



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ALINE DE SOUZA ARAÚJO FERNANDES PINHEIRO

DEPENDENTES QUÍMICOS: A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DO
CAPS AD – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E DROGAS III – JOVEM CIDADÃO

JOÃO PESSOA
2020

ALINE DE SOUZA ARAÚJO FERNANDES PINHEIRO

DEPENDENTES QUÍMICOS: A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DO
CAPS AD – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E DROGAS III – JOVEM CIDADÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para a obtenção do título do Mestre em Ciências das Religiões.

Orientadora: Dr^a Elisa Pereira Gonsalves

Linha: Espiritualidade e Saúde

JOÃO PESSOA

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P654d Pinheiro, Aline de Souza Araujo Fernandes.

Dependentes químicos: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III - Jovem Cidadão / Aline de Souza Araujo Fernandes Pinheiro. - João Pessoa, 2021.
121 f.

Orientação: Elisa Pereira Gonsalves.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE.

1. Dependência química. 2. Espiritualidade. 3. Religiosidade. 4. Práticas Integrativas Complementares.
I. Gonsalves, Elisa Pereira. II. Título.

UFPB/BC

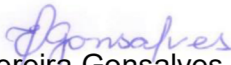
CDU 615.015.6(043)

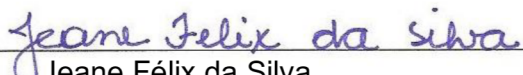
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

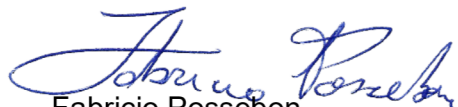
DEPENDENTES QUÍMICOS: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão.

Aline de Souza Araújo Fernandes Pinheiro

Dissertação apresentada à banca examinadora formada pelos seguintes especialistas.


Elisa Pereira Gonsalves
(orientadora)


Jeane Félix da Silva
(membro-externo/UFPB)


Fabricio Possebon
(membro-interno)

Aprovada em 09 de dezembro de 2020.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Trindade Santa, que se revela a mim com bondade infinita, em quem eu confio e rogo diuturnamente pela minha vida e de familiares.

À Santíssima Virgem Maria, modelo de fé e confiança nas promessas de Deus, a quem honro e sirvo com esmera veneração.

Aos meus pais: pai (*in memoriam*) e mãe, exemplo de fé e superação, pela educação que me foi dada, com amor e esmero.

Ao meu esposo, Paulo, que em muito me ajudou com seu apoio e incentivo incondicional, a quem eu amo hoje mais que ontem e menos que amanhã. Obrigado por investir seu amor, respeito, dedicação e orações à realização dos meus sonhos e projetos.

Aos meus filhos, Paulo Neto (16) e Maria Clara (14), minha razão de ser e de lutar. Vocês fazem minha vida valer muito a pena.

Aos meus irmãos, Zélia, Fátima, Hélio Júnior, Izis Cristina, Ricardo, Matheus que torcem por mim e se alegram com as minhas vitórias.

Aos meus familiares e amigos, que ao longo da minha vida se fizeram presenças constantes e amorosas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elisa Gonsalves Possebon, pelo exemplo de dedicação ao conhecimento científico e ao ensino. Aceitou-me sem me conhecer e me orientou da melhor forma possível. Deixo-lhe meus mais sinceros sentimentos de gratidão, respeito e admiração.

Aos componentes do nosso querido grupo de mestrado e doutorado em Ciências das Religiões, pela honra de me permitir aprender e ter momentos inesquecíveis de conhecimento.

A todos os usuários dos CAPS AD III da Torre (atualmente em novo endereço), que participaram por demanda espontânea desta pesquisa, enriquecendo a Ciência de forma ímpar.

Aos funcionários do CAPS AD III da Torre (atualmente em novo endereço) por me cederem a recepção para realização desta pesquisa.

*Deus quer destruir em ti
o que tu mesmo fizeste
e pôr a salvo em ti
o que ele fez.*

Santo Agostinho

RESUMO

Dada as peculiaridades e complexidade do fenômeno das drogas, que se tornou um grave problema de saúde pública no Brasil, foram criadas políticas públicas para priorizar uma atenção voltada para o psicossocial, por meio da criação dos centros de atenção psicossocial, nos quais tentam-se implementar as práticas integrativas complementares no processo terapêutico desses indivíduos. Nesse contexto, trazemos uma abordagem acerca da dimensão espiritual da saúde a partir das práticas integrativas, entendendo assim a dimensão espiritual como preconizada pela OMS desde 1988. Portanto, analisamos a influência da espiritualidade e religiosidade no contexto terapêutico dos usuários de álcool e drogas do centro de atenção psicossocial álcool e drogas III (CAPS AD). Para consolidar os nossos objetivos, aplicamos um questionário aberto adaptado, com questões específicas sobre aspectos de espiritualidade e religiosidade em usuários de álcool e drogas, além de um questionário que abordou os aspectos socioeconômicos do perfil dos usuários. Os dados sociodemográficos e do perfil dos usuários foram tabulados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS versão 22.0) e analisados por meio de estatísticas descritivas na forma de frequência absoluta, frequência relativa e medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão). Os dados decorrentes das entrevistas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo temática, com auxílio do software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Para efeito do tratamento dos dados, foram realizadas a Classificação Hierárquica Descendente, a Análise de Similitude, e a extração da nuvem de palavras. Nos resultados, apresentamos que o maior número de assistidos são homens jovens; que há o reconhecimento que a espiritualidade, tanto quanto a religiosidade, auxilia no processo terapêutico de reabilitação pautada no respeito pela multidimensionalidade do ser humano, além da compreensão dos aspectos biopsicossociais.

Palavras chaves: Dependência química. Espiritualidade. Religiosidade. Práticas integrativas complementares.

ABSTRACT

Given the peculiarities and complexity of the drug phenomenon, which has become a serious public health problem in Brazil, public policies have been created to prioritize psychosocial-focused care, through the creation of psychosocial care centers, in which complementary integrative practices are tried to implement in the therapeutic process of these individuals. In this context, we bring an approach about the spiritual dimension of health from integrative practices, thus the spiritual dimension as recommended by the WHO since 1988. Therefore, we analyzed the influence of spirituality and religiosity in the therapeutic context of alcohol and drug users of the psychosocial care center alcohol and drugs III (CAPS AD). To consolidate our objectives, we applied an adapted open questionnaire, with specific questions about aspects of spirituality and religiosity in alcohol and drug users, in addition to a questionnaire that addressed the socioeconomic aspects of the users' profile. The sociodemographic and profile data of the users were tabulated *in the software* Statistical Package for the Social Sciences (IBMSPPSS version 22.0) and analyzed by descriptive statistics in the form of absolute frequency, relative frequency and measures of central tendency and dispersion (mean and standard deviation). The data resulting from the interviews were analyzed using the technique of thematic content analysis, with the aid of the software Iramuteq (Interface of R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). For data processing, the Descending Hierarchical Classification, The Similitude Analysis, and the extraction of the word cloud were performed. In the results, we present that the largest number of assisted are young men; that there is recognition that spirituality, as much as religiosity, assists in the therapeutic process of rehabilitation based on respect for the multidimensionality of the human being, in addition to the comprehension of biopsychosocial aspects.

Keywords: Chemical dependence. Spirituality. Religiosity. Complementary integrative Practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O padrão de consumo dos indivíduos é moldado	28
Figura 2 - O campo dos transtornos relacionados ao uso e substâncias psicoativas	29
Figura 3 - Nuvem de palavras	87
Figura 4 - Árvore Máxima de Similitude.....	89
Figura 5 - Dendograma descritivo das classes de análise.....	90
Figura 6 - Classes temáticas	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de dissertações de mestrado	21
Quadro 2 - Distribuição de tese de doutorado	21
Quadro 3 - Critérios do DSM-5 para Transtornos por uso de substância	30
Quadro 4 - Agrupamentos gerais dos critérios diagnósticos para Transtornos	31
Quadro 5 - Critérios da CID-10 para “síndrome de dependência” e para “uso nocivo”	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica (N = 21)	82
Tabela 2 - Caracterização sobre o uso de Drogas.....	85
Tabela 3 - Profissões	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	- Álcool e drogas
APA	- Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CHD	- Classificação hierárquica descendente
CID-10	- Classificação internacional das doenças
CONAD	- Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
DSM-5	- Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais
IMPAD	- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do álcool e outras drogas
Iramuteq	- Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
LSD	- Dietilamida do ácido lisérgico
NAPS	- Núcleos de Apoio Psicossocial
PICs	- Práticas Integrativas Complementares
PNAD	- Política Nacional Sobre Drogas
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNPIC	- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PTS	- Projetos Terapêuticos Singular
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RD	- Redução de danos
SENAD	- Secretaria Nacional Antidrogas
SNC	- Sistema Nervoso Central
SRT	- Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	- Sistema Único de Saúde
TUS	- Transtorno de uso de substâncias
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 A ESCUTA PARA ALCANÇAR A PERCEPÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	17
2.1 O âmbito da investigação	19
2.2 Dependência Química	23
2.2.1 Classificação das substâncias psicoativas	34
2.2.2 As emoções na dependência química: motivações ao uso x motivações para mudança de comportamento	37
2.2.3 A dependência química e o trabalho	41
2.3 O desenho teórico metodológico da pesquisa	44
2.3.1 Participantes	48
2.3.2 Instrumentos	49
2.3.3 Procedimentos	49
2.3.3.1 Coleta de dados	49
2.3.3.2 Análise de dados	50
2.3.3.2.1 Quantitativa	50
2.3.3.2.2 Qualitativa	50
3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	53
3.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: estratégia de política pública de saúde	57
3.1.1 Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	61
3.1.2 CAPS: modelo biomédico x modelo biopsicossocial	64
3.1.3 Práticas Integrativas Complementares – PICS no CAPS AD	67
3.1.4 As Práticas Integrativas Complementares: um caminho para espiritualidade e religiosidade	72
3.1.5 Dependência química: uma perspectiva nas Ciências das Religiões	75
3.1.6 Dependência química: fenômeno humano e as Ciências das Religiões	77
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
4.1 Relato de caso: meu pai chamava meu vício de esporte	94

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104
ANEXOS	116
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	117
ANEXO II - QUESTIONÁRIO	119
ANEXO III - ROTEIRO DE ENTREVISTA	120
ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO PPGCR/CE/UFPB PARA ENVIO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA.....	121
ANEXO V – FOLHA DE ROSTO DO COMITÊ DE ÉTICA	122

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada *Dependentes Químicos: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão* é um estudo realizado no âmbito do Mestrado de Ciências das Religiões, no Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba, que tem como objetivo primário analisar a influência da religiosidade e da espiritualidade nos usuários de drogas do CAPS AD – Jovem Cidadão em João Pessoa – PB, no processo terapêutico.

A composição está disposta em cinco partes textuais, nos quais, além desta inicial apresentação da pesquisa, temos três capítulos e as considerações finais. Assim, no segundo capítulo uma introdução expondo nosso aproximar com o tema, passando pela descrição da metodologia, uma descrição aprofundada da dependência química em seu todo, do conceito, classificação e impacto social na vida do indivíduo. No terceiro capítulo, abordaremos o nosso campo de pesquisa – os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as práticas complementares integrativas como um caminho para espiritualidade e religiosidade. Também será vista a reflexão sobre a dependência química e as ciências das religiões, adentrando na complexidade da espiritualidade e saúde como objeto de estudo, expondo conceitos e a importância de distinguir os termos espiritualidade e religiosidade.

O tertio item do corpo desta dissertação é a apresentação da pesquisa com o *locus* selecionado para o estudo, o questionário de necessidades espirituais como instrumento de coleta de dados. Além das técnicas estatísticas escolhidas para acudir essa investigação, a saber: estatísticas descritivas e análise qualitativa do conteúdo e discurso do sujeito, realizado através do *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq), interface R para análises multidimensionais de textos e questionários, desenvolvido no Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales - Universidade de Toulouse II – Jean Jaurès.

Abeirando-se o término, dando corpo aquilo que propusemos, no quarto capítulo apresentamos os resultados angariados e meticulosamente analisados, além

da discussão na qual vamos bispar a compreensão daquilo que seria ao perfil sociodemográfico e influência da espiritualidade e religiosidade no contexto terapêutico dos usuários de álcool de drogas do CAPS-AD III. Por fim, foi realizado um relato de caso, baseado na entrevista, no qual ilustramos as nuances da pesquisa.

2 A ESCUTA PARA ALCANÇAR A PERCEPÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Neste capítulo, objetivamente tratamos sobre o âmbito da pesquisa, desde o encontro com o tema até o seu desenho metodológico. Portanto, problematiza-se o assunto *Dependentes Químicos: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão*. Nesse sentido, inicialmente apresentamos uma reflexão acerca do nosso encontro com o objeto.

Em 2012, assumimos após concurso público na área de psiquiatria na Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) uma vaga no CAPS do Rangel, onde realizamos atendimentos aos usuários de álcool e drogas, caracterizando nosso contato inicial com a temática: dependência química. Nessa mesma época, iniciamos a residência em infectologia cujo ingresso também é realizado por seleção pública. Por uma questão de compatibilidade de horário, pedimos transferência para o Cais Cristo, já que lá dispunha de período laboral noturno para atendimentos, tendo vista que a carga horária exigida pela residência eram um total de 60 horas semanais. A partir de então, passamos a desenvolver as nossas atividades no atendimento aos usuários com os mais variados transtornos mentais. De certa forma, caracterizando o nosso afastamento da dependência química, já que era no CAPS AD onde se encontravam os responsáveis por esse tipo de atendimento.

Em julho de 2017, recebemos o convite para trabalhar no CAPS AD do Estado, no qual retornamos as nossas atividades com usuários de álcool e drogas. Inicialmente, a diretora ao saber que tínhamos no currículo um curso de psicanálise, convidou-nos a participar do grupo de autoajuda que era ministrado pelos psicólogos da instituição, que realizavam as reuniões às segundas e sextas-feiras nos turnos da tarde.

Optamos por participar das reuniões às sextas-feiras, já que era o horário compatível com o nosso serviço. Após várias participações nesses grupos, nas quais ouvimos vários depoimentos, ou seja, tendo como aliada uma escuta profunda, muitas vezes sem intervenção alguma, simplesmente mergulhamos nessa escuta enriquecedora e até mesmo desafiadora, já que ali eram relatadas histórias de vida

diversas, com um problema em comum: o desafio de vencer dia a dia, a dependência química, com todos os percalços inerentes.

Ao longo das nossas participações, um outro tema surge: a percepção da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico desses usuários. E nasce uma inquietação de proporções inimagináveis. A escuta tornou-se algo tão valioso, um enriquecimento humano passara naquele momento. Percebíamos por meio dos discursos que os usuários ao conseguir sair ou reduzir o consumo das drogas, relatavam com afinho o poder da fé e a experiência com “Deus”, um aliado para vencer algo que para cada um era maior que eles, algo que só uma força maior seria capaz de ajudá-lo com tal sofrimento.

Não importava qual a sua religião, havia sempre expressão da espiritualidade e a religiosidade como um suporte a mais. Também observávamos que o depoimento de um usuário tornava “humano” o fenômeno dependência química, além de os aproximar, de tal maneira que se sentiam acolhidos e compreendidos, com as partilhas dos desafios vivenciados em sua totalidade.

Como entender o fenômeno dependência química frente a espiritualidade e religiosidade? É possível entender esse fenômeno? A espiritualidade e religiosidade podem contribuir de alguma forma no processo terapêutico desses usuários? Um turbilhão de questionamentos não cabia mais em nossos pensamentos. Como começar então?

Coincidência ou não, nesse momento recebemos um presente da cunhada: o livro *Saúde e Espiritualidade*, de Paulo Celso Nogueira Fontão e Cols. Pronto, nosso ponto de partida acabara de chegar: a espiritualidade na saúde. Logo depois, iniciamos arduamente pesquisas na *internet* para analisar a viabilidade no tema e encontro um novo livro: *Religião, psicopatologia e saúde mental* (2008), de Paulo Delgalorrondo, além de outros autores, como Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) que abrem caminho para os nossos desafios na pesquisa, os quais seriam muitos a revelarem-se, mas nos dispusemos a enfrentá-los!

