mais tranquilos e com menos ansiedade. Um dos pacientes disse se sentir inseguro e abatido, pensando por que teve uma recaída.

Me sinto bem, me sinto mais bonito, me sinto melhor comigo mesmo, e com as pessoas (M.E.C.C – 31 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Devido ao acompanhamento eu me sinto seguro, esse acompanhamento tem me dado essa base. Me sinto confiante, feliz. Cada vez que uma coisa que eu sonhava, eu vejo que se concretiza, sabe aquele orgulho de dever cumprido. Aquela coisa: “puxa eu consegui, eu não sabia que eu dava conta de fazer isso e agora eu consigo”. Eu tento olhar para isso, por que isso te traz uma motivação né? (L.C.S.S – 27 anos – Instituição Médico-Hospitalar, grifo do participante).

Tranquilo. Não estou tão ansioso igual das outras vezes que eu internei, não fiquei tão tranquilo não (G.B – 36 anos – Instituição Médico-Hospitalar).

Em pesquisa Kantorski (2009) demonstraram que os usuários, familiares e equipe consideraram as oficinas ferramentas essenciais no processo de socialização, fortalecimento de vínculos e inserção social, reforçando as potencialidades de desencadear processos de geração de renda.

Nessa perspectiva, Xavier e Monteiro (2013) ressaltam que a reinserção social é reconhecida como um dos principais objetivos da proposta de tratamento psicossocial. Deve se favorecer o desenvolvimento de ações que envolvam atendimento aos usuários visando suporte social e psicoemocional, inclusive para os familiares. Os autores apontaram, ainda a importância das instituições de propiciarem atividades de geração de renda e formação profissional, através de parcerias com órgãos não governamentais. No entanto, observa-se a falta de uma rede efetiva na geração de empregos e renda, uma vez que é possível constatar, a dificuldade de encontrar empresas que estejam dispostas a contratar usuários de drogas. Vale enfatizar que em relação aos processos de trabalho, as atividades de suporte terapêutico descritas são vistas como importantes no tratamento e na reinserção social.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo analisar duas instituições que tratam pacientes dependentes químicos, sendo uma pautada em preceitos médicos e outra que emprega a religião como possibilidade terapêutica, visando identificar as diferenças quanto à eficácia no tratamento.

A motivação que levou à realização da pesquisa foi à observação da existência de uma grande quantidade de estudos relacionados à religião e pacientes dependentes químico em reabilitação, tantos estudos qualitativos, como nos quantitativos e epidemiológicos que demonstram dados satisfatórios nos acompanhamentos de pacientes dependentes de substância química em instituições terapêuticas religiosas.

Dessa forma, buscou-se compreender a comparação e a aplicabilidade desses dos modelos, religioso e médico-hospitalar no tratamento de pacientes dependentes químicos. Entende-se que há uma forte relação entre a religiosidade e a saúde psicológica humana, o qual a religião pode influenciar positivamente no tratamento contra a dependência química.

O que se pode evidenciar é que se pode encontrar sustentação da religião como uma força valorosa de acolhimento, inserção gregária e ressignificação simbólica, sendo que tais fatores podem “empoderar” o paciente na construção de uma oportunidade de identidade em seu grupo social. Dessa forma, a religião se faz como meio efetivo no tratamento da dependência química, pois, o sujeito encontra perspectiva e esperança em uma possibilidade de cura. Contrário da perspectiva médico-hospitalar, em que o sujeito necessitará de tratamento pelo resto da vida, ficando dependente dos medicamentos, bem como, do sistema psicossocial, pois, ele mesmo acredita nisso.

Dessa forma, pode-se compreender que a esperança de uma “cura” efetiva auxilia o sujeito há permanecer mais tempo em abstinência, enquanto, a falta de esperança pode favorecer constantes recaídas, uma vez que exige o esforço em se manter constante e dependente de um tratamento. Além disso, como foi abordado, existem fatores que influenciam na continuidade do tratamento, tais como a oferta do tratamento em períodos contrários ao período de trabalho, a motivação para mudança, fatores psicoemocionais e fatores sociais.