A história recente da área da saúde demonstrou uma crescente valorização da religiosidade e da espiritualidade enquanto recursos terapêuticos e objetos de pesquisa (COOK, 2004; MONOD *et al*, 2011). Em consonância, esse movimento está atrelado à produção de conhecimento e desenvolvimento de instrumentos psicométricos como forma de avaliar as diversas facetas dessas dimensões. Essa

mesma realidade se reproduz no âmbito da área que explora temas correlatos ao uso de álcool e outras drogas (MONOD *et al*, 2011).

Vários estudos científicos apontam para a relevância desse tema no tocante às melhorias das condições de saúde, de forma concreta e positiva no bem-estar físico e mental do ser humano. Com isso, percebe-se hoje que o maior envolvimento religioso está relacionado às baixas taxas de uso e abuso de álcool e drogas. Acerca disso, Moreira-Almeida, Lotufo e Koenig (2006) constataram uma menor prevalência de: depressão, transtorno de ansiedade, comportamento antissocial, uso de nicotina, álcool e abuso de drogas entre os religiosos e espiritualizados.

O entendimento de que a religiosidade e espiritualidade são duas entidades diferentes é o ponto de partida. Religião implica em um sistema de crenças a que um indivíduo adere, enquanto espiritualidade pode ser compreendida com a experiência atual de uma pessoa em relação aos outros, com a natureza e com Deus. Espiritualidade é encontrada por meio de um relacionamento pessoal com o sobrenatural (LARSON, 2003). Acreditar em Deus e suas convicções espirituais podem conferir um poder a mais, ser capaz de influenciar a vida e tornar seus comportamentos humanos diferentes, proporcionando a melhor forma de lidar com as adversidades da vida, com as experiências de dor e sofrimento, nas quais a dependência química está inserida e, assim uma tomada de postura frente aos desafios pertinentes a esse adoecimento.

Considerando as peculiaridades dessa problemática, no papel de pesquisadora, atuamos como médica infectologista com especialização em Psiquiatria desde 2012. Inicialmente no Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD) do Rangel, logo após no Cais do Cristo e mais recentemente no CAPS AD III – Jovem Cidadão da Torre, onde além de realizarmos atendimento médico, desenvolvemos atividades no grupo de autoajuda. Nesse contexto, adentramos nessa temática.

2.1 O âmbito da investigação

O uso de substâncias psicoativas tem sido uma prática mundial entre as sociedades, até milenar, passando do uso com fins religiosos, culturais e medicinais. Elevados índices de prevalência no consumo das substâncias psicoativas e a

presença comórbida de transtornos do uso abusivo de substâncias têm causado danos sociais de grande impacto na vida humana, inclusive no contexto familiar.

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

A dependência química trata-se de um transtorno por uso de substâncias, que corresponde à presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Esses sintomas evidenciam que o indivíduo continua a utilizar uma determinada substância, apesar dos problemas significativos relacionados à mesma – tanto em termos de saúde quanto pessoais e sociais. Sendo assim, existe um padrão de autoadministração repetida, o qual geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga (FAVARO, DE PAULA, 2012).

Com intuito de conhecer as discussões acerca do tema, além dos livros e periódicos, foi realizada uma pesquisa na plataforma Biblioteca Digital Domínio Público. A busca foi realizada na área de Teologia, haja vista que não havia disponibilidade na área Ciências das Religiões. Foram utilizadas como palavras-chave “espiritualidade”, “religiosidade”, “dependência química”, “drogas” e “drogadição”, e “políticas públicas”.

Dos resultados obtidos, pode-se afirmar que há poucos trabalhos com a temática, embora como já afirmamos há uma crescente valorização. Foram encontrados 11 trabalhos de dissertação de mestrado nas variadas áreas como: Psicologia com 4 (quatro) trabalhos, Teologia 2 (dois) trabalhos, Enfermagem com 1 (um) trabalho, Educação com 1 (um) trabalho, Farmacologia com 1 (um) trabalho e, por fim, 1 (um) trabalho em Saúde Pública. No tocante a tese de doutorado, 1 (um) trabalho em Ciência da Religião. Todos foram listados respectivamente nos Quadros 1 e 2, mais adiante, no qual dispomos por ordem: coluna 1 - título dos trabalhos; coluna 2 - autores e autoras citados de acordo com as normas da Associação brasileira de normas técnicas (ABNT), a data (ano) das defesas realizadas, além das instituições nas quais foram desenvolvidas as investigações.

Quadro 1- Distribuição de dissertações de mestrado

Dissertações		
Título	Autor/Autora	Ano e Instituição
A dimensão da espiritualidade no processo de recuperação de um grupo de alcoolistas: estudo sob o enfoque da Psicologia Analítica	BARNABÉ JUNIOR, Odesio	2010 PUC/SP
As representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento	SILVA, Priscila de Lima	2007 UFBA/BA
Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas: análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial	FODRA, Rosita Emilia Pereira	2008 UNESP/SP
A religiosidade vivenciada na recuperação de dependentes químicos	LUZ, Marcia Maria Carvalho	2008 PUC Campinas/SP
A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos	VITT, Samanta Julian dos Santos	2009 EST São Leopoldo
A espiritualidade no aconselhamento de apoio às pessoas que desejam parar de fumar	GOTHCHALK, Carlos Humberto Mendes	2010 EST São Leopoldo
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: re-construção de uma prática	MARINHO, Angélica Mota	2010 UFC/Fortaleza
As políticas públicas para o encaminhamento das questões das drogas no Município de Ponta Grossa	SANTOS, Edna Maria Siqueira	2007 UEPG Ponta Grossa
Como avaliar a qualidade do tratamento de atenção psicossocial – álcool e drogas (capsad): relato de caso	SHIOKAWA, Eduardo	2010 UFPR Paraná
Associação entre religiosidade e uso de álcool na população brasileira	NAGIB, Mirna Granato Salomão.	2009 UFJF, Juiz de Fora

Quadro 2 - Distribuição de tese de doutorado

Tese		
Título	Autora	Ano e Instituição
Alcoolismo, pentecostalismo e família Conversão, mudanças sistêmicas nas relações familiares e recuperação de alcoólicos	Maria Bernadete Pita Guimarães	2008/UFJF/Juiz de Fora

Fonte: Dados da pesquisa (PINHEIRO, 2020).

Dos onze trabalhos elencados, observou-se que vão tratar da temática com abordagens e com abrangências diferentes, muito atreladas às áreas de atuação. Por exemplo, as primeiras dissertações do Quadro 1 são da área de Psicologia, nas quais ressaltamos a relação entre a espiritualidade e religiosidade como dimensão humana no contexto terapêutico dos usuários de drogas, bem como as representações sociais, incluindo a família e os serviços de saúde disponíveis para prestação de assistência especializada como suporte ao tratamento.

Logo a seguir, destacamos as dissertações da Teologia que, de fato, vão abordar a influência da religiosidade e da espiritualidade na recuperação de dependentes químicos em situação de abstinência, assim como a compreensão dos fatores apontados como importantes na recuperação, observando se há influência positiva do desenvolvimento da espiritualidade na recuperação da dependência química, além de pesquisar na literatura a importância do desenvolvimento da espiritualidade para a saúde mental. Esse trabalho permitiu uma identificação evidente com a temática estudada nesta pesquisa.

As demais dissertações da área de Enfermagem, Educação e Farmacologia exibem um perfil de avaliação dos serviços prestados da atenção direcionada aos usuários de drogas, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fazendo uma breve narrativa histórica sobre as drogas, entendendo-as como um fenômeno histórico-cultural com implicações médicas, políticas, religiosas e econômicas, para chegar às políticas que estão postas à estrutura nacional, à estadual e à municipal. Assim, com análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica, abordando ainda a prática desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), com enfoque no saber-fazer das equipes multiprofissionais neles atuantes, a partir dos dispositivos de atenção ao usuário de droga com base nos preceitos das políticas atuais sobre drogas.

Por fim, a única tese de doutorado aborda o processo de conversão ao pentecostalismo como fundante de um rearranjo eficiente do sistema familiar, em particular da família alcoólica, na qual o fator de sustentação é o da família considerada como sistema, sendo a ideia que se vincula diretamente à epistemologia ecossistêmica de Gregory Bateson.

A partir do encontro com o tema aliada à literatura descrita acima, percebe-se que a problemática do tema merece mais estudos e trabalhos a fim de propiciar

subsídios e caminhos para o processo terapêutico dos usuários de álcool e drogas sob o enfoque da espiritualidade e religiosidade. Buscar respostas parece ser o caminho a ser seguido diante do grande desafio da dependência química no mundo moderno e como estratégia de políticas de saúde. Nesse sentido, esta pesquisa propõe a percepção da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão.

2.2 Dependência Química

As drogas sempre fizeram parte da história da vida humana há milhares de anos. Dentre elas, pode-se citar o ópio, que foi usada para fins medicinais há pelo menos 3.500 anos e a cannabis, que pode ser encontrada em antigos herbários chineses. Uma das primeiras descrições acerca do uso indevido de álcool foi feita por Aristóteles no século IV a.C. Outros relatos e observações de padrões alterados e seus efeitos foram igualmente referidos em trechos bíblicos (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Na Antiguidade, as substâncias eram utilizadas principalmente para fins ritualístico-religiosos, como é o caso do ópio citado acima e de outras substâncias. Eles eram consumidos com o objetivo de estabelecer contato com os deuses ou de suportar as adversidades ambientais encontradas à época. Acreditava-se que tal coisa só era possível após o consumo dessas substâncias. Em países latino-americanos, acometidos pela precariedade de alimentos, o hábito de mascar folhas de coca e tabaco ajuda a suportar a fome e diminuir a fadiga. A *Ayahuasca*, uma bebida produzida a partir da decocção de vegetais, tem sido utilizada por indígenas da Bacia Amazônica há mais de 4.000 anos com caráter místico. Seu consumo se alastrou nas últimas décadas pelo Brasil e pelo mundo, e, em 1992, seu uso ritualístico-religioso foi considerado lícito pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

A partir do Renascimento, o homem adquiriu mais autonomia sobre o seu destino, outrora atribuído exclusivamente a Deus e seus representantes na Terra. Nesse período, a tecnologia agrícola dá um salto de eficiência e qualidade, disponibilizando mais alimentos. As Grandes Navegações do século XV, trazem para

Europa novas plantas psicoativas, como o tabaco, o café e a coca, ocorrendo a síntese da cocaína, isolada da substância ativa da folha de coca (*Erythroxylum coca*), sendo inicialmente considerada analgésica e anestésica, como também de ação tonificante e fortificante.

Outras plantas utilizadas durante a Antiguidade, como a papoula e a maconha foram reincorporadas ao cotidiano europeu. Ainda nesse mesmo século, a descoberta da destilação disponibilizou bebidas com altas concentrações alcoólicas de 30% a 70% (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Por fim, as Revoluções Industriais no século XVIII e Científica no século XIX, permitiram isolar os princípios ativos das plantas psicoativas e os disponibilizaram em larga escala nas farmácias de todo o mundo. Além disso, a sociedade europeia passou por mudanças radicais a partir da Idade Moderna, onde observa-se cidades inchadas a cada dia e uma legião de camponeses se apertava em cortiços e guetos, vivendo na pobreza e desempregada, corroborando para o consuno dessas substâncias.

No meio médico, o pai da Psicanálise, Sigmund Freud, foi um dos primeiros a recomendar o uso da cocaína, tendo em vista a sua ação analgésica e até sua propriedade antidepressiva, chegando ele mesmo a fazer uso por anos. Com esses possíveis efeitos presumivelmente “benéficos”, seu consumo atinge rapidamente todo o mundo. Com isso, começou-se a observar as diversas consequências decorrentes desse uso, tais como alterações de comportamento, aumento da agressividade e estabelecimento da dependência, levando à sua subsequente proibição, tornando-se uma droga ilícita.

Na Inglaterra, durante a Revolução Industrial, por volta de 1800, o álcool adquire um papel de destaque, já que passa a ser usado de forma abusiva por operários como forma de calmante para aliviar as péssimas condições de trabalho vivenciadas na época. Ainda pode-se encontrar essa situação atualmente. Mas será apenas na década de 1950 que o uso de álcool passa a ser entendido como algo problemático, no qual a sociedade se organiza em prol desse novo dilema social, isso é bem observado nos Estados Unidos.

Em 1895, a heroína é sintetizada pela companhia alemã Bayer, onde foi utilizada como analgésico e antitussígeno para crianças, mesmo com seu efeito com potencial aditivo. O nome “heroína” provém do alemão *heroisch*, que significa heroico,

como alusão aos seus potentes efeitos. Seu nome foi cedido pelos alemães aos aliados em 1918, como reparação devido a Primeira Guerra Mundial.

A dietilamida do ácido lisérgico, comumente conhecida como LSD, foi sintetizada em 1938 pelo laboratório farmacêutico Sandoz, a partir do fungo *Claviceps purpurea*, do qual derivam os chamados alcaloides do *ergot*. Seu uso foi bastante difundido por provocar sintomas psicóticos similares aos da esquizofrenia.

A partir da década de 1980, com o advento do *crack*, criado como um derivado mais barato da cocaína, como forma de aproveitar o sobressalente de menor qualidade de sua depuração, foi observada também uma grande migração de usuários de drogas injetáveis para o uso de *crack*, pelo medo da contaminação (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

A partir disso, entendemos que o uso de drogas fez e faz parte da construção da “identidade cultural” dos indivíduos e das sociedades ao longo dos tempos, exercendo papel importante na estrutura social e mítico também. Muito embora, verifica-se que sua aceitação social apresenta enorme variação. Assim, enquanto algumas substâncias são liberadas para uso, como o álcool e o tabaco, outras são proibidas ou têm sua comercialização controlada por receitas médicas.

O fenômeno das drogas na contemporaneidade tem sido um tema complexo que quase sempre é negligenciado. Boa parte da literatura disponível sobre drogas e seus impactos na vida humana delimita a complexidade deste objeto de estudo, levando em conta suas múltiplas dimensões nos âmbitos individuais e coletivos. Ademais, estabelece que se encontra diante de um problema de saúde pública de difícil solução, necessitando de um grande empenho em aplicar medidas públicas destinadas à população acometida.

Um ponto de partida fundamental no tocante ao referido tema é delimitar alguns conceitos-chave importantes no campo teórico, com os quais estão sendo dialogados, pois, esses conceitos que podem levar a muitas confusões se não os deleitam com alguma precisão. Inicialmente, começa-se pelo termo droga, que é definido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) como “substância psicotrópica ou psicoativa capaz de modificar o funcionamento da atividade cerebral, podendo gerar distintas alterações no comportamento, no humor, na cognição e na percepção”.

Os efeitos das substâncias químicas sobre a fisiologia e o estado emocional no ser humano não decorrem apenas das propriedades farmacológicas das substâncias,

mas da associação das características dessas substâncias, do estado psicológico do consumidor e dos fatores sociais dos quais o consumidor está inserido. Essa perspectiva sugere que além de objeto para a ação farmacológica, as pessoas sejam reconhecidas como sujeitos ativos na construção dos sistemas ativos na construção de sistemas de significação e práticas de consumo.

Diversas são as motivações associadas à dependência química, entre elas podem estar os problemas pessoais e sociais, a satisfação momentânea das angústias, a fuga da realidade, privações e carências afetivas. O uso de drogas foi visto de outras formas em outros tempos, lazer e terapêutica, por exemplo. Hoje muitas vezes está associado à obtenção do prazer, contudo é visto como algo disfuncional e destrutivo, impedindo o usuário de viver conforme os estatutos sociais vigentes (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

A partir de uma perspectiva histórica, Escotado (2005) observa que antes do surgimento de leis repressivas, a definição usualmente admitida para o termo droga era a grega *Phármakon*, ou seja, uma substância que compreende ao mesmo tempo um remédio e um veneno. Referindo-se a isso, o autor argumenta que qualquer droga constitui um potencial veneno e um potencial remédio.

Apesar do uso de substâncias psicoativas ter ultrapassado as épocas e culturas de nossa história, mas a ideia de dependência como um conceito, se constitui na modernidade, surgindo como instrumento de um processo complexo no tocante ao diagnóstico, como experiência diante da substância psicoativa experimentada. Nela, o evento da primeira experimentação até o diagnóstico de dependência passa pelo uso esporádico, uso regular e abuso.

A expressão dependência é usada quando se fala em transtornos por uso de substâncias, caracterizando-se por um padrão de consumo compulsivo. Tal padrão de consumo, em geral, está voltado para o alívio ou a evitação de sintomas provocados pela abstinência, interferindo na execução de atividades e compromissos sociais realizadas pelo indivíduo, que passa a abandoná-los ou negligenciá-los em função do uso.

Na dependência comportamental, atividade de busca pela substância e evidências relacionadas de padrões de uso patológico ganham destaque, enquanto a dependência física se refere aos efeitos fisiológicos de múltiplos episódios de uso da substância. Já a dependência psicológica, também denominada habituação,

caracteriza-se por uma fissura (desejo intenso) contínua ou intermitente pela substância para evitar um estado disfórico (SADOCK, 2017). Também com relação à dependência química estão associadas as seguintes palavras: adição, adito e toxicodependência.

O fenômeno da dependência química começa a partir da decisão do indivíduo em consumir droga em determinado momento da vida; importante ressaltar que a pressão que existe por parte do meio tem um papel relevante para a o início e a manutenção do comportamento dependente (ANDRADE, 2015). Logo, a dependência química pode ser entendida como uma patologia que se estabelece progressivamente pela relação de um indivíduo com algum tipo de substância psicoativa. Essa relação faz com que, aos poucos, o indivíduo vá formando um estilo de vida em função do uso da substância psicoativa. E, esse estilo se torna palco da progressão da dependência química, permitindo que ela se instale.

Nesse entendimento, a partir desse processo, compreendemos que a dependência é como uma doença que tem sua sintomatologia voltada para o comportamento do indivíduo, para o seu estilo de vida, sendo por isso identificada a partir da observação deste. Tal fato envolve padrões de ação e de crenças pessoais muito particulares, característicos dessa condição (GIGLIOTTI; GUIMARÃES, 2007). Em função disso, faz-se necessário modelos de tratamento que visem tipos de intervenções, que incluam diversas estratégias de abordagem do problema, considerando elementos biológicos, psicológicos e sociais, entendendo o usuário como ser integral. Essas estratégias necessitam levar em consideração: a baixa adesão e a falta de motivação para o tratamento, os quais acarretam frequentemente recaídas.

Segundo Magrinelli e Oliveira (2006), é consenso na literatura mundial o alto índice de recaídas dos indivíduos dependentes, independentemente da modalidade e do número de tratamentos a que eles se submetem ao longo de suas vidas. Nesse sentido, a motivação mostra-se um fator de relevância em relação à adesão ao tratamento. Nesse sentido, um indivíduo com grave dependência de droga pode estar motivado para a mudança do seu comportamento, como também pode não desejar a mudança, simplesmente pelo fato de não imaginar sua vida sem a droga, visto que o fato de buscar tratamento não significa uma motivação para a mudança do comportamento problema (ORSI; OLIVEIRA, 2006). Assim, de acordo com a teoria

cognitiva, o sujeito em sofrimento fica preso a um estilo para manter a sobrevivência em situações de ameaça e a capacidade de cogitar outras interpretações ficam bloqueadas (BECK; ALFORD, 2000).

O conceito atual de dependência, a partir dos anos 70, alguns autores propuseram o conceito de 'síndrome de dependência do álcool' (SULLIVAN; HAGEN, 2002). Tal conceitualização partia de três pressupostos básicos mencionados a seguir. Em primeiro, a dependência é considerada uma *síndrome nosológica*, ou seja, um agrupamento de sinais e sintomas que se repete com certa frequência em alguns usuários dessas substâncias, sem, no entanto, haver uma causa única ou recorrente (RIBEIRO, 2015). Em segundo, tal síndrome vai se organizar dentro de níveis de gravidade e não como um absoluto categórico. Daí, essa noção é extremamente importante, pois se deve buscar não um sintoma característico e patognomônico que a defina, mas uma série desses, considerando sua intensidade ao longo de um *continuum* de gravidade. Em terceiro, a síndrome de dependência é moldada por outras influências, capazes de predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação (EDWARDS, 2007). Adiante, na Figura 1, podemos observar a multifatorialidade do padrão de consumo.

Figura 1 - O padrão de consumo dos indivíduos é moldado por uma série de fatores de proteção e risco



Fonte: Ribeiro e Laranjeira (2015).

Conforme assinalam Ribeiro e Laranjeira (2016), o conceito de síndrome de dependência e seus critérios diagnósticos serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos psiquiátricos da atualidade: a *Classificação Internacional das Doenças* (CID-10) e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5). O DSM-5 foi lançado vinte anos depois de sua edição anterior, o DSM-IV (1993), propondo alterações importantes como a substituição do binômio “dependência”.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA) substituiu as denominações “abuso” e “dependência”, presentes no DSM-IV, por um *continuum* de gravidade, no DSM-5. Nesse novo formato, passou a existir apenas a categoria diagnóstica “Transtorno por uso de substância”, conforme disposto na Figura 2, definida como “um padrão problemático de uso (de qualquer substância psicoativa), levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por meio de pelo menos dois dos onze critérios possíveis, ocorrendo em um período de 12 meses, de acordo com o “Critério A”, apresentado no Quadro 3, mais adiante.

Figura 2 - O campo dos transtornos relacionados ao uso e substâncias psicoativas de acordo com as principais classificações internacionais



Fonte: CID 10 (1989); DSM –5 (2014).

Quanto a gravidade, a presença de 2 ou 3 critérios caracteriza um transtorno por uso de substância “leve”; 4 ou 5, um transtorno “moderado”; enquanto o “grave” possui ao menos 6 sintomas. Didaticamente, com o intuito de estruturar o diagnóstico firmado pelo profissional da saúde, o DSM-5 dividiu os onze critérios em quatro grupos como mostra o Quadro 4. Portanto, a alteração trazida pelo DSM-5 é resultado das considerações de que os critérios diagnósticos do DSM-IV para “abuso” não possuíam a validade e confiabilidade daqueles para “dependência”.

Quadro 3 - Critérios do DSM-5 para Transtornos por uso de substância

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS	
A. Um padrão problemático de uso de [uma determinada substância], levando um comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:	
1	A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2	Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3	Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação dos seus efeitos.
4	Fissura, ou forte desejo ou necessidade de usar a substância.
5	Uso recorrente da substância, resultando no fracasso de desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6	Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7	Importantes atividades sociais, profissionais ou recepcionais são abandonadas ou reduzidas em função do uso de substância.
8	Uso recorrente da substância em situação nas quais isso representa um perigo à integridade física.
9	1. O uso de substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
10	Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

	a) Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar intoxicação ou o efeito desejado; b) Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de substância
11	Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: a) Síndrome de abstinência característica da substância (consultar os critérios para síndrome de abstinência específicos para cada droga, entre as páginas 490-580, do DSM-5 b) A substância (ou uma outra substância estritamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Fonte: DSM-5 (2014).

Quadro 4 - Agrupamentos gerais dos critérios diagnósticos para Transtornos por Uso de Substâncias, do DSM-5

NOME DO AGRUPAMENTO	
Critérios do DSM-5 que compõem esse agrupamento	
Baixo controle	1-4
Deterioração social	5-7
Uso arriscado	8-9
Critérios farmacológicos	10-11

Fonte: DSM – 5 (2014).

A CID-10 foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para catalogar e padronizar as doenças e os problemas relacionados à saúde. Para esse código, em plena concordância com os preceitos de Griffith Edwards, a “síndrome de dependência” é definida como um “conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes,

a um estado de abstinência física”– os critérios diagnósticos para a síndrome de dependência encontram-se relacionados no Quadro 5 (CID10, 1989)

Quadro 5 - Critérios da CID-10 para “síndrome de dependência” e para “uso nocivo”

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA	USO NOCIVO
Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior: (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo; (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; (e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos; (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (deve-se fazer esforços	O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário. Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo. A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo. O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.	
---	--

Fonte: CID-10 (1989).

A nova versão da CID estuda a possibilidade de se introduzir o conceito de “episódio de uso nocivo isolado” (tradução nossa), para caracterizar determinadas situações em que a referida intoxicação não se encaixa em um padrão de consumo mais amplo, porém, foi capaz de proporcionar danos à saúde e ao entorno social do usuário. Por exemplo, um usuário de baixo risco que bebeu em *binge* durante o carnaval ou durante sua formatura e bateu o carro ou um adolescente durante suas primeiras experiências com o consumo de álcool. Um segundo episódio em menos de 12 meses, já fecharia critérios para “uso nocivo” propriamente dito. Outra inovação em estudo é a possibilidade de se introduzir um espectro para as intoxicações agudas, que passariam a ter critérios bem definidos para as modalidades “leve”, “moderada” e “grave” (WHO, 2015).

Entende-se que a relação entre os indivíduos e as drogas não é um ato isolado, faz parte de um itinerário composto por uma série de obras e de relações que se modificam e se redefinem no tempo em que se desenvolve essa relação. Nesse sentido, para uma possível aproximação com o universo do sujeito usuário de drogas, é fundamental levar em consideração a intrínseca interdependência sujeito-droga-contexto, ou seja, é fundamental considerar além da representação farmacológica da substância, os seus significados psíquicos e culturais (ROMANÍ, 2007).

No tocante a síndrome da abstinência, os sintomas são a evidência mais palpável da dependência. Eles se caracterizam pela presença de sintomas físicos e psíquicos desconfortante a redução ou interrupção do consumo de substâncias. A intensidade dos sintomas é progressiva. Inicialmente são de natureza psíquica: fissura, ansiedade, sintomas depressivos, irritação, piora da concentração e insônia. À medida que a dependência vai aumentando, a magnitude dos sintomas também cresce, e podem surgir sintomas físicos, como tremores, suor difuso, palpitações cardíacas, aumento da temperatura do corpo, náuseas e vômitos, com possível ocorrência de estado de confusão mental (delirium).

A síndrome de abstinência é um sinal de adaptação do cérebro a presença constante da substância no organismo. Cada substância pode produzir sintomas de

abstinência característicos. Não obstante, durante a fase de abstinência, muitos usuários chegam a sonhar fazendo uso das drogas, chegando a sentir o gosto e sensação de prazer proporcionado pela referida substância (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2018).

Outro conceito importante para entender todo o processo da dependência química é a recaída, que é pouco estudada, embora tenha alta prevalência. A recaída tem sido definida como retorno dos sintomas após um período de remissão do uso, ou ainda como retomada do comportamento disfuncional, ou seja, um retorno aos padrões anteriores a remissão.

As altas taxas de recaída, são evidenciadas nos primeiros 90 (noventa) dias, enquanto os nove primeiros meses seguintes também podem ser considerados parte de um período de risco para recaída. Após 12 (doze) meses de abstinência, as taxas de recaída chegam a variar entre 80-95%, sendo que as evidências sugerem trajetórias de recaídas comparáveis entre as classes de substâncias (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

Segundo Marlatt e Gordon (1985), o equilíbrio no estilo de vida da pessoa, ou seja, a existência de certa harmonia entre os deveres e os desejos, é uma condição que protege o indivíduo da busca de uma “justificativa” para o uso do álcool ou de outras drogas. Em contrapartida, quando instalado o desequilíbrio surge rapidamente a necessidade de indulgência, “eu mereço”, que leva ao aparecimento de crenças permissivas, gerando, por sua vez, compulsão ou fissuras que podem desencadear o uso. A fissura é um pensamento relativo ao desejo subjetivo pela experiência geradora da sensação dos efeitos positivos ou consequência do uso das substâncias (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

2.2.1 Classificação das substâncias psicoativas

Cada classe de substâncias tem seus efeitos específicos de intoxicação aguda e crônica, assim como manejos terapêuticos diferentes. Quanto a sua classificação, as drogas podem classificar-se segundo diversos critérios: neurobiológico, farmacológico, clínico, social, epidemiológico, legal entre outras possibilidades.

O aspecto neurobiológico, aborda aquelas substâncias que apresentam capacidade de produzir efeitos agradáveis no usuário, e quanto mais imediato e

intenso o efeito mais reforçador de determinada droga, maior será a probabilidade de ela produzir um hábito de repetição. Esta propriedade está associada a capacidade da substância em aumentar neurotransmissores em áreas críticas do cérebro. A impulsividade e a compulsão são endofenótipos, isto é, os sintomas serão ligados a determinados circuitos cerebrais.

A impulsividade é caracterizada pela dificuldade de interromper a iniciação de ações e está relacionada às atividades do estriado ventral, do tálamo, do córtex pré-frontal ventromedial e do córtex cingulado anterior. Já a compulsão é a incapacidade de interromper ações em curso e tem sua atividade relacionadas às áreas cerebrais distintas, como estriado dorsal, tálamo e córtex orbitofrontal. Apesar de estarem situadas em extensões cerebrais diferentes, aos impulsivos podem tornar-se compulsivos devido a alterações neuroplásticas (ZANELATO; LARANJEIRA, 2018).

A classificação de acordo com os efeitos das substâncias não tem sido considerado uma das tarefas mais fáceis, já que o consumo de múltiplas drogas pode mostrar-se um fator que confunda a relação aos efeitos de uma determinada droga. Porém, torna-se de suma importância saber os efeitos primários e peculiares associados às classes de substâncias psicoativas. Logo, a classificação farmacológica leva em conta a estrutura química das substâncias, seu mecanismo de ação e principais características farmacológicas, podendo subdividir-se em: depressoras, estimuladoras, alucinógenos e opióides.

As drogas depressoras são aquelas moduladoras alótéricas positivas dos receptores do ácido gama-aminobutírico (GABA), um neurotransmissor inibitório do SNC. Ela possui efeitos que atenuam ou inibem os mecanismos cerebrais de vigília e podem produzir distintos graus de relaxamento, desinibição, prejuízos motores, memória e cognitivo além da diminuição da ansiedade. Dessarte, destaca-se o álcool e os benzodiazepínicos e solventes voláteis.

As drogas estimuladoras são substâncias que elevam a produção de dopamina e noradrenalina na fenda sináptica, 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. Destacam-se as anfetaminas, nicotina, catinonas, ecstasy, cocaína e o crack.

As drogas alucinógenas são aquelas que atuam nas sinapses serotoninérgicas do sistema de recompensa. Observa-se que os sintomas de intoxicação vão provocar

alterações das experiências sensoriais e sensação de consciência ampliada, com maior sensibilidade aos estímulos externos, déficits motores e cognitivos, produzindo as alterações qualitativas no SNC, tais como ilusão, aberração perceptiva, alucinação, pseudoalucinação etc. Dessa feita, destacam-se: a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), mescalina, canabinóides, ayahuasca e algumas espécies de cogumelos e cactus.

Os opióides são considerados substâncias que proporcionam sensação de bem-estar, com propriedades anestésicas. São geralmente utilizadas para dor. Em doses elevadas podem levar a uma euforia intensa, embora breve, conhecida como *rush*, e depois tranquilidade que dura por até várias horas. Também produzem sedação. Destacam-se a heroína e a morfina.

No que se refere aos aspectos jurídicos, as drogas podem ser classificadas como lícitas e ilícitas, dependendo apenas de possuírem ou não a produção, comercialização e distribuição regulamentadas. Esse status legal varia ao longo da história, como foi aludido acima, conforme a localização geográfica e, por fim, as finalidades de uso, além de como a sociedade se relaciona a ela. Destaca-se como uma droga lícita o álcool, mesmo que esteja relacionado às condições médicas, pois várias doenças podem estar relacionadas ao seu consumo. Outras drogas com comercialização lícita para diversos usos, tais como solventes fertilizantes, sais de banhos, substâncias de prescrição médica que são utilizados de forma recreativa apresentam um potencial de abuso.