O que se pode observar é que ainda falta uma rede de apoio e políticas públicas para que haja continuidade do tratamento, bem como para a reinserção desse indivíduo na sociedade. É necessário que se criem mais leis e políticas de incentivo para que essas pessoas possam ser inseridas no mercado de trabalho, se aperfeiçoar, se capacitarem, pois, durante as entrevistas pode-se observar que muitos pacientes têm grandes desejos de voltar a estudar, fazer faculdade, em ter bons empregos, mas, a falta de oportunidades e as dificuldades encontradas acabam levando há novas recaídas.

A grande dificuldade desse estudo foi em relação ao comparativo da eficácia no tratamento, pois, não foi encontrada literatura consistente em relação ao tempo considerado efetivo para se considerar um tratamento eficaz, haja vista, que mesmo após anos de abstinência a pessoa ainda é passível de recaídas. Dessa forma, optou-se por abordar o tema motivação para mudança como um indicativo para eficácia do tratamento. Nesse contexto, o tratamento realizado pela instituição religiosa demonstrou maior motivação para mudança além do sentimento de cura relatado pelos próprios pacientes.

Além disso, também se observou que o tema fé, espiritualidade e religiosidade são abordados e considerados pelos usuários das duas instituições, e se considerou que esse fator é devido à cultura brasileira ser cristã, e nos últimos anos ter havido um crescimento considerável do número de cristãos protestantes.

O presente estudo foi sem dúvida um divisor de águas na carreira profissional e acadêmica, em que se percebeu a necessidade de maiores e mais estudos sobre a temática, e espera-se que este seja um ponta pé inicial para a discussão que apenas se inicia.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M.; Causas da dependência química e suas conseqüências para o Usuário e a família. Universidade Federal do Rio Grande/PPGENF/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(3):641-8, mar., 2014

ANANDARAJAH e HIGHT. Spirituality and Medical Practice - Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. **Am Fam Physician**, v. 63, n. 01, p. 81-89, jan, 2001. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html>>. Acesso em: 02 Set. 2018.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. I. **Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: SENAD; OBID; GREA/IPQ-HCFMUSP, 2010.

ASSIS, W. O. **Dependência química: experiências em psicoeducação**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2011.

BORDET, R. Addiction, experimental models and neurobiological mechanisms. **Therapie**, v. 70, n 2, p. 133-46, 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso: 17 mar. 2019.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações**. In: _____. Aberta: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** /Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2012. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso: 12 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso: 12 mar. 2019.

_____. **Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. ANVISA/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res_0029_30_06_2011.html>. Acesso: 23 mar. 2019.

_____. Resolução RDC Nº 101, de 30 de maio de 2001. **Normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário**. ANVISA/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf>. Acesso: 23 mar. 2019.

_____. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

CARBONARIO, F. A. Neurociência do abuso de drogas na adolescência. **Mental, Barbacena**, v. 12, n. 22, p. 114-117, jun. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4272018000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 24 mar. 2019.

CARLINI, E. A. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010. São Paulo: **CEBRID; UNIFESP; SENAD**, 2010.

CEBRID. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Cartilha sobre drogas psicotrópicas**. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso: 10 mar. 2013.

CHAIM, C.H; BANDEIRA, K.B.P; ANDRADE, A.G. Fisiopatologia da dependência química. *Rev Med (São Paulo)*. 2015 out.-dez.;94(4):256-62. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i4p256-262>. Acesso: 5 fev. 2013.

COLETT, C. **Dependência química e relações sociais no centro de detenção provisória do São José dos Pinhais**. 2010. 63 p. Monografia (Especialização em Serviço Social). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

COSTA, B. M.; ESPERANDIO, M. R. G. Dependência do crack e comunidade de fé: uma apresentação sobre caminhos possíveis. **Caderno teológico da PUCPR**, Curitiba, v.2, n.1, p. 56-70, 2014.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5a ed., Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. **Serviço Social em Revista**, v. 11, n. 02, jan-jun, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>> Acesso: 25 jun. 2018.

CURY, A. **A pior prisão do mundo**. São Paulo: Academia da Inteligência, 2000.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2008.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA, M. A.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82–90, 2004.

DICLEMENTE, C. C. Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. **Clinical Psychology Review**, v. 19, p. 473-486, 1999.

ECKSCHMIDT. F.; ANDRADE. A. G. de; OLIVEIRA. L. D de. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n.3 p. 199-207, 2013.