No Brasil, recentemente tem-se apostado em legalizar algumas drogas consideradas ilícitas como a maconha. Mas, existe uma preocupação em transformar uma droga de status ilegal para status legal: é o risco de a sociedade diminuir a sua percepção sobre os riscos causados pelo seu uso de forma abusiva, assim como diminuir a sua procura de tratamento nesses casos de abuso (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

2.2.2 As emoções na dependência química: motivações ao uso x motivações para mudança de comportamento

A dependência química de substâncias é um dos problemas mais complexos de saúde pública, atualmente considerada um fenômeno mundial que vem crescendo vertiginosamente, revelando-se um dos temas mais preocupantes na sociedade. Nesse contexto, faz-se necessário compreender as motivações que levam a um indivíduo ao transtorno de uso de substâncias (TUS). A partir disso, entende-se que as emoções desempenham um papel importante nas vidas dos seres humanos, especialmente por serem estruturantes no desenvolvimento de uma pessoa. Elas influenciam a personalidade, estão nos comportamentos, têm impacto na nossa saúde.

Além disso, as emoções estão na fonte de aquisição de competências fundamentais para lidar com exigências sociais, clamam por pessoas com disposição para trabalhar em grupos e que tenha capacidade de estabelecer relações interpessoais harmoniosas e saudáveis. A palavra emoção tem seu significado associado a abalo de ordem moral ou afetiva; perturbação, geralmente passageira, provocada por algum fato que afeta o nosso espírito, boa ou má notícia, surpresa, perigo (POSSEBON, 2017).

Nas últimas décadas, a regulação das emoções vem sendo estudada como um fator de manutenção e também como alvo promissor no tratamento de uma gama de transtornos mentais, envolvendo déficits na capacidade de lidar com emoções negativas em situações difíceis (SIEGLING; VESELY; SAKLOFSKE, 2013; COLE; MARTIN; DENNIS, 2004).

Diante disso, o consumo de substâncias psicoativas como o uso de álcool e drogas pode ser atribuído como um esforço para evitar as emoções negativas. Assim, tais substâncias, por um momento, dão ao sujeito o sentimento de existência, de ser dono de si e de conspirar a desordem instalada no cerne da vida. De tal modo, esse sentimento de existência provocado pelo uso destas substâncias governa o sujeito, em que o uso contínuo pode conduzir a dependência destas sensações, pois o acesso evidencia a ausência do mundo real (LE BRETON, 2009).

A constituição emocional do conceito de bem-estar subjetivo envolve uma harmonia entre duas dimensões emocionais: emoções positivas e emoções negativas. Para isso, é preciso resultar em uma ligação positiva entre a vivência de mais emoções positivas do que negativas ao longo da vida. Esse conceito tem uma forte relação com a percepção hedônica de felicidade, na medida em que dá importância aos aspetos afetivos da vida (KEYES, 2002). Hedonismo é proveniente da palavra grega *hedonê* que significa “prazer”. A filosofia caracterizava a *boa vida* pela experiência de maximização do prazer e minimização da dor, e neste sentido a felicidade surgiria como o resultado dos momentos hedônicos vivenciados pelo indivíduo (PETERSON; PARK; SELIGMAN, 2005).

O dependente químico que se encontra afetado nessas áreas, tem dificuldade em gerir esses reforços e de encontrar um novo significado adaptativo para a sua realidade, devido ao déficit afetivo/emocional que o caracteriza, pelo que, acaba por voltar ao comportamento indesejável, pois aquando a tomada de decisão tende a inclinar-se para o reforço positivo que, para ele, consiste em aliviar os sintomas da abstinência, ou seja, consumir droga torna-se a opção mais fácil e positiva no momento do dilema.

Dessarte, o cérebro do dependente químico quer satisfazer os seus desejos mais urgentes, evitando as experiências de dor e repetindo as de prazer (DUPONT, 2005). Nesse entendimento, para o dependente químico, a vida perde seu sentido e os seus esforços são unicamente direcionados para conseguir a droga de forma a consumí-la com segurança. Os seus interesses já não são mais os mesmos, eles mudam; competências, vida social, vivência familiar e crenças são desvalorizados em função do consumo.

As negligências ao analisar os aspectos emocionais, afetivos, socioculturais, bem como os aspectos biopsíquicos, fazem com que todos envolvidos no processo reabilitação adotem condutas pouco efetivas, por vezes equivocadas e que comprometem a evolução dos casos. Tradicionalmente os usuários de substâncias psicoativas são rotulados e comumente relacionados a ações criminosas e consequentemente são excluídos do convívio social por “representarem” um grupo de ameaça (LARANJEIRA; RIBEIRO, 2010).

Um indivíduo com grave dependência de droga pode estar motivado para a mudança do seu comportamento, como também, pode não desejar a mudança,

simplesmente pelo fato de não imaginar sua vida sem a droga, visto que o fato de buscar tratamento não significa uma motivação para a mudança do comportamento problema (ORSI; OLIVEIRA, 2006). De acordo com a teoria cognitiva, o sujeito em sofrimento fica preso a um estilo para manter a sobrevivência em situações de ameaça e a capacidade de cogitar outras interpretações ficam bloqueadas (BECK; ALFORD, 2000).

As teorias de neurociências sobre a dependência química sugerem que o uso crônico de substâncias está ligado à deterioração de dois sistemas complementares: 1- o sistema relacionado ao processo de saliência, que transforma informações sensoriais sobre a recompensa em incentivos atraentes e diminui a resposta para outros estímulos reforçadores; 2- o sistema executivo, que falha em inibir respostas e se antecipar às consequências do uso (DIEHL; CORDEIRO, LARANJEIRA, 2019).

Nesse contexto, a prevenção de recaída, é o nome genérico que se dá a um conjunto de técnicas que tem como objetivo crucial a manutenção da mudança de hábito. Assim, a ideia de um comportamento dependente como algo aprendido, a modificação no modo de pensar e agir se torna uma realidade (ZANELATO; LARANJEIRA, 2018). Portanto, um desafio para o futuro será oferecer um tratamento para o dependente químico com várias intervenções que contemple uma equipe multidisciplinar, incluindo um enfoque neuropsicológico, em que as emoções sejam trabalhadas em conjunto. Já que elas participam do processo de forma ativa e determinante para a tão desejada mudança de comportamento ao uso abusivo de substâncias.

Não obstante, o papel das famílias tem uma íntima relação com as emoções e motivações na concretude de sucesso no processo terapêutico de enfrentamento na dependência química. A primeira célula elementar social é a família, nela o indivíduo vai desenvolver suas habilidades, o intelecto, emoções e valores. Assim, será a primeira a sentir as consequências e impactos que a droga faz. Fazendo-se importante entender que a dependência química pode ser considerada uma doença familiar, pois afeta diretamente a família.

As substâncias repercutem na vida do usuário, prejudicam a qualidade de vida de si e dos seus familiares, de tal forma que há muitos usuários que vivem na rua porque não há mais condições de uma convivência salutar, pois observam-se mudanças comportamentais, como a violência, a indiferença, o isolamento e o

desprezo, muito embora o que mais se espera da família é o cuidado, a proteção, o aprendizado dos afetos, a construção de identidade e vínculos afetivos, visando uma melhor qualidade de vida a todos os seus membros e à inclusão social em sua comunidade.

Nessa relação, seus integrantes objetivam uma estabilidade e lidam com desafios constantes das mudanças próprias e das transições presentes no ciclo vital do meio familiar. As influências no funcionamento familiar dizem respeito aos fatores de risco no processo de desenvolvimento da dependência química e são importantes de serem conhecidos e identificados para contribuição na utilização de estratégias para o tratamento do dependente químico e de sua família (SILVA, 2015).

Torna-se descrito o funcionamento da família relacionando a diversos aspectos como cultura, crenças, valores, papéis e enfrentamento familiar e classe social. Independentemente de sua composição, todas as famílias são portadoras da cultura da sociedade em que vivem e principalmente da cultura com a qual se identificam. Dessa feita, estilo de vida, valores humanos, ideias, crenças e práticas estão inseridos nas formações da família e também no seu desenvolvimento. Esses aspectos são capazes de serem transmitidas por diversas gerações, resultando em mudanças comportamentais e respectivamente no estado de saúde dos seus membros ou do sistema como um todo (ANGELO; BUOSSO, 2001).

Os efeitos culturais podem ser compreendidos de diferentes maneiras como:

- a) crenças e práticas de saúde - cada família possui crenças e práticas características da sua composição e trajetória existencial, as quais implicam na relação com a saúde, com a doença e com suas significações;
- b) valores familiares - os valores guiam o desenvolvimento de normas e regras e servem como guia geral dos comportamentos.

Eles envolvem a dimensão de tempo, o relacionamento entre as pessoas e a orientação em atividades da vida. Alguns são mais centrais e influentes do que outros, determinando as prioridades da família para tomada de decisões e no enfrentamento dos estresses e crises da vida. O relacionamento da família com a comunidade também afeta a saúde e o funcionamento familiar, uma vez que há grande relação entre os da família e os valores da comunidade (ANGELO; BUOSSO, 2001).

Considerando aspectos terapêuticos, Landau (2004) refere-se à importância da família e da rede social como fatores de motivação ao tratamento e à recuperação.

Dessa forma, a drogadição é concebida como sintoma, como forma de comunicação ou expressão da crise (GUIMARÃES *et al.*, 2009). Seguindo o mesmo viés, Osório e Valle (2009) referem-se ao uso de drogas como uma incapacidade de entrar em contato com crises individuais e/ou sociais, numa tentativa de resolução de processos existenciais frente às angústias e às características da modernidade.

Famílias que produzem dependentes químicos são definidas por Kalina *et al* (2001) como “famílias psicotóxicas”, já que a busca de substâncias psicoativas para o enfrentamento dos problemas se apresenta como modelo indutor abusivo. Assim, representando, não raro, a dupla mensagem parental, já que o discurso refere à proibição e o comportamento não verbal é o do uso de substâncias para alívio do sofrimento (tranquilizantes, álcool etc.).

Nesse sentido, compreender a dinâmica da família do dependente químico possibilita não apenas o entendimento que o sintoma exerce sobre seus membros, como pode ser capaz de apontar posteriores possibilidades de intervenção. Após a identificação do processo familiar predominante na dependência química, pode-se pensar em recuperação, não apenas do indivíduo usuário/abusador/dependente químico, mas desse contexto familiar no qual está inserido.

Desse âmbito, ao ampliar a compreensão do fenômeno da dependência química para o dependente químico e seu contexto familiar, identificando aspectos que favorecem e perpetuam a sintomatologia, parece-nos possível construir novas possibilidades de intervenção, de modo a minimizar o sofrimento e restaurar relações afetivas e individualidades prejudicadas pelo contexto de uso e/ou abuso de substâncias. A intervenção na família torna possível a transformação do contexto do qual o paciente dependente químico faz parte, tocando e sendo tocado por ele (PAZ; COLOSSI, 2013).

2.2.3 A dependência química e o trabalho

A associação entre o transtorno de uso de substâncias e trabalho apesar de se constituir um fenômeno antigo, recentemente passou a ser considerado como um objeto de estudo, já que há uma forte relação entre o fenômeno da dependência química e impactos nas atividades laborativas. O trabalho é considerado uma das formas de desenvolvimento pessoal e social do indivíduo, contribuindo para a

formação de laços, para a expressão da subjetividade e para as vivências de prazer. Para Enriquez (2014) o produto gerado pelo trabalho é característico no papel do desenvolvimento de um país, estado ou cidade, e, também, de uma família, considerada um coadjuvante na qualidade de vida e saúde. Além do mais, o trabalho não se configura como a única essência que diferencia os humanos de outros animais, o homem tem também outras características, como a linguagem, o lazer, a religião e a guerra. Todos esses constructos têm como características o reconhecimento ao indivíduo que o faz.

Fontaine (2006) constatou duas tendências entre os usuários de drogas que trabalham: reservar o uso das substâncias “para o tempo livre e privado, dissociado do universo profissional” ou fazer esse uso no contexto de trabalho “como um suporte, uma ferramenta ou ainda como uma necessidade”. No primeiro caso, segundo ela, “o uso da droga não ocorre jamais (ou muito raramente) durante o tempo de trabalho, mas com frequência imediatamente após a jornada ou nos fins de semana (...)”. Igualmente, a maconha, por exemplo, pode ser usada para “relaxar após o trabalho”. No segundo caso, eles procuram mais uma sensação de euforia, “que deve permanecer sutil e interiorizada”, do que uma mudança maior, pois se trata de “se dar prazer trabalhando”, de “encontrar uma forma de se entusiasmar apesar de tudo” e “já que é necessário” estar ali, tentar se “enganar voluntariamente modificando seu estado de consciência”.

Nesse lugar, a autora conclui que as condições de trabalho, ao se tornarem cada vez mais duras, geram um aumento das situações de estresse ligadas à atividade profissional, decorrente de um desinteresse pelo trabalho efetuado, pelo fato de exercer uma atividade insuportável, no que diz respeito ao aspecto físico tanto quanto psicológico, carregando em si a sensação de ‘perder sua vida ao ganhá-la’, sendo o trabalho percebido como um entrave ao desenvolvimento pessoal (FONTAINE, 2006).

Nesses casos, “os horários e esforços frequentemente indispensáveis para se apresentar e participar da vida interna da empresa (polidez, bom humor, maneira de se vestir, atenção dada aos colegas de trabalho, dentre outras tantas posturas a serem assumidas para o bom êxito das relações laborais) são vividos como formas de pressão. Ademais, “uma degradação das condições de trabalho, uma perda do *status*, uma ausência de reconhecimento, podem induzir a uma perda de sentido do

trabalho ou mesmo a comportamentos percebidos como típicos da doença mental” (FONTAINE, 2006).

Dejours (2004), ao afirmar que o trabalho preenche a lacuna entre o prescrito e o real, concorda que o sofrimento está interligado com a subjetividade, a qual, por sua vez, está relacionada ao real. A organização do trabalho é um fator determinante para o sofrimento, portanto tem relação com o sofrimento dos trabalhadores e com a consequente utilização de álcool, drogas e outras substâncias. Por outro lado, observa-se que, após certo tempo de uso da substância, um círculo vicioso se instala: a droga deixa de ser um meio para lidar com as dificuldades, passando a ser um fim em si mesmo, neste caso, a droga pode se tornar um problema ou uma solução.

Quando isso ocorre nos contextos laborais, o que constatamos é que embora a substância, inicialmente, apresente-se como um recurso para o enfrentamento de certas exigências do trabalho, pouco a pouco, seu uso começa a acarretar novos problemas no próprio trabalho. Esses podem ser: punições, transferências compulsórias, rebaixamento de função, imposição de tarefas menos interessantes ou o isolamento puro e simples do trabalhador. Tudo indica que, nesses casos, o uso continuado da substância acaba por torná-las disfuncional à medida em que, ao invés de se constituir como um auxílio ou uma ferramenta, ela passa a ser um empecilho para a realização das atividades (LIMA, 2010).

Nessa perspectiva, algumas consequências no ambiente corporativo e que são resultantes do uso de drogas se apresentam como fatores de comprometimento, como: queda da qualidade do trabalho; perda da produtividade; atrasos com frequência; diminuição da capacidade atencional; necessidade de saídas em horário de expediente; alterações no comportamento; mudanças nos hábitos cotidianos (descuido com a aparência, higiene pessoal etc.); acidentes ocupacionais. Desse modo, é indiscutível que também há o impacto de forma bastante negativa nas atividades trabalhistas.