FARIA, M. L. V. C.; FRACASSO, L. Mudar é preciso. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, A. Z.; FRACASSO, L.. (Org.). **Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. 1 ed., v. 1, p. 249-256, 2014.

FÉRIS, E. S. Um novo enfoque à avaliação de um programa de prevenção ao uso das drogas. In: Pulcherio, G.; Bicca, C.; Silva, F.A. (Orgs.). **Álcool, outras drogas e informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

FERNANDES, S. S; MARCOS, C.B; KASZUBOWSKI, E; GOULART, S. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 131-137

FERREIRAL, A.C.Z; CAPISTRANOLL, F. C; SOUZAL, E. B; BORBALL, L.O; KALINKELL, L.P; MAFTUMLL, M.A.Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. Reben, 2015.

FILHO, N. A; MACRAE, E; TAVARES, L. A; NUNEZ, M. E; RÊGO, M. As drogas na contemporaneidade: Perspectivas clínicas e culturais. EDUFBA – Salvador, 2012.

FIRPO, A. **A dependência química e a espiritualidade: uma discussão sobre o papel do sagrado no processo de tratamento**. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Formação em Psicologia). Faculdade de Ciência Humanas e Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FRACASSO, L. As mudanças no processo de criação das Comunidades Terapêuticas. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, A. Z.; FRACASSO, L. (Org.). **Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. 1ed. v. 1, p. 37-46. 2014.

FRACASSO, L.. (Org.). **Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. 1 ed. v. 1, p. 257-262, 2014.

GOULART, M. S. B. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, 22(1), 112-120. 2010.

GUERRA, M. R. S. R.; VANDENBERGHE, L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. **Pesquisas práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 1, p. 1-22, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 24 mar. 2019.

GUILHARDI, H. J. **Sobre comportamento e cognição**: expondo a variabilidade. Santo André: ESETec Editores Associados, 2001.

HALLAL, I. I. L.; HALPERN, S.C. Abordagem ecológica: Uma visão ampliada do problema da dependência química. In: Pulcherio, G.; Bicca, C.; Silva, F.A. (Orgs.) **Álcool, outras drogas e informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

HEINZ, A.; DAEDELLOW, L. S.; WACKERHAGEN, C.; DI CHIARA, G. Addiction theory matters-Why there is no dependence on caffeine or antidepressant medication. **Addiction Biology**, v. 24, n. 2, p. 1- 5, 2019.

KANTORSKI, L. P. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 273-282, maio/ago. 2009.

KHADEMI, H; MALEKZADEH, R; POURSHAMS, A; JAFARI, E; SALAHI, R; SEMNANI, S. **Opium use and mortality in Golestan Cohort Study: prospective cohort study of 50 000 adults in Iran**, 2016.

KOENIG H. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry** [internet]. 2012 Dec [cited 2016 jul 09]; 2012:1-33. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>.

KOENIG, H.G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Trad. Iuri de Abreu. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.

_____. Religion, spirituality, and medicine: research findings and applications to clinical practice. **Southern Medical Journal**, v. 97, n.12, p. 1194-1200, 2003.

KOOB G. F, VOLKOW N. D. **Neurocircuitry of addiction.** *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(1): 217-38. doi: 10.1038/npp.2009.110.

LABATE, B. C.; GOULART, S. L; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. **Drogas e cultura:** Novas perspectivas. Edufba - BA, 2008

LIMA, E. H. de. **Gênero, masculinidades, juventudes e uso de drogas: contribuições teóricas para a elaboração de estratégias em educação em saúde,** 2013.

LUZ, M. M. C. **A religiosidade na recuperação de dependentes químicos.** 103f. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Psicologia como Profissão e Ciência. Centro de Ciências da Vida. PUC-Campinas, 2007.

MAÇANEIRO, A. **Percepção do dependente químico quanto ao processo de recuperação.** 77f. Monografia. Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Biguaçu-SC, 2008.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL SD, TOSCANO JR A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu; 2001.

MALBERGIER, A.; AMARAL, R.A. **Dependência Química:** Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas. São Luís: UNASUS/UFMA, 2013.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr.** 22 (Supl II): 32-6, 2000

MARQUES, A.; RIBEIRO, M. **Usuários de substâncias psicoativas:** Abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: CREMESP/AMB, 2003.

MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substância psicoativas: o significado para o trabalhador de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** 12, 398-405, 2004.

McGINTY, E. E.; WEBSTER, D. W. The Roles of Alcohol and Drugs in Firearm Violence. **JAMA International Medicine,** v. 177, n. 3, p. 324-325, 2017.

MELO, C. F.; CAVALCANTE, I. S. A Codependencia em Familiares de Adictos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** [S.l.], v. 11, n. 2, p. 304-310, jan. 2019.

MILTON, A. L.; EVERITT, B. J. The persistence of maladaptive memory: addiction, drug memories and anti-relapse treatments. **Neuroscience and biobehavioral reviews,** v. 36, n. 4, p. 1119-39, 2012.

MOREIRA, F.G.; HAIEK, R.; SILVEIRA, D. X. da. **Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD.** Recuperado em 18 de março de 2019 de: <http://www.proad.unifesp.br/pdf/artigos/rd_proad.pdf>.

MOTA, L. A. **A dádiva da sobriedade:** a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos. São Paulo: Paulus, 2004.

MOTA, L. A. As Drogas e a Lei: Reflexões Sociológicas sobre o Proibicionismo. As drogas e a lei – reflexões sociológicas sobre o proibicionismo. **Faculdades Cearenses em Revista**, Fortaleza, v.1, n.1, p. 136-151, jul./dez. 2009.

NEFF, J. A.; SHORKEY, C. T.; WINDSOR, L. C. Contrasting faith-based and traditional substance abuse treatment programs. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 30, n. 1, p. 49–61, 2006.

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 342-356, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Código internacional de doenças - CID-10**. Trad. Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 8. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, EDUSP. 2000.

_____. (2008). **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>. Acessado em: 14 de março de 2019.

PRATTA, E. M; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic. Teor. e Pesq.** [online]. 2009, vol.25, n.2, pp.203-211. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008>. Acesso: 23 jan. 2013.

PROCHASKA, J. O; DICLEMENTE, C. C. Stages and process of self – change of smoking: Toward na integrative modelo f change. **Journal of Consult Clinical Psychology**, 51, 390-395, 1983.

PUCHALSKI, C. Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. **Journal of Cancer Education**, v. 21, n. 01, p. 14-18, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16918282>>. Acesso: 02 Set. 2018.

REIS, M. P. G. P. **Espiritualidade no trabalho**: Uma revisão sistemática. 33f. Monografia. Graduação em Administração de Empresas. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas. UNICEUB-Centro Universitário de Brasília. 2014.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Artigos Interface**, v,19, n, 54, 2015.

ROMANÍ, O. De las utilidades de la antropología social para la Intervención en el campo de las drogas. In M. L. Esteban (Org.). **Introducción a la Antropología de la Salud**. Aplicaciones teóricas y prácticas. Bilbao, Osalde, 2007, pp.117-134

SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 73-81, 2007.

_____. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

SAVIO, A.; BRUSCAGIN, C. A Religiosidade na Prática Clínica: Construindo Diálogos com o Cliente Religioso. In: BRUSCAGIN, C.; SAVIO, A.; FONTES, F.; GOMES, D. M. **Religiosidade e Psicoterapia**. São Paulo: Rocca. 2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. M. Fatores de risco e de proteção para o uso de droga na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHIVOLETTO; FALABELLA. A dependência química começa em casa. In: **Centro de tratamento e adições, álcool e drogas**. CENTRAD, 2003.

SEIBEL, S.D; TOSCANO JR, A. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: SEIBEL SD, TOSCANO JR A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu; 2001.

SILVA, F.A.; SILVA, E.S. Como prevenimos o uso indevido das drogas? In: Pulcherio, G.; Bicca, C.; Silva, F.A. (Orgs.) **Álcool, outras drogas e informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

SILVEIRA, D.X.; SILVEIRA, E.D.X. **Um guia para a família**. 4. ed., Série Diálogo, n. 01, Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

SOLDERA, M., DALGALARRONDO, P., FILHO, H. R. C., & SILVA, C. A M. 2004. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública**, 38(2), 277-83.

SOUZA, E.M. **A dimensão religiosa e sua influência na recuperação de dependentes químicos**: Estudos sobre a dependência química no núcleo de apoio a Toxicômanos e Alcoolistas (NATA) em Boa Vista, Roraima. 126f. Dissertação. Mestrado em Ciências da Religião. Universidade Católica de Pernambuco. 2015.