O consumo de drogas se tornou um problema de saúde pública, que interfere em outros setores da sociedade, contribui para a redução da produtividade e aumenta a probabilidade de acidentes de trabalho. Portanto, trazendo riscos para a vida tanto do indivíduo quanto de outras pessoas (TELES JUNIOR; SCHLINDWEIN; CALHEIROS, 2016). Nesse contexto, a dependência química do trabalhador representa um grande desafio à medicina do trabalho, no que se refere à reinserção

no mercado do trabalho, gerenciamento do absenteísmo, presenteísmo, acidentes de trabalho e produtividade no âmbito dessas relações.

2.3 O desenho teórico metodológico da pesquisa

A investigação que aqui apresentamos, reside no atual contexto acadêmico de produção do conhecimento e inovação, sendo de significativa relevância, pois não se apresenta como uma mera revisão da literatura, mas com uma proposta de sentido próprio e escopo específico.

Partindo dos pressupostos metodológico-epistemológicos, primeiramente realizou-se uma pesquisa bibliográfica, procedimento mais adequado à natureza desta investigação. Esse foi desenvolvida segundo as seguintes etapas: levantamento, seleção, e arquivamento de textos (livros, artigos, vídeos, filmes) relacionados ao que é proposto no objetivo geral e nos específicos; seleção criteriosa dos textos que deram sustento ao que foi formulado na hipótese do projeto de pesquisa; preparação do material científico-acadêmico com o objetivo de divulgar os resultados obtidos na pesquisa, mediante a publicação de artigos, *papers*, e livros, contendo os resultados da pesquisa dos pesquisadores-pesquisadores e pesquisadores-alunos.

Posteriormente, tratou-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quanti-qualitativa, levantando-se os valores ilimitados na busca da influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão, um serviço da rede estadual para os usuários de álcool e drogas no Estado da Paraíba.

Segundo Creswel (2007), o conceito de reunir diferentes métodos provavelmente teve origem em 1959, quando Campbel e Fiske usaram métodos múltiplos para estudar a validade das características psicológicas. Logo, técnicas associadas a métodos de campo, como observações e entrevistas (dados qualitativos), foram combinadas com estudos tradicionais (dados quantitativos). Importante ressaltar que a pesquisa qualitativa privilegia, de modo geral, a análise de processos por meio de estudos das ações sociais e grupais, facilitando um exame intenso dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade.

Isso se torna fundamental para o estudo em questão, pois a referida abordagem leva a assentir as complexidades que transcendem aquilo que não é palpável e visível aos olhos, como a espiritualidade e religiosidade. Também é conhecida como "estudo de campo", "estudo qualitativo", "interacionismo simbólico", "perspectiva interna", "interpretativa", "etnometodologia", "ecológica", "descritiva", "observação participante", "entrevista qualitativa", "abordagem de estudo de caso", "pesquisa participante", "pesquisa fenomenológica", "pesquisa-ação", "pesquisa naturalista", "entrevista em profundidade", "pesquisa qualitativa e fenomenológica" e outras [...] (TRIVIÑOS, 1987).

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser mensurados de forma numérica, disposta em gráficos e afins. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. Por outro lado, a pesquisa quantitativa centra-se na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002).

Ainda assim, o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe, ao contrário, esses dados se complementam, pois a realidade que eles abrangem exclui a dicotomia e interage dinamicamente. Do ponto de vista dessa concepção, pode-se perceber que a pesquisa qualitativa não abandona a utilização de dados quantitativos, que podem complementá-la (MINAYO, 2003). Portanto, o aspecto qualitativo de uma pesquisa almeja a dilatação das informações, à medida em que o aspecto quantitativo vem de propósito dar limites a informação, aos dados, aferindo precisamente as variáveis de determinado esforço. Assim sendo, o aspecto quantitativo é usado no intuito de se solidificar as crenças, dentro de um esquema lógico e, de um discurso teórico.

Já o aspecto qualitativo é utilizado para a construção das crenças que são inatas do fenômeno estudado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). O uso em

conjunto dos enfoques qualitativo e quantitativo outorga um recolhimento maior de informações e dados, do que se obteria de forma isolada (FONSECA, 2002).

Os diferentes níveis, tipos e abordagens de problemas educacionais, e os diversos objetos de pesquisa requerem métodos que se adequem à natureza do problema pesquisado. Em última instância, porém, essas abordagens e metodologias precisam contribuir para a explicação e compreensão mais aprofundada dos fenômenos humanos que, pela sua grande complexidade necessitam ser pesquisados sob os mais diferentes ângulos e segundo as mais variadas metodologias. A tolerância e o pluralismo epistemológico justificam a não admissão de uma única *ratio* e a aceitação do pluralismo teórico-metodológico nas ciências humanas e da educação (SANTOS FILHO, 2000).

Para a realização de uma pesquisa na qual a espiritualidade e a religiosidade estão inseridas no contexto da dependência química, reafirmando um fenômeno humano crescente no mundo, cabendo ao pesquisador manusear questões existenciais que o ser humano esmera, atrelado as emoções pertinentes a profundidade do tema. Logo, os estudos fenomenológicos estruturam o modo como deve ser refletido, haja vista a imersão na subjetividade do sujeito, o contexto emocional, suas fragilidades e desafios vivenciados no drama em que a dependência química além dos impactos pessoais, sociais e econômicos. Contudo, de forma alguma deverá ser afastada a objetividade, fruto da relação de estudo, fundamental a qualquer natureza investigativa.

Husserl (2001) diz em sua obra *Investigações Lógicas*, que Fenomenologia é “uma zona neutral de investigação, onde as ciências têm raízes”. Dessa feita, o autor afirma ainda que a atitude natural, não-fenomenológica, faz o homem olhar o mundo de maneira ingênua como mundo dos objetos. A fenomenologia, ao contrário, busca uma fundamentação totalmente nova, não só da filosofia, mas também, das ciências singulares. Enquanto as ciências positivas consideram os objetos como independentes do observador, a fenomenologia tematiza o sujeito, o eu transcendental, que “coloca” os objetos.

O primeiro passo do método fenomenológico consiste em abster-se da atitude natural, colocando o mundo entre parênteses (*epoché*). Isso não significa negar sua existência, mas metodicamente renunciar ao seu uso. Ao analisar, após essa redução fenomenológica, a corrente de vivências puras que permanecem, constata que a

consciência é consciência de algo. Esse algo chama de *fenômeno*. “A fenomenologia nunca se orienta pelos fatos (externos ou internos), mas pela realidade da consciência, isto é, para aquilo que se manifesta imediatamente na consciência, alcançada por uma intuição, antes de toda reflexão ou juízo: as essências ideais (fenômenos)” (RIBEIRO JUNIOR, 1991).

Com a ideia da semiótica abstrativa do corpo, de uma hermenêutica cotidiana prática, Husserl (2001) busca uma compreensão intersubjetiva de sentido. Não olha o mundo que o cerca de fora, de maneira objetiva, mas quer compreendê-lo exclusivamente na perspectiva do sujeito. Considera a contemplação objetiva como um obstáculo, porque, em última análise, conduziria ao positivismo, como expôs em sua obra *A crise da ciência européia e a fenomenologia transcendental*.

O mundo da vida (*Lebenswelt*) é dado ao sujeito como horizonte de experiência, centrada no seu eu. Está fundado fisicamente, constituindo-se em camadas desde o animal até o cultural, podendo se desenvolver em ontologias regionais das diferentes camadas. Assim, em última análise, Husserl (2001) entende por mundo da vida algo espiritual. Como o conceito mais amplo de mundo, também o conceito de “mundo da vida” é, para ele, um fenômeno dado na consciência. É dado ao sujeito: “Consciência do mundo é consciência no modo da certeza da fé” (*Experiência e juízo*) (ZILES, 2007).

Logo, optar metodologicamente pela fenomenologia, é investigar o que o indivíduo experimenta em relação a um fenômeno (fenomenologia descritiva) e como interpreta essa experiência (hermenêutica). É determinante o se posicionar do pesquisador, de forma aberta, a realidade na qual se propõe pesquisar, uma postura de abertura diante do mundo para a compreensão da vivência a partir do relato do outro, conluiado do pesquisador em seu processo de deparada. Assim acredita o fenomenólogo que o real significado da percepção de cada pessoa sobre um fenômeno particular, partem das experiências vividas, cabendo ao amparo fenomenológico descrever a experiência vivida completa e as percepções que surgem a partir dela (TERRA *et al*, 2006; GONZÁLEZ *et al*, 2012).

Para Sampieri, Collado e Lucio (2013) os autores Bogdan e Biklen (1994), afirmam que a pretensão é reconhecer as percepções das pessoas e os significados de um fenômeno ou experiência. A típica pergunta de um estudo fenomenológico se resume a: qual é o significado, estrutura e essência de uma experiência vivida por

uma pessoa (individual), por um grupo (grupal) ou uma comunidade (coletiva) em relação a um fenômeno? Como também, a fenomenologia se baseia nas seguintes premissas:

- a) no estudo, o que se pretende é descrever e entender os fenômenos a partir do ponto de cada participante e da perspectiva construída coletivamente;
- b) o desenho fenomenológico se baseia na análise de discursos e temas específicos, assim como na busca de seus possíveis significados;
- c) o pesquisador confia na intuição, imaginação e nas estruturas universais para conseguir apreender a experiência dos participantes;
- d) o pesquisador contextualiza as experiências em relação a sua temporalidade (quando aconteceram), espaço (onde ocorreram), corporeidade (as pessoas físicas que a viveram) e o contexto das relações (os laços produzidos durante as experiências);
- e) as entrevistas, grupos focais, coleta de documentos, materiais e histórias de vida são utilizadas para encontrar temas sobre experiências cotidianas e excepcionais;
- f) na coleta enfocada obtemos informações sobre as pessoas que tiveram experiências com o fenômeno que estudamos.

Nessa abordagem, adotamos um desenho de estudo fenomenológico no qual estudamos a percepção da religiosidade e da espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão, possibilitando o entendimento dos comportamentos, condutas, impactos sociais, emocionais e econômicos, frente a esse penoso e desafiante evento, objetivamente buscando dar as contribuições do real valor e significado para as ciências das religiões e para as ciências da saúde, no âmbito da saúde mental.

2.3.1 Participantes

Participaram desse estudo 21 usuários de álcool e/ou outras drogas do município de João Pessoa, PB. A amostra acessada a partir de modo não-

probabilístico (amostragem por conveniência), seguindo-se os seguintes Critérios de Inclusão e Exclusão:

- a) *Critérios de Inclusão*: indivíduos adultos, de todos os gêneros, alfabetizados para leitura, compreensão e preenchimento do questionário no momento da aplicação; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, acometidos pela dependência química em álcool e drogas atendidos pelo serviço CAPS AD e de diferentes condições socioeconômicas;
- b) *Critérios de Exclusão*: indivíduos menores de idade e não alfabetizados incapacitados à leitura, compreensão e preenchimento do questionário ou que se recusem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.3.2 Instrumentos

Foi aplicado um questionário aberto e adaptado, que contém questões específicas sobre aspectos de espiritualidade e religiosidade em usuários de álcool e/ou outras drogas (Anexo III – Roteiro de entrevista). Como também um questionário com quesitos abordando aspectos socioeconômicos e do perfil dos usuários (Anexo II - Questionário).

2.3.3 Procedimentos

2.3.3.1 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada no CAPS AD, localizado na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, situado no contexto urbano. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, que como pesquisadora aplicamos, no período de 16 de setembro de 2019 até 21 de outubro de 2019, utilizando os instrumentos que permitiram a caracterização do perfil dos usuários (Anexo II); e um roteiro de entrevista (Anexo III), que foi feito a escuta com gravação e transcrição das entrevistas. A coleta teve início posterior a aprovação do projeto de pesquisa e após a assinatura das anuências pelos serviços escolhidos e do Termo de Compromisso para utilização de dados de Arquivos e das Cartas de Anuência.

Asseguramos as garantias dos aspectos referentes à privacidade, à confidencialidade dos dados, ao anonimato, ao respeito aos valores socioculturais, assim como a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Os aspectos éticos deste estudo se basearam nos três princípios: a beneficência, a autonomia e o respeito à dignidade e à justiça que norteiam os padrões de conduta ética para o desenvolvimento da pesquisa, conforme determina a Resolução 466/12 do MS que trata da pesquisa em seres humanos (CABRAL, 2015).

2.3.3.2 Análise de dados

2.3.3.2.1 Quantitativa

Os dados sociodemográficos e do perfil dos usuários foram tabulados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS versão 22.0) e analisados por meio de estatísticas descritivas em de forma de frequência absoluta, frequência relativa e medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão) que possibilitaram que resultados fossem demonstrados em forma de tabela e gráficos, complementados na análise descritiva da autora da pesquisa.

2.3.3.2.2 Qualitativa

Os dados decorrentes das entrevistas foram analisados através da técnica de conteúdo temática (BARDIN, 1977), com auxílio do software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Para efeito do tratamento dos dados, foram realizadas a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a Análise de Similitude, e a extração da nuvem de palavras.

O Iramuteq é um software de análise de dados textuais (corpos de textos, tabelas), criado por Pierre Ratinaud em 2009. Ele é baseado na linguagem python de programação e utiliza funcionalidades do software R para a execução das técnicas que o compõe. Desse modo, o Iramuteq propõe-se a realizar análises textuais visando superar a dicotomia entre as técnicas quantitativas e qualitativas, dado que favorece o emprego de cálculos estatísticos em variáveis textuais (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Dentre as técnicas oferecidas pelo programa, destacam-se as que foram utilizadas no presente estudo. Inicialmente, a nuvem de palavras, técnica que se baseia na frequência com que um léxico aparece em um corpus textual (i.e., a frequência de uma palavra em um conjunto de texto), permite que os discursos dos participantes sejam visualizados graficamente em um aglomerado de palavras (Figura 3, p. 86, mais adiante). Trata-se de uma técnica primária, ancorada na estatística descritiva (RATINAUD, 2009).

A seguir, encontra-se a Análise de Similitude, a qual se baseia na teoria dos grafos para demonstrar graficamente as coocorrências entre as palavras. Por demonstrar a relação entre os termos e o grau de conexão entre grupos de palavras, é considerada uma técnica de análise mais robusta. O resultado dessa análise é um gráfico denominado árvore máxima de similitude, na qual os núcleos coloridos são os grupos de palavras mais relacionadas entre si e as ramificações sinalizam a relação tanto entre as palavras, quanto os grupos lexicais (Figura 4 – p. 88, mais adiante). Quanto mais grossas forem essas ramificações, mais forte é a relação (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

Por fim, o método CHD, proposto por Reinert (1990), a partir do qual é feito uma análise mais rebuscada, dado que se baseia no modelo multinível da estatística. A proposta desta técnica é classificar os dados textuais (discursos, palavras, frases) em função de seus significados. Para isso, lematiza as palavras (processo em que os vocábulos são reduzidos com base em seus radicais), tomando como acostamento o dicionário linguístico da língua portuguesa.

Essencialmente, essa técnica visa obter classes de segmentos textuais formadas por discursos que se aproximam entre si e que se distanciam das demais classes. Para tanto, utiliza o cálculo do qui-quadrado (χ^2), para o qual os discursos são colocados em matrizes, sendo cruzadas as palavras e os segmentos textuais para se obter categorias de análises estáveis e fidedignas. O produto desta técnica é um gráfico denominado dendrograma (Figura 5, p. 89, mais adiante), formado pela divisão temática entre os discursos e as palavras que compõem cada categoria.

Antes de os dados serem tratados pelo Iramuteq, faz-se necessário alguns procedimentos pré-análise. Inicialmente, os discursos foram organizados em um corpus textual (bloco de texto sistematizado), composto pelas perguntas que fizeram parte do estudo. Esse corpus foi organizado por meio da ferramenta bloco de notas e

os discursos de cada sujeito foram organizados por linhas de comando individuais. Desse modo, solicitou-se ao programa não apenas a extração de classes, mas as relações entre o discurso e o contexto no qual foram produzidos. Somente após a organização do corpus, os dados foram inseridos e analisados pelo programa. Além disso, foi realizada uma análise dos discursos por parte da pesquisadora por meio da transcrição dos discursos durante a entrevista.