TOSCANO JR., A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL SD, TOSCANO JR A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu; 2001.

VASCONCELOS, A. **Espiritualidade no Ambiente de Trabalho**: Dimensões, Reflexões e Desafios. São Paulo: Atlas, 2008.

VILELA, F. A; MANZINI, E. J. Tipos de Pesquisas: Enfoque na Educação Especial. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v.9, n.3, p. 285-292, 2009.

WAGNER, F. A; ANTHONY, A. C. From first use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. **Neuropsychopharmacology**, v. 26, n. 4, p. 479-488, 2002.

WHO. World Health Organization. Interpersonal violence and illicit drugs. 2013. Disponível em: https://www.who.int/violenceprevention/interpersonal_violence_and_illicit_drug_use.pdf. Acesso: 13 mar. 2019.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J.K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Revista Psicologia de São Paulo**. 22(1):61-82; 2013.

XAVIER, D. **Internação compulsória**: depoimento. Caros Amigos, ano XV, 175. Entrevista concedida a Gabriela Moncau, out, 2011.

ZERBETTO, S. R.; GONÇALVES, A. M. S.; SANTILE, N.; GALERA, S. A. F.; ACORINTE, A. C.; GIOVANNETTI, G. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Escola Anna Nery**, v. 21; n. 1: e 20170005, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião

Projeto: **Análise comparativa entre os índices de eficácia terapêutica clínica – Médica e Espiritual – Alternativo entre pacientes em tratamento da dependência química**

Pesquisador: Roberta Mayara Alves de Souza

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, do Projeto de Pesquisa sob o título ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ÍNDICES DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA CLÍNICA – MÉDICA ESPIRITUAL – ALTERNATIVO ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto, de MESTRADO em CIÊNCIA DA RELIGIÃO. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o (a) equipe de pesquisa ROBERTA MAYARA ALVES DESOUSA ou com o (a) orientador (a) da pesquisa Professor (a) CAROLINA TELES LEMOS, nos telefones: (62)-98585-0649 ou robertaamayara@hotmail.com. Ou (62) 3946-1674, e-mail cteleslemos@uol.com.br.

Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N°1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512 funcionamento: 8h às 12h e 13h as17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

O objetivo do presente estudo é estabelecer uma comparação entre os processos terapêutico clínico e espiritual. Principalmente devido ao intenso relato de indivíduos reabilitados através de métodos terapêuticos e religiosos. Sendo assim, espera-se encontrar protocolos clínicos específicos a este contexto, compará-los sob sua eficácia em ambas as terapias.

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa, por apresentar idade acima de 18 anos, ter se submetido aos processos de reabilitação para drogas em uma instituição

religiosa cristã ou uma clínica de tratamento medicamentoso, tendo recebido alta em um período correspondente há 11 meses e 29 dias(onze meses e vinte e nove dias), ao início deste estudo.

Você responderá um questionário com o tempo de duração de 20 minutos, sobre os processos utilizados no período de sua reabilitação em que passou na clínica. Estes dados não serão utilizados nenhum meio eletrônico, como gravação de diálogo ou imagem sua.

Suas contribuições serão confidenciais com intuito de garantir o sigilo e a sua privacidade. Suas informações serão utilizadas para o objetivo do estudo. Esclareço que seja qual for o resultado da pesquisa, ela será publicada e divulgada em eventos. Porém, isso só ocorrerá com sua permissão, ao assinar este termo. Sua identificação e as informações registradas serão tratadas com sigilo e anonimato.