Por meio das proposições convergentes dos vários discursos, podemos chegar, então, às características das estruturas individuais as quais manifestam uma verdade geral dos sujeitos estudados. E, nas idiossincrasias, serão detectadas percepções singulares de experienciar situações tidas como semelhantes que, embora constituam mensagens particulares, mostram-se relevantes para uma compreensão mais abrangente do fenômeno vivido. É possível vislumbrar com maior clareza não só as percepções individuais como as generalidades que formam a unidade essencial ou estrutura geral do fenômeno, calcadas nas experiências de quem o está vivendo, o que é suficiente para embasar a construção final dos resultados.

Todo o processo de reflexão dos dados tem de ser pautado no rigor científico, que na pesquisa fenomenológica não é encontrado nos recursos externos de controle, julgamentos ou regras de validação, mas no nível do conhecimento que é produzido pelos discursos estudados. É, pois, um rigor interno do pesquisador que se formaliza ao tratar os dados com precisão, evitando interferir nas falas dos sujeitos ou distorcê-las, ao mesmo tempo, é intersubjetivo quando com os depoimentos se consegue um diálogo sensível. O pesquisador o mantém se for capaz de, com fidelidade, tornar claro o conteúdo dos discursos, respondendo, a sua interrogação inicial e, com isto, gerar novos conhecimentos (GRAÇAS, 2000).

3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O uso de substâncias psicoativas tem sido uma prática mundial entre as sociedades, até milenar, passando a ser utilizadas com fins religiosos, culturais e medicinais. Mas essa prática tem se tornado um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Altos índices de prevalência no consumo das substâncias psicoativas e a presença comórbida de transtornos de substâncias tem causado danos sociais de grande impacto na vida humana, inclusive no contexto familiar.

Um novo fenômeno de consumo em massa teve início a partir do século XIX, com a disponibilidade dessas substâncias altamente concentradas e com acesso facilitado e preços razoáveis, associado ao inchaço nas cidades e uma legião de pessoas desempregadas vivendo em situação miserável, vem contribuindo para disseminação do uso dessas substâncias, fazendo-se necessário políticas públicas voltadas para este fenômeno.

Políticas públicas de saúde são decisões tomadas por governantes baseadas em normativas de leis, regras ou regulações que devem provir do alcance legítimo de legisladores ou outras autoridades constituídas em prol de interesse público. O valor da perspectiva da saúde pública para as políticas de álcool e outras drogas é sua habilidade de identificar os riscos e/ou grupos de risco e sugerir intervenções apropriadas para beneficiar o maior número de pessoas.

Baseadas na sua natureza e no seu propósito, as políticas públicas de saúde sobre as drogas podem ser divididas em duas categorias: as de alocação e as de regulação. Políticas de alocação são as que promovem um recurso a um grupo ou organizações específicas, de forma a obter determinados objetivos de interesse comum. Já as políticas regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões dos indivíduos por meio de ações mais diretas (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

As políticas públicas têm como objetivo principal o de prevenir as consequências adversas do consumo de álcool e outras drogas em uma escala maior do que qualquer outra categoria de intervenções. Mas, medir os efeitos de tais políticas específicas sobre os comportamentos relacionados ao uso de drogas como álcool, tabaco entre outras e os resultados em saúde é uma tarefa difícil e complexa, que impõe uma variedade de enormes desafios.

O que de fato podemos assegurar, é que o consumo de substâncias psicoativas é uma preocupação global, haja vista as consequências econômicas, sociais e sanitárias envolvidas nesse fenômeno. Fazendo com que os governantes de muitos países se deparem com a difícil tarefa de alocar os limitados recursos no intuito de proporcionar o maior benefício para a saúde e a sociedade. Empregar um conjunto de estratégias para prestar assistência em saúde às pessoas com problemas relacionados a transtornos mentais, ao abuso e à dependência de substâncias psicoativas, como álcool, tabaco, cocaína, crack, maconha, opioides, alucinógenos, drogas sintéticas pode ser um caminho para a redução dos prejuízos na vida humana, seja ela de qualquer ordem. Pois o uso, abuso e dependência química são problemas complexos, multifatoriais, que exigem abordagem interdisciplinar, envolvendo múltiplas áreas governamentais (Saúde, Assistência Social, Trabalho, Justiça, dentre outras).

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

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 e busca por em prática os princípios do SUS, a fim de produzindo mudanças no cotidiano dos serviços de saúde nos modos de gerir e cuidar. A espiritualidade está presente na abordagem da clínica ampliada e compartilhada, citada nas diretrizes do PNH, cuja abordagem vai estar voltada ao adoecimento e sofrimento considerando-se a fragilidade do ser humano no processo da vida, possibilitando o enriquecimento do ser humano (GABRIEL, 2017 *apud* FONTÃO *et al*, 2017). A partir dessa ótica de ser humano, a religião e a espiritualidade são parte integrante de suas vidas e experiências cotidianas (SAVIO; BRUSCAGIN, 2008).

Recentemente o Governo aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, dentre os objetivos podemos citar: Conscientizar e proteger a sociedade brasileira dos prejuízos sociais,

econômicos e de saúde pública representados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas; conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso, o uso indevido e a dependência de drogas ilícitas financia as organizações criminosas e suas atividades, que têm o narcotráfico como principal fonte de recursos financeiros; garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade; Buscar equilíbrio entre as diversas frentes que compõem de forma intersistêmica a PNAD nas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em políticas públicas de redução da demanda (prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social) e redução de oferta (ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda (BRASIL, 2019).

A PNAD ainda, tem como Orientação Geral que o Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade, incluídos os usuários, os dependentes, os familiares e as populações específicas, possa assumir com responsabilidade ética o tratamento, o acolhimento, a recuperação, o apoio, a mútua ajuda e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente pelos órgãos da administração pública na abordagem do uso indevido e da dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas. As ações de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social serão vinculadas a pesquisas científicas, deverão avaliar, incentivar e multiplicar as políticas que tenham obtido resultados efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas na área, e promoverão o aperfeiçoamento do adequado cuidado das pessoas com uso abusivo e dependência de drogas lícitas

e ilícitas, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência.

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil em meados de 1970, com o objetivo de reformular o modelo de atenção em saúde mental, especialmente por meio da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e da implantação dos serviços substitutivos, permitindo aos portadores de sofrimento mental uma assistência terapêutica adequada, reabilitação psicossocial e liberdade para usufruir de seus direitos civis. Entre os serviços substitutivos, estabeleceram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços de Emergência e Urgência, além dos Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (BRASIL, 2005).

No entanto, somente a partir de abril de 2001, quando foi aprovada e sancionada a Lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, é que se dá a desinstitucionalização e consolidação dos CAPS (GALVANESE; NASCIMENTO, 2009; BRASIL, 2004; SILVA, 2004). O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica. Para Rotelli, Mauri e Risio (1990), entende-se que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. A partir dessa separação artificial se constrói um conjunto de aparatos científicos, legisladores, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”.

Os projetos de atendimento surgidos nos últimos anos têm de saída a recusa do modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente. Nesses novos espaços, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

3.1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: estratégia de política pública de saúde

Os CAPS vêm se constituindo como principal estratégia de efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. De acordo com a definição do Ministério da Saúde, podemos entender os CAPS como serviços de saúde abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas mediante o acesso ao trabalho, ao lazer e ao exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Nesse entendimento, explicitamos que os CAPS exercem um papel estratégico na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tanto no que se refere à atenção direta, visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. As RAPS já propõem um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e promoção de direitos das pessoas, com embasamento na convivência dentro da sociedade, objetivando articular ações e serviços de saúde em diversos níveis de complexidade (BRASIL, 2015).

O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989 foram criados, em Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), com atenção 24 horas, posteriormente denominados de CAPS III. Nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários municípios do País e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica e, para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, ressaltamos que o cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob

a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012a), poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, as seguintes estratégias:

- a) Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. Consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
- b) Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- c) Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.
- d) Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Tal ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
- e) Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência

de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

- f) Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
- g) Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.
- h) Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.
- i) Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.
- j) Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
- k) Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.
- l) Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em

conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.

- m) Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
- n) Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
- o) Ações de redução de danos: conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.
- p) Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.
- q) Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.

3.1.1 Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS AD Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 (cinco) vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

CAPS AD III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas.

“A rede de atenção à saúde mental [...] caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica” (BRASIL, 2005). Entende-se que as políticas e diretrizes dos CAPS AD são instituídas a nível federal e de forma geral aos profissionais que compõem as equipes, ou seja, não há mudanças significativas das políticas e diretrizes de cada estado e/ou município, da mesma forma que não há orientações específicas para o trabalho de cada profissional do serviço. Tudo deve ser adequado ao perfil populacional de cada município e da equipe de cada serviço, a partir da lógica preconizada pela reforma psiquiátrica.

Os conceitos de territorialidade – que abrange não somente a área geográfica, mas também as pessoas que ali habitam, com seus hábitos, interesses, amigos, família e de municipalização dos serviços (os municípios é que devem ser os principais responsáveis pela saúde da população), são importantes por serem

conceitos que apontam para o fato de que as diretrizes gerais de trabalho devem ser adaptadas pelos profissionais, para a realidade de cada local, situação e usuário, a fim de atingir o objetivo maior que é de oferecer cuidado integral aos usuários dos serviços (LARENTIS; MAGGI, 2012).

Logo, o CAPS AD tem como objetivo oferecer atenção à saúde integral de usuários de álcool e outras drogas, respeitando uma área de abrangência definida, segundo a lógica do território, oferecendo tratamento e intervindo com ações de caráter preventivo junto à comunidade, promovendo saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2004). Esse serviço deve prestar atenção psicossocial em ambiente comunitário, integrado à cultura local e à rede de suporte social disponível, a fim de assegurar o processo de reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas. Deve ofertar acolhimento e cuidados em vários níveis de intensidade, em conformidade com as necessidades particulares de cada usuário, que terá seu projeto terapêutico singular (PTS) acompanhado por equipe interdisciplinar (BRASIL, 2004).

De acordo com as diretrizes prescritas pelo Ministério da Saúde (2015), a lógica que deve garantir os serviços CAPS AD é a da redução de danos, a qual define um conjunto de ações que visam minimizar as consequências globais do uso de álcool e drogas, com objetivo claro de identificar os fatores de risco e de proteção para o uso abusivo das substâncias.

Surge a Redução de Danos (RD) como política e prática de saúde pública fundamentada na ideia de minorar o efeito deletério do consumo de drogas por meio de diversos procedimentos como a distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis e a substituição de drogas mais disfuncionais do ponto de vista biopsicossocial para as menos disfuncionais. Contudo, mais do que isso, RD é uma mudança na relação do sujeito com a droga a partir da autonomia do mesmo e da não-priorização da abstinência para que o tratamento se realize, “[...] é tratar as pessoas não pelo que elas têm ou pelo que aparentam, mas pelo que elas são como seres singulares” (LANCETTI, 2006, p. 61).

Trata-se, portanto, de uma proposta que não tem a abstinência total como única meta viável, mas que sensibiliza o indivíduo ao tratamento para a abstinência da droga de escolha, sendo usadas, por exemplo, técnicas de entrevista motivacional e prevenção da recaída conforme os PTS dos usuários dos serviços CAPS AD (BRASIL,

2004). Recentemente, por intermédio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, orientou a desestimular seu uso inicial; promover a abstinência; e conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao uso indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas.

A atenção realizada pelo CAPS AD, devido à especificidade da população envolvida (os usuários de substâncias e seus familiares), presta os seguintes serviços: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

Existem questões específicas relativas à equipe que constitui esse serviço. Para realizar atendimento de 25 a 45 pacientes por turno, o CAPS AD necessita estar composto minimamente por: um médico psiquiatra; um enfermeiro, com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior (entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2004).

O CAPS AD III abrange o regime de atendimento conforme necessidade do PTS e de intensificação ao tratamento. A assistência é integral e universal, prestada, conforme os princípios do SUS, a uma população de adolescentes e adultos usuários de álcool e outras drogas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019). Assim, o CAPS propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com o sofrimento mental e seus determinantes. O cuidado aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e a questões de âmbito social (LACERDA; ROJAS, 2017).

3.1.2 CAPS: modelo biomédico x modelo biopsicossocial

O modelo biomédico surgiu embasado na teoria mecanicista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e segue o modelo de ciência positiva no século XIX (ANANDALLE, 1998). Essa concepção do universo ser visto como um sistema mecânico também respingou na concepção de homem que, visto da mesma forma, foi tratado como tal pelos médicos da época, isto é, o homem funciona como uma máquina e, quando está doente, é porque esta máquina está avariada, logo, podemos inferir o conceito de saúde para esse modelo (COSTA, 2013).

No fim da Idade Média, a Europa foi assolada pela peste negra. Nesse lugar as outras formas de atenção à saúde existentes, como a mágica, a religiosa e a galênica não deram conta de sanar o problema. Isso levou à necessidade de se pensar o conceito de doença de uma forma emergencial (PRATTA; SANTOS, 2009), campo propício para o desenvolvimento e popularização deste modelo que é “[...] caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (CUTOLO, 2006, p.16).

Vendo o homem como uma máquina, tendo o conceito de saúde de que é ausência de doença e tendendo-se para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do homem em suas dimensões psicológicas e sociais. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006). Nesse sentido, Costa-Rosa (2000) leciona que o paradigma biomédico tem o hospital psiquiátrico como o local típico para o tratamento. Os meios de trabalho incluem recursos multiprofissionais, mas não ultrapassam a fragmentação de tarefas e a supervalorização do saber médico. Ademais, há ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doenças) e na terapêutica medicamentosa. Outra peculiaridade desse modelo é a exclusão de familiares e dos usuários de qualquer participação no processo de tratamento.

Apesar das recentes modificações nas formas de compreender e abordar os usuários de drogas, alguns estudos apontam que a concepção sobre o uso de drogas ainda é respaldada por modelos contrários aos preconizados pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Esses, baseados no modelo biomédico hegemônico, que prioriza os fatores biológicos em detrimento de categorias psicossociais ou em

concepções morais e preconceituosas sobre o tema (MORAES, 2008; SCHNEIDER, 2010).

O uso de drogas ainda é visto, sobretudo, como uma patologia e com grande parte dos usuários - senão todos - identificados como dependentes (PRATES *et al*, 2014; REZENDE, 2003). Além disso, nos deparamos com o fato de esse uso aparecer também como uma doença sem cura (MORAES, 2008), com ênfase exclusiva nos aspectos biológicos ou sobrepondo-os em detrimento das questões sociais e psicológicas (BARROS; PILLON, 2007; LIMA *et al*, 2007; SCHNEIDER, 2010; PRATES *et al*, 2014).

A partir dessa concepção, há o risco do foco da atuação dos profissionais serem, prioritariamente, o tratamento embasado pelo modelo biomédico (BARROS; PILLON, 2007; MOUTINHO; VARGAS; LUÍS, 2008; MORETTI-PIRES *et al*, 2011), desconsiderando outras possibilidades de prevenção e promoção de saúde. Nessa perspectiva, a medicalização aparece enquanto forma de tratamento e a abstinência como objetivo ideal para todos os casos (REZENDE, 2003; MORAES, 2008; SCHNEIDER, 2010). Observa-se, contudo, um cenário paradoxal, onde apesar de a abstinência ser necessária para a reintegração do usuário à sociedade, caracterizando-se como uma tentativa de purificação ou salvação, o usuário ainda é percebido como um doente. Portanto, mesmo aquele abstinente estará, na melhor das hipóteses, em uma condição estável (MORAES, 2008).

Em contraponto, o modelo biopicosocial, elaborado e defendido por Engels em 1977 (FAVA; SONINO, 2008), a partir da crítica à insuficiência da epidemiologia tradicional em abordar a saúde como um fenômeno radicado na organização social (PUTTINI; OLIVEIRA, 2010), de que a doença não é somente unicausal como visto no modelo biomédico, mas seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais (FAVA; SONINO, 2008) e também da crítica de que a relação saúde-doença é um processo, portanto, sem ponto fixo, mas sim um estado (COSTA, 2013).