Estes dados permanecerão armazenando-as em “bancos de dados” físicos e magnéticos, que serão mantidos pelo pesquisador, cujo acesso será permitido apenas a orientadora e pela pesquisadora responsável, pelo prazo de cinco (05) anos, conforme determinam as Normas e Diretrizes da Resolução CNS 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Os riscos de sua participação serão mínimos, entre os quais você poderá ter desconforto ao responder alguma pergunta que lhe possa trazer alguma alteração comportamental. Para evitar este risco associado à pesquisa, o local da entrevista garantirá sua privacidade e sigilo, também você terá a total liberdade de se recusar a responder questões que lhe causem desconforto emocional e/ou constrangimento. Ainda, poderá retirar o seu consentimento de participar da pesquisa em qualquer momento. Caso você decida fazer isso, não sofrerá nenhuma penalidade e não terá nenhum prejuízo a alguma assistência a você, como também suas informações serão mantidas em total sigilo. Em todos os casos, na eminência de adversidades em função da coleta de dados, daremos o suporte necessário e encaminharemos para clínicas especializadas médicas ou psicológicas na região metropolitana da cidade de Goiânia tendo garantias de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios, decorrente da sua participação na pesquisa.

Quanto aos benefícios relacionados com a sua participação espera-se, com o resultado desta pesquisa, contribuir como processo assistencial a pacientes em tratamento para dependência química.

Em qualquer momento da pesquisa você poderá pedir esclarecimentos de eventuais dúvidas que tenha acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Também é assegurado a você o acesso gratuito aos resultados no decorrer e após o término desta pesquisa, podendo ser solicitados diretamente com a pesquisadora responsável.

Você não terá nenhuma despesa em relação a esta pesquisa, e também não terá contribuições financeiras em participar deste estudo, contudo, caso tenha gastos decorrente de sua participação, você tem a garantia que seus gastos serão ressarcidos.

E, caso você venha a ter algum prejuízo, ou dano, decorrentes dos procedimentos dessa pesquisa, poderá pleitear indenização por reparação a danos imediatos ou futuros, o pesquisador se obriga a indenizá-lo conforme estabelece a legislação vigente no país.

DECLARAÇÃO PESQUISADOR

Eu, _____ pesquisadora responsável por este estudo, esclareço que cumprirei as informações acima. Você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios devido a sua participação nesse estudo; e que suas informações serão tratadas com confidencialidade e sigilo. Você pode sair do estudo quando quiser, sem qualquer penalização. Se tiver algum custo por participar da pesquisa, será ressarcido; e em caso de dano decorrente do estudo, terá direito a indenização, conforme decisões judiciais que possam suceder.

DECLARAÇÃO PARTICIPANTE

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a pesquisadora ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de assistência, confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é voluntária e isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício.


Goiânia, ____, de _____, de 201__.

_____/_____/_____
Assinatura do participante Data

_____/_____/_____
Assinatura do pesquisador Data

APÊNDICE B – Declaração de Anuência da Instituição 1

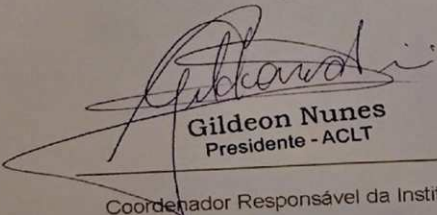
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião


PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa, **ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ÍNDICES DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA CLÍNICA – MÉDICA E ESPIRITUAL – ALTERNATIVO ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**, de responsabilidade do pesquisador **Roberta Mayara Alves de Souza** e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidade como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Goiânia, 25 de maio 2018.


Gildeon Nunes
Presidente - ACLT

Coordenador Responsável da Instituição

Associação Comunitária
Lapidando Tesouros
CNPJ: 13.842.520/0001-93

APÊNDICE C – Declaração de Anuência da Instituição 2



Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



GOVERNO
DE GOIÁS

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordado com o projeto de pesquisa “ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ÍNDICES DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA CLÍNICA - MÉDICA E ESPIRITUAL - ALTERNATIVO ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA”, de responsabilidade da pesquisadora **Roberta Mayara Alves de Souza**, e declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Aparecida de Goiânia-GO, 06 de junho de 2018.

CLEISON RODRIGUES DA SILVA
Diretor Geral do CREDEQ

À
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO
Goiânia - GO

APÊNDICE D- Questionário



Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião

Projeto: **Análise comparativa entre os índices de eficácia terapêutica clínica – Médica e Espiritual – Alternativo entre pacientes em tratamento da dependência química**

Pesquisador: Roberta Mayara Alves de Souza

Questionário a ser aplicado aos participantes da pesquisa

Data da entrevista: ____/____/____ N° de identificação: _____

1. Qual método que foi utilizado para dependência química?

a. () Religioso b. () Medicamentoso c. Outros: _____

2. Você se considera:

a. () branco b. () preto c. () amarelo d. () pardo e. () não informado

3. Seu estado civil:

a. () solteiro b. () casado c. () Divorciado d. () viúvo e. () união estável
f. () outros: _____

4. Grau de escolaridade:

a. () sem escolaridade g. () médio completo
b. () fundamental incompleto h. () superior incompleto
c. () fundamental completo i. () superior completo
e. () médio incompleto j. () Outros: _____

5. Qual a renda mensal do seu grupo familiar? (soma do rendimento de todos os membros da família que contribuem com a renda):

a. () até 2 salários mínimos d. () 2 e 4 salários mínimos
b. () 4 a 10 salários mínimos e. () 10 a 20 salários mínimos
c. () acima de 20 salários mínimos f. () não sei

6. Você pratica alguma religião? De que forma?

7. Quais foram as drogas utilizadas até hoje?

- b. () Cocaína b.() Maconha c.() Crack d. () Álcool
c. () Heroína f. () Ansiolíticos d. Outros: _____

8. O que te motivou a usar drogas?

- a. () Desarranjo familiar b. () Amigos c. () Financeiro
d.() Curiosidade e. () Desarranjo emocional f. () Modismo
g. () outros Quais? _____

9. Quantas vezes você buscou tratamento para dependência química

- a. () 1 vez b. () 3 vezes c. () mais que 6 vezes

10. Quais foram os tipos de tratamento que utilizou anteriormente para dependência química

- a. () Religioso b. () Medicamentoso c. Outros: _____

11. Você está abstinente (sem usar drogas)? Se sim, há quanto tempo?

- a. () Não b. () 2 a 4 meses c. () 5 a 7 meses d. () Menor que 12 meses

12. Porque você buscou esse tratamento?

13. Qual a sua motivação para continuar a prosseguir o tratamento

- a. () Familiar b. () Pessoal c. () Sociedade e. () Salvação
f. () fé g. () Medicamentos h. Outros: _____

14. Qual tipo de tratamento você recebeu após a alta?

15. O que você considera “cura da dependência por drogas?”

16. Você se considera curado? Por quê?

17. Após sua internação na instituição você considera-se seguro para enfrentar as crises de dependência química

- a. () Sim b. () Não c. () Talvez d. () Outros

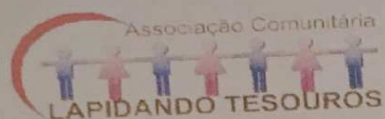
18. Como você se sente após o tratamento?

19. Após o tratamento como seus familiares e a sociedade te receberam?

20. Quais são as dificuldades que você enfrenta após tratamento de dependência química?

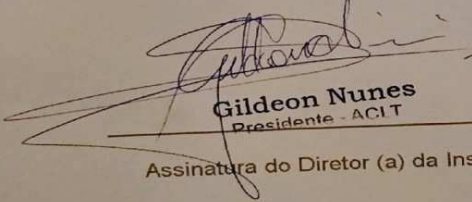
APÊNDICE E – Autorização para Manuseio de Prontuário da Instituição 1

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião

**AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS**

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio de prontuários de pacientes da Associação Comunitária Lapidando Tesouros para o Projeto de pesquisa **ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ÍNDICES DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA CLÍNICA – MÉDICA E ESPIRITUAL – ALTERNATIVO ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA** de responsabilidade da pesquisadora: Mestranda ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA, Portadora do RG. 4879329 SSP/GO, COREN 250.921 GO. Os prontuários deverão ser manuseados nas dependências da Associação Comunitária Lapidando Tesouros - que reservará sala adequada para este procedimento, afim que não discorra nenhuma inflação ética quando ao desenvolvimento da pesquisa.

Goiânia 25 de MAIO de 2018.