O paradigma psicossocial, advindo com a Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se pelo trabalho em equipe interprofissional e pelo uso de diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social do indivíduo, investindo no trabalho com a família, com a comunidade e com o próprio sujeito, incentivando o uso de dispositivos extra-hospitalares. Esse paradigma propõe a promoção de uma

assistência eficaz e humanizada, redução das internações manicomiais, participação da família, da comunidade e dos usuários como corresponsáveis na reabilitação e na reintegração social. Assim, o paradigma psicossocial caracteriza-se como uma diretriz da reforma assumindo o importante papel de nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013; COSTA-ROSA, 2000; MACIEL, 2007; SILVA ET AL., 2014).

Uma sociedade, por meio da produção social, poderá produzir tanto a saúde como a doença. A compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas. Assim, gradualmente, emerge outro conceito de saúde que implica mudanças no entendimento do processo saúde-doença e das práticas sanitárias. Neste contexto, observamos um novo paradigma sobre o termo saúde saúde como:

[...] o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente (MENDES, 1996, p. 237)

A referida definição traz as dimensões subjetivas na produção de saúde, alinhando-se às ideias e concepções atuais que marcham para a interdisciplinaridade, ampliando o olhar sobre os diversos aspectos do processo saúde-doença. Configura-se, então, um novo paradigma sanitário: o da produção social da saúde (MENDES, 1996) também denominado paradigma biopsicossocial (BELLOCH; OLABARRIA, 1993; DE MARCO, 2003; SEBASTIANI; MAIA, 2005), alternativo ao paradigma curativista anterior (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Segundo Belloch e Olabarria (1993), os princípios do paradigma biopsicossocial são:

- a) o corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar;

- b) saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação;
- c) o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas;
- d) a etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem-se considerar os vários níveis etiopatogênicos e que todos eles requerem uma investigação adequada;
- e) a melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe de saúde, que deve ser composta por profissionais especializados em cada uma das três áreas;
- f) saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo ou especialidade profissional. A investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas.

Portanto, o modelo biopsicossocial deve conjecturar ações integradas e interdisciplinares e nesse sentido implementar propostas no sentido de resgatar a participação ativa dos profissionais e dos sujeitos na produção de saúde, construindo assim, práticas cotidianas em relação a uma vida saudável (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

3.1.3 Práticas Integrativas Complementares – PICS no CAPS AD

A origem das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde vem de longa data. No final dos anos 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde – Alma Ata, Rússia, em 1978, as primeiras recomendações para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares difundiram-se em todo o mundo. No Brasil, esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e desde então somente se expandiram os estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade.

A partir de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas em defesa dos conhecimentos tradicionais em saúde. Em vários de seus comunicados e resoluções, a OMS firmou o compromisso de incentivar os Estados-membro a formularem políticas públicas para uso racional e integrado das Medicinas Tradicionais e das Medicinas Complementares e Alternativas nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (TELESSI JÚNIOR, 2016).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de 2006, foi construída a partir de movimentos que já estavam se dando no Sistema Único de Saúde.

Esta política atende, sobretudo, a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006, p. 4).

Embora a PNPIC tenha sido aprovada pelo Ministério da Saúde, somente em 2006, o debate sobre legitimar o conjunto de saberes não englobados pelo modelo biomédico já vinha sendo debatido a partir de meados dos anos 1980, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ela surge para dar diretrizes e normatização de práticas que estavam sendo realizadas por profissionais e legitimadas pelos usuários do SUS, partindo de processos de participação popular. Foi primeiramente uma política de reconhecimento, para depois ser uma política de investimentos (ainda por editais de financiamento, destinadas a projetos datados e localizados. Não é, ainda, uma política de Estado (BRASIL, 2015).

Segundo a PNPIC, as práticas integrativas contemplam uma abordagem terapêutica que usa sistemas de cuidado complexos “que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras” (BRASIL, 2006, p. 10), com uma abordagem humanizada, na qual fazemos uso da escuta acolhedora e temos uma visão ampla do processo de adoecimento, incentivando o autocuidado (PAPA; DALLEGRAVE, 2016).

A PNPIC vai definir responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICs), bem como orientar

que estados, Distrito Federal e municípios instituam suas próprias normativas. Dessa feita, trazendo para o SUS práticas que atendam as necessidades de cada região.

A Portaria nº 849 de 27 de março de 2017 inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ainda em 2017, foram publicadas as Portarias nº 633 e n 145, que atualizam o serviço especializado das PICS na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

De acordo com a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia.

Essa proposta visa romper com o paradigma do cuidado em saúde ao indivíduo focado na doença, com intuito do cuidado integral, conhecendo a história de vida, os determinantes sociais e todos os aspectos que o envolvam. Dessarte, objetivando estabelecer uma rede de apoio com recursos terapêuticos, de forma interdisciplinar para promover saúde pública com qualidade e na promoção do cuidado em saúde, haja vista os grandes desafios da dependência química atualmente. Ainda assim, o crescimento da oferta e da demanda por essas práticas, em âmbito público, tem demonstrado o potencial das PICS no cuidado à população e à saúde pública.

As PICS abrangem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio em que vive. O processo saúde-doença é visto de forma ampliada e visa a promoção global do cuidado e, principalmente, do estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2008). A disponibilidade das PICs na AB, bem como a sua consolidação como método terapêutico e de promoção de saúde, favorece a integralidade da atenção à saúde (SANTOS; TESSER, 2012).

Tais práticas integrativas usadas na promoção da saúde mental e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, têm uma importante função de desconstruir e formular novas maneiras de pensar, também de quebrar o paradigma do modelo assistencial, focado apenas na ciência moderna centrada no biologicismo. Assim,

constroem novas formas de cuidados, estabelecendo relação entre profissional e paciente e estimula o usuário a lidar com a doença e comprometer-se ao tratamento. Além de fomentar múltiplas respostas no organismo, contribuindo para a redução dos transtornos mentais comuns, ansiedade e sentimentos negativos; o aumento das reações de relaxamento e prazer; aumento da interação entre paciente e profissional, tanto na criação de vínculos de empatia, quanto no auxílio do equilíbrio físico-emocional; o enfrentamento das adversidades do cotidiano, aumento do humor e estímulo para as atividades laborais.

Além disso, surgiram como estratégias que promovem melhor enfrentamento no uso abusivo de álcool e outras drogas; apoio nas recaídas; permitindo uma ressignificação dos valores e do sentido das atividades cotidianas e, de forma simples, a expressão de sentimentos que levem: à diminuição da ansiedade, ao aumento do bem-estar e à redução do uso de drogas (SOUZA *et al*, 2017).

As oficinas terapêuticas são dispositivos utilizados no cuidado em saúde mental, visando sua reabilitação psicossocial. Sendo assim, são “[...] espaços destinados aos usuários onde a singularidade é respeitada, em um processo que visa resgatar a cidadania da pessoa com sofrimento mental através da atividade criativa” (SILVA; FIRMINO, 2016, p. 2).

Isso implica em atividades múltiplas contextualizadas em função das singularidades dos problemas dos sujeitos e suas situações familiares, culturais e sociais. Trata-se de um cuidado ampliado para problemas cujas determinações originárias são complexas e, portanto, a abordagem é essencialmente multiprofissional (AMARANTE, 1996).

De acordo com Maciocia (1996), a Medicina Oriental divide a doença em dois tipos conforme suas origens. As de origem externas são causadas por desequilíbrios adquiridos no ambiente e as internas, que sempre têm como gênese um desequilíbrio emocional. Baseando-se neste contexto, qualquer transtorno emocional ou de comportamento seria uma doença de origem interna através da afetação de um órgão, víscera ou sistema orgânico. A harmonia entre o corpo, a mente e a espiritualidade, decorre desse equilíbrio. Nesse entendimento, a ruptura desta harmonia compromete as funções dos organismos causando as doenças (NASCIMENTO, 2006).

O corpo integrado visto como um corpo único, a partir dos princípios filosóficos orientais, no qual o transtorno emocional ou de comportamento que possam

caracterizar um transtorno mental, seria por sua vez ocasionado por desequilíbrios internos, ligando-se ao conceito de corpo não saudável proposto por alguns autores. Então um corpo não saudável seria aquele que possui deficiência funcional em uma das partes e/ou deficiência física ou morfológica ou desequilíbrios (generalizado, específico espiritual e mental), possibilitando a presença de dor ou sofrimento, dificuldade de movimentação ou imobilidade e dificuldade ou impossibilidade de comunicação (SANTOS, 2017).

Potanto, o corpo de um indivíduo com algum tipo de transtorno mental sofre a pressão do estresse cotidianamente e tem diminuição do nível de saúde, pois sua energia e sua imunidade declinam significativamente. Com a preocupação constante, a respiração se encurta, a ansiedade se eleva e pequenos e sucessivos acontecimentos alteram o fluxo energético do corpo. Abre-se, assim, a possibilidade da doença se instalar. O fato de estarmos constantemente expostos a esses fatores coloca nossa saúde em risco (SANTOS, 2017). E, principalmente, quando consideramos esse conceito sobre a ótica de que “saúde é alegria de viver. É estar encantado com a vida. É ter entusiasmo, energia, vitalidade, disposição. Saúde é um processo de equilíbrio do organismo (...)” (COBRA, 2004, p. 62).

Essas práticas corporais integrativas são consideradas terapêuticas no cuidado, possibilitando que esses indivíduos diminuam suas ansiedades, consigam perceber-se com suas limitações, angústias, medos. Também, a partir de tais práticas, é possível trabalhar a autoestima, o sentido de vida das pessoas com limitações emocionais como depressão, risco de suicídio, pânico etc.

Na saúde mental, na maioria das vezes, o foco está nas demandas emocionais priorizando sintomas psicóticos, depressivos e maníacos e tratamento medicamentoso para estes sintomas. Quando o sujeito é estimulado a experimentar essas práticas, é possível o desenvolvimento do seu processo de autoconhecimento assumindo a responsabilidade pelo seu cuidado e manutenção da sua saúde, aprendendo a lidar de forma mais adequada com as dificuldades e a suprir suas necessidades (SANTOS, 2017).

3.1.4 As Práticas Integrativas Complementares: um caminho para espiritualidade e religiosidade

A importância das experiências religiosas e práticas espirituais no tratamento de dependentes químicos é reconhecida desde tempos remotos. As primeiras citações em publicações científicas surgiram durante a década de 1940, mas foi somente a partir dos anos de 1980 que o tema despertou interesse na comunidade científica, quando se tentava compreender a associação dessas práticas com as menores taxas do uso de álcool e drogas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

A espiritualidade é sempre feita de forma afirmativa, servindo tanto para confirmar a relevância do assunto para os serviços de saúde, como também para indicar a pertinência de abordar a dimensão espiritual da saúde a partir das terapias alternativas/ complementares. Trata-se de afirmar que a espiritualidade, ao contrário da religião, não depende do voluntarismo de uma crença para existir, mas decorre de uma disposição constituinte da pessoa. Espiritualidade é, em suma, uma dimensão do indivíduo (TONIOL, 2015).

De acordo com Mahfoud (2007), alma humana é o centro do ser que possui uma natureza tridimensional: espiritual, psíquica e física. O ser humano não é apenas psicofísico, é também espiritual e seu desenvolvimento está dependente dessa conexão entre seus vários aspectos formadores. Para tanto, devemos ter elucidado o que é espiritualidade, termo que também permeia o conceito de saúde. Puchalski (2010) menciona o significado de Espiritualidade e a relação que possui com a saúde:

Espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde de muitas pessoas. O conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. Ela é expressa nas buscas individuais para um sentido último através da participação na religião e ou na crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e nas artes. Todos esses fatores podem influenciar na maneira como pacientes e os cuidadores profissionais de saúde recebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros (PUCHALSKI, 2001, p. 352-357).

A busca por entender as necessidades integrais do indivíduo tem sido cada vez mais evidente. A integralidade da saúde é um dos princípios, por exemplo, que orientam a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde do Brasil. Essa lei esclarece quanto a necessidade e importância de que todo cidadão tenha acesso universal a

serviços de saúde contemplando sua individualidade e integralidade (BRASIL, 1990). A medicina complementar, assim como a medicina ocidental, deve ter o seu espaço na assistência médica, visto que ambas têm por objetivo favorecer a saúde e contribuir para o bem-estar do indivíduo. A ênfase não é a doença, mas o doente, a centralidade é na experiência de vida do indivíduo. Podemos falar do dito fenômeno da “transformação pessoal” e sua relação com uma alteração no comportamento relacionado ao uso substâncias (COOK, 2004).

A vivência da religiosidade relaciona-se a prevenção da dependência química, estando mais ligada ao tratamento e a reabilitação. As normas regidas pelas entidades religiosas são bastantes rígidas, condenando o uso de drogas (ANDRADE, 2015). A busca constante pelos transcendentais nas práticas religiosas é um estímulo constante no processo de reforma interior e busca de superação de limites, levando a uma maior aderência ao tratamento para dependência química (LEITE; SEMINOTTI, 2013).

Outro fator importante é a relação entre a religiosidade e hábitos da vida saudável, por exemplo, atividade física. Segundo Medina *et al* (2010), confirmam-se os efeitos benéficos da atividade física na prevenção, assim como Kim e Sobral (2004) encontraram uma relação diretamente proporcional entre a religiosidade e a prática da atividade física, tanto em homens quanto em mulheres.

O exercício físico tem sido proposto como adjuvante no tratamento da dependência de drogas lícitas e ilícitas, complementa abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tradicionais. Assim, representa um incremento significativo nas possibilidades para abordagem e tratamento, com vistas à redução das alterações neuroquímicas, do desejo e da compulsão pelo uso (fissura), dos distúrbios do humor e da cognição, bem como dos níveis de estresse e das dificuldades para relacionamento social e afetivo decorrentes do uso de drogas (ZSCHUCKE *et al*, 2012).

De acordo com Moreira e Lucchetti (2016); Moreira, Lotufo e Koenig (2006); Allport (1967); Moreira *et al* (2008) outras dimensões que explicam a influência da religião sobre a saúde mental do indivíduo são:

- a) organizacional: frequência a encontros de Religiosidade/Espiritualidade, como missas, cultos, cerimônias, grupos de oração;

- b) privada ou não organizacional: práticas privadas, como meditação, orações, leituras de materiais religiosos, ouvir ou assistir na TV programas religiosos;
- c) coping religioso: estratégias relacionadas à Religiosidade/Espiritualidade colocadas em prática para manejo de situações desafiadoras, sendo o *coping* positivo associado a melhores resultados em tratamentos;
- d) coping positivo: tentar encontrar uma lição divina em uma situação estressante; fazer o que pode ser feito e deixar o restante nas mãos de Deus; buscar ajuda e suporte com líderes e comunidade espiritual, pensando que a própria vida é apenas parte de uma força espiritual maior; buscar a religião para direcionamento para uma nova vida; buscar ofertar suporte e conforto espiritual para outras pessoas;
- e) coping negativo: esperar passivamente que Deus controle a situação, perceber a situação como punição de Deus ou ação de demônios, ou questionar o amor de Deus;
- f) orientação religiosa intrínseca e/ou extrínseca, sendo intrínseca associada a uma melhor saúde mental:
- g) intrínseca: a maior motivação é a vivência plena da religião, servir a Deus, sendo que outras necessidades são menos significativas e são harmonizadas com os princípios religiosos;
- h) extrínseca: usar a religião para os próprios fins, levemente mantida e moldada para outros interesses, por ser útil de diversas formas, como para fornecer segurança, consolo, sociabilidade, distração, *status* e autoabsorção, associada com dogmatismo, preconceitos, medo da morte, ansiedade e abusos religiosos (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

A espiritualidade e a religiosidade são representantes de uma das mais importantes áreas que compõem a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Compreender o papel delas na vida do indivíduo e suas concepções sobre o uso de substâncias, possibilitará a construção de um projeto terapêutico alicerçado nas suas relações, nas quais as práticas integrativas e complementares parecem ser um bom caminho.