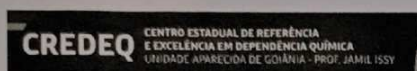

Gildeon Nunes
Presidente - ACIT

Assinatura do Diretor (a) da Instituição

Associação Comunitária
Lapidando Tesouros
CNPJ: 13.842.520/0001-93

APÊNDICE F – Autorização para Manuseio de Prontuário da Instituição 2

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião



GOVERNO
DE GOIÁS

AUTORIZAÇÃO PARA MANUSEIO DE PRONTUÁRIOS

Cientes das disposições da Resolução CNS 466/12, autorizo o manuseio de prontuários de pacientes do Centro Estadual de Excelência em Dependência Química - Professor Jamil Issy, para o projeto de pesquisa “ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ÍNDICES DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA CLÍNICA - MÉDICA E ESPIRITUAL - ALTERNATIVO ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA”, de responsabilidade da pesquisadora **Roberta Mayara Alves de Souza**, portadora do RG n.º 4879329 SSP/GO, COREN 250.921 GO. Os prontuários deverão ser manuseados nas dependências da instituição que reservará sala adequada para este procedimento, a fim de que não ocorra nenhuma infração ética quanto ao desenvolvimento da pesquisa.

Aparecida de Goiânia-GO, 06 de junho de 2018.

CLEISON RODRIGUES DA SILVA
Diretor Geral do CREDEQ

À
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO
Goiânia - GO

APÊNDICE G – Parecer Consubstanciado do CEP



Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS ÍNDICES DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA CLÍNICA e MÉDICA E ESPIRITUAL e ALTERNATIVO ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Pesquisador: ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 79525017.8.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.869.388

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo comparativo a ser realizado em clínicas de tratamento e acompanhamento para pacientes dependentes químicos em instituições de caráter religioso cristã e medicamentosa. A investigação comparativa será feita em relação aos processos, protocolos e procedimentos terapêuticos desenvolvidos nas instituições participantes. Serão estudados indivíduos com idade maior de 18 anos que passaram por acompanhamentos nas instituições referenciadas na cidade de Goiânia e Região Metropolitana que tenham recebido alta do acompanhamento em até 11 meses e 29 dias ao início do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Realizar investigação comparativa quanto aos processos, protocolos e procedimentos terapêuticos desenvolvidos em duas instituições clínicas que estejam ligadas ao acompanhamento e tratamento de pacientes dependentes químicos no Estado de Goiás: Uma pautada em preceitos médicos e outra que emprega a religião como possibilidade terapêutica.

Objetivos Específicos

I. Comparar os procedimentos desenvolvidos nos tratamentos ao uso: modelo biomédico e terapêutico espiritual;

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.889.388

- II. Analisar os índices de eficácia de ambos os procedimentos e as variáveis que as constituem;
- III. Mapear o perfil socioeconômico dos pacientes submetidos aos tratamentos propostos;
- IV. Verificar os processos de reinserção social e reincidência dos pacientes submetidos a ambos os tratamentos.
- V. Estudar as causas ou fatores de eficácia do emprego terapêutico da religião no tratamento da dependência química.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Após respostas as pendências as pesquisadoras apontaram a avaliação dos riscos do estudo, de acordo com o que determina a resolução 466/12.

Em relação aos benefícios: os resultados serão consolidados para análise bibliográfica e edificação do perfil sociocultural, possibilidade de novos protocolos terapêuticos e o sentido da religião ao homem perante a sua fragilidade na dependência química.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente em razão que busca realizar uma investigação comparativa quanto aos processos, protocolos e procedimentos terapêuticos desenvolvidos em duas instituições clínicas que estejam ligadas ao acompanhamento e tratamento de pacientes dependentes químicos no Estado de Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após respostas as pendências as pesquisadoras apresentaram todos os termos obrigatórios, de acordo com a resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.869.388

conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.

4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1022860.pdf	22/08/2018 16:18:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	22/08/2018 16:18:09	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	Orientador.pdf	21/07/2018 12:08:29	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	LattesRoberta.pdf	21/07/2018 12:07:54	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPUCCEP.docx	21/07/2018 12:02:56	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.doc	21/07/2018 11:25:17	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	istituicaocoparticipante2.jpg	21/07/2018 11:24:14	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	istituicaocoparticipante1.jpeg	21/07/2018 11:23:44	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartaautorizacaoreligiosa.jpeg	21/07/2018 11:23:22	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartaautorizacaomedicamentosa.jpeg	21/07/2018 11:22:54	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	21/07/2018 11:22:08	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 2.889.388

Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.docx	21/07/2018 11:22:08	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	21/07/2018 11:15:25	ROBERTA MAYARA ALVES DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 03 de Setembro de 2018

Assinado por:
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@pucgoias.edu.br