3.1.5 Dependência química: uma perspectiva nas Ciências das Religiões

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

Para Monteiro (2008), a espiritualidade corresponde à abertura da consciência, ao significado e à totalidade da vida, abertura essa que possibilita uma recapitulação qualitativa do processo vital. Assim, a busca de sentido ou significado para a vida envolve uma necessidade que somente pode realizar-se em um nível imaginário e simbólico.

Nesse sentido, é preciso dar destaque para as distinções conceituais entre os termos espiritualidade e religiosidade, considerando que eles têm sido eventualmente interpretados como sinônimos. Neste estudo, a espiritualidade é considerada qualquer prática humana que mantenha o contato entre o mundo cotidiano e um quadro metaempírico mais geral de significados por meio da manipulação individual dos sistemas simbólicos (HANEGRRAFF, 2017). Para Geertz (2008, p. 67-68)., símbolos são “qualquer objeto, ato, acontecimento, qualidade ou relação que serve como vínculo a uma concepção - a concepção é o “significado do símbolo” e sistemas de símbolos padrões culturais, e constituem “fontes extrínsecas de informação (ASAD, 2010).

A religiosidade, por sua vez, a prática em qualquer sistema simbólico que influencie as ações humanas, fornecendo possibilidades para manter contato ritualisticamente entre o mundo cotidiano e um quadro meta-empírico mais geral de significados. Pelo exposto, viver como um ser humano é, em si, viver um ato religioso, pois a alimentação, vida sexual e trabalho, possuem um valor sacramental. Por outras palavras, ser ou antes tornar-se um homem, significa ser religioso (ELIADE, 1990).

Para Coutinho (2012), a espiritualidade consiste numa relação pessoal, individual com o sagrado em si ou fora de si, imanente ou transcendente, enquanto na religião a ligação ao sagrado realiza-se por práticas institucionalizadas. Comparando religião com espiritualidade, em Heelas (2005), a primeira associa-se a

vivência sob autoridades externas e superiores, a segunda a experiência sob a própria autoridade individual.

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

Paradoxalmente aos achados recorrentes na literatura, até mesmo nos estudos que não encontram resultados condizentes com a afirmativa de que a prática espiritual pode favorecer diretamente o usuário de álcool e ou drogas, observa-se que o exercício da espiritualidade pode ser significativamente efetivo para melhora nos quadros de ansiedade e depressão, comuns aos processos de mudança de comportamento e muitas vezes responsáveis pelo uso abusivo das drogas, no intuito de amenizar o sofrimento. Segundo alguns autores, a religiosidade e a espiritualidade vêm sendo claramente identificada como um fator protetor ao uso de drogas.

Há uma cultura contemporânea em relação à medicina que na maioria das vezes reduz o ser humano apenas a uma dimensão biológica orgânica. Tal fato tem gerado um cansaço, com isso provocado uma crise técnico-científica, favorecendo o paradigma biopsicossocial e espiritual (GABRIEL, 2017 *apud* FONTÃO *et al*, 2017). Assim como todo fenômeno humano, o fenômeno religioso é extremamente complexo e para apreender todas as suas valências e todos os seus significados, há que abordá-los de vários pontos de vista (ELIADE, 1990).

A partir desse entendimento, as ciências das religiões vêm permitindo e abraçando as experiências do fenômeno humano e consentindo estudos na área da saúde. Isso significa que a ciência das religiões aproveita métodos ou teorias de várias outras disciplinas. Desse modo, ela não é um fenômeno de moda que recebe o direito de existir apenas em períodos propícios aos fenômenos religiosos. Mas, sobretudo no que concerne a religião, existe um cruzamento entre história e modernidade que obriga a seguir o estudo das religiões com uma certa continuidade (DIX, 2007).

3.1.6 Dependência química: fenômeno humano e as Ciências das Religiões

Naquilo que apresentamos acerca do abuso no consumo de drogas lícitas e ilícitas e a evolução que o fenômeno da dependência de drogas experimentou, no decorrer dos anos, tornam-se um problema de saúde pública na maioria dos países pelas múltiplas consequências negativas que o seu consumo provoca sobre o desenvolvimento emocional e físico das pessoas (UNITED NATIONS OFFICE OF DRUG AND CRIME, 2013). Ademais, a cultura molda quais e como os sintomas psiquiátricos são expressos, influenciando os significados que são dados aos sintomas.

A cultura desempenha um papel em todos os aspectos da saúde mental (SADOCK; SADOCK, 2017). Quando lidamos com as experiências corpóreas que se traduzem em nível psíquico na forma de conhecimentos, de emoções e de gestos, tudo isso para o ser humano passa a receber da cultura circunstante uma leitura ou interpretação que os revestem com algum tipo de sentido ou colorido afetivo. Por isso, ao lidar com a dimensão biológica da religião, não se pode deixar de lado também - uma vez que mesmo a dimensão biológica não é diretamente, mas representada de algum modo - a dimensão do sentido (PASSOS; USARKI, 2013).

O uso ou não de substâncias está diretamente relacionado à compreensão de formas de contato com o divino, como por exemplo, manter a abstinência porque o corpo é morada de Deus. Nesse viés, todas as religiões apresentam algum posicionamento sobre o uso de substâncias, como a completa abstinência, o consumo moderado, a permissão para usos contextualizados ou usos ritualísticos, com objetivos como autoconhecimento, relação com o divino, oferendas, celebração, acesso a estados alterados de consciência para outros planos espirituais (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

A religião entendida como fenômeno que se desenvolveu ao longo da história e da cultura e a corporeidade vista como fenômeno humano à perspectiva da evolução, deve ser compreendida de um modo mais amplo além do campo da interpretação. Logo a ciência das religiões tem nos dias de hoje tornar legível as atividades e atos religiosos por intermédio de um ponto de vista interdisciplinar. Atuando na ciência da religião, o estudo, ou melhor, os procedimentos, transformam seu interlocutor de religioso-sujeito, em religioso objeto, seja esse objeto a essência da religião, seja um movimento, um fenômeno. Não há mais campo fixo, a ciência é

resultado da diversidade de campos e da experiência participativa e interativa do pesquisador com o seu outro-de-si. Os procedimentos serão, antes de tudo, interpretativos e interdisciplinares, na perspectiva do sagrado (SILVEIRA, 2017).

Para William Brede Kristensen (1867-1953 p. 23), em seu livro com ensaios reunidos e publicados postumamente em 1960, intitulado *The Meaning of Religion. Lectures in the Phenomenology of Religion*, discorre que “[...] o desafio da fenomenologia da religião é captar o Sagrado a partir da experiência religiosa do crente e, então, formular descrições acuradas dela”. Sendo assim, a fenomenologia da religião se ocuparia em descrever a experiência religiosa a partir de dentro, buscando pelo seu significado. Portanto, o fenômeno que se evidencia na relação com as esferas sociais, o religioso mereceria um campo teórico-metodológico mais amplo, que o tratasse não como simples derivação do social, do econômico ou do cultural, tampouco a partir da distinção entre interno e externo, subjetivo e objetivo.

Dito isso, perguntamo-nos se haveria alguma matriz epistemológica capaz de proporcionar instrumentos de análise que abordassem a religião como um campo de múltiplas configurações, transpassado pelo social, pelo cultural, pelo econômico e pelo histórico sem, contudo, ser determinado externa e exclusivamente por esses domínios (RODRIGUES, 2014) e, por que não dizer transpassar a dimensão biológica, articulando a dimensão corpórea do ser humano e suas práticas culturais?

Pode-se pensar em novas formas de relação entre as religiões e a sociedade, a partir do aumento dessas mobilidades, inclusive, as interferências das religiões no espaço público. Diante de inúmeros exemplos da relação entre as ordens do religioso e do social, uma das indagações pode versar sobre a maior ou menor interferência sobre o social, na vida sociopolítica das sociedades como um todo e da brasileira em particular, comparando-se ou não com outras épocas históricas. Há muitas perspectivas que combinam desde fechamentos radicalizados em torno de supostas naturezas essencialmente religiosas e sociais do ser humano, determinando supostamente os caminhos pelos quais o religioso influencia os fatores sociais, até aberturas que enfatizam o caráter enredado da religião e do social. Ambas as posições são compartilhadas tanto por conservadores religiosos quanto por grupos sociais, ligados ou não às minorias discriminadas.

O religioso está e se dá, sempre em tensão e relação com o social. Primeiro, porque as fronteiras entre as duas esferas nunca estão fechadas, ao contrário, são

incertas e tensas, mantêm-se em estado de contínua de negociação. Segundo, porque em nome de Deus, de deuses, de princípios espirituais ou laicos, reivindica-se intervenção nos assuntos desse e do outro mundo, em variados graus de rejeição e aceitação dos campos político, econômico, moral, artístico e intelectual e do mundo religioso (SILVEIRA, 2017).

Sabe-se que reconhecer os limites das abordagens teóricas e buscar outros caminhos e perspectivas teórico-metodológicas não significa apenas romper com uma escola ou linhagem de pensamento, mas abrir uma janela de compreensão da possibilidade de se compreender o objeto a partir de outras chaves hermenêuticas. Para Durkheim, ficou evidente a dimensão social da religião. O francês destacou na religião o potencial de instituição que regula a vida social de seus membros por meio de regras que operam em sistema. Mesmo que saibamos que essa abordagem tem como finalidade ressaltar a relevância da religião em face de transformações ocorridas pela modernidade (SILVEIRA, 2017).

O colapso do social e a gradual eliminação das formas tradicionais do sagrado no mundo contemporâneo seriam fenômenos paralelos à emergência da tecnociência, ela mesmo um subrogado de religião. Contra essa posição, Mellor lança mão tanto de sociologias tradicionais, como a de Durkheim, como a de autores contemporâneos como Hervieu-Léger, que postula que a religião, mesmo transformada na contemporaneidade, mantém-se como elemento originário e fundamentalmente da cultura e, esta por sua vez, deve ser apreendida nas suas relações com a sociedade real, mesmo que não seja a ela reduzida, segundo o pensamento de Delgalorrondo (2008).

A perspectiva de vislumbrar a religião como objeto complexo de investigação contrasta ainda mais frontalmente com as formas mais recorrentes de pesquisar as relações entre a religião e saúde. O desafio parece ser realmente como tratar esses dois objetos de investigação – a religiosidade e o sofrimento psíquico – de forma a um só tempo operacional, crítica e contextualizada. A complexidade é, de fato, qualquer coisa de mais profundo. Isso tem a ver com a contradição inerente ao efeito de objetivação e da conceitualização. Ao estudar o real, vivo e dinâmico, ao tentar aprisionar o complexo, quando o conceito recorta a realidade, necessariamente simplifica e congela (DELGALORRONDO, 2008).

Vale para a religião, como para qualquer outro aspecto da experiência humana transformada em objeto de pesquisa, o dito terenciano: *nihil humani a me alienum puto*; o que se exige do estudioso é que se aproxime com simpatia humana do seu objeto de estudo: nem mais ou menos, assinala Filoramo (1999).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dependência química é um grave problema de saúde pública mundialmente conhecida e vem se tornando objeto de estudos no intuito de conhecer as interfaces e implicações no cotidiano das sociedades contemporâneas. Aliado a tal fato, esse presente estudo também pretende buscar evidências a partir dos dados coletados, de forma a facilitar a compreensão e tornar possível a verificação da influência da religiosidade e espiritualidade no contexto terapêutico dos usuários de álcool e drogas.

Para isso, foram examinadas as entrevistas realizadas individualmente aos usuários do Caps AD III, situado em João Pessoa/PB. Tais entrevistas foram efetivadas por livre demanda, nos dias em que haviam atividades de grupo no CAPS, na recepção, onde, como pesquisadora responsável pela investigação, abordamos o usuário, já que não havia disponibilidade de sala. Mesmo assim, a pesquisa fluiu de forma surpreendentemente positiva com discursos intensos e de profunda entrega.

A amostra contou com 21 participantes, majoritariamente do sexo masculino ($f = 19$; 90,5%). Esse dado corrobora com a maioria dos estudos encontrados, sendo tal fato explicado, em parte, pela possível dificuldade dessas mulheres acessarem programas sociais e de prevenção, ou ainda, que as mulheres que se encontram nesse ciclo de uso não possuem outra perspectiva de vida além do desenvolvimento da maternidade, a qual é esperada socialmente, porém, nem sempre é de desejo delas, o que causa uma discordância ao uso de drogas (MARANGONI, 2013).

Além disso, a dificuldade financeira, bem como naquelas relacionadas à condição feminina, por exemplo, a responsabilidade sobre o cuidado dos filhos, a falta de disponibilidade de alguém com quem possam deixar os seus filhos, afora o temor que urge de perder sua guarda, caso admitam tal problema, associado ao pouco apoio do meio ao qual pertencem. Isso implica diretamente no estigma da institucionalização da mulher usuária de droga. Portanto, há necessidade de um recorte de gênero nas questões relacionadas ao uso de drogas, de forma a possibilitar ações estratégicas específicas de prevenção e cuidado adequadas a grupos de mulheres nos CAPS AD, acompanhamento e esclarecimentos aos seus familiares e intervenções no território a fim de desmistificar o uso pela população feminina.

As idades dos respondentes variaram entre 24 e 63 anos ($M = 41,9$; $DP = 10,55$), sendo que a maioria possui idades acima de 46 anos ($f = 9$; 42,9%). Tal resultado difere dos dados nacionais, que aponta para uma maioria formada por

adolescentes com até 16 anos, aproximadamente 1/4 dos jovens com até 18 anos já trabalha, entretanto, 18% dos jovens estudados não trabalham nem estudam (28% das mulheres) (IMPAD, 2011).

Em relação a religião, a maioria afirmou ter religião católica (f = 9; 42,9%), seguido de evangélica (f = 7; 33,3%) e sem religião (f = 3; 14,3%). O estado civil da maioria é solteiro (f = 11; 54,4%), seguida de casada (f = 6; 28,6%) e em união consensual (f = 3; 14,3%). Acerca da escolaridade da amostra, maior parte possui ensino médio completo (f = 9; 42,9%), seguido de ensino fundamental incompleto (f = 4; 19%) e superior incompleto (f = 3; 14,3%). No que diz respeito à atividade laboral, a maioria trabalha (f = 10; 47,6%) ou está desempregada (f = 8; 38,1%). Por fim, a renda variou entre 0 (zero) e R\$ 6.250,00 (seis mil e duzentos e cinquenta reais) (M = 1.666,5; DP = 1.864,63) em sua maioria pôde ser classificada com um salário mínimo (f = 5; 23,8%), enquanto seis participantes (26,6%) não responderam. A caracterização da amostra é detalhada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica (N = 21)

Variáveis		F*	%**
Sexo	Masculino	19	90,5
	Feminino	2	9,5
Idade	Entre 24 e 34 anos	5	23,8
	Entre 35 e 45 anos	7	33,3
	Acima de 46 anos	9	42,9
Religião	Católica	9	42,9
	Evangélica	7	33,3
	Cristã	1	4,8
	Espírita	1	4,8
	Sem Religião	3	14,3
Estado Civil	Solteiro	11	52,4
	União Consensual	3	14,3
	Casado	6	28,6
	Divorciado	1	4,8
Escolaridade	Analfabeto	1	4,8
	Ensino fundamental incompleto	4	19,0
	Ensino fundamental Completo	1	4,8

	Ensino médio Incompleto	1	4,8
	Ensino médio completo	9	42,9
	Superior Incompleto	3	14,3
Atividade	Trabalha	10	47,6
	Trabalha e Estuda	2	9,5
	Estuda	1	4,8
	Desempregado	8	38,1
Renda	Menos de 1 Salário mínimo	3	14,3
	1 Salário Mínimo	5	23,8
	Entre 1 e 2 Salários Mínimos	3	14,3
	Mais de 3 salários Mínimos	4	19,0
	Não respondeu	6	26,6

Nota: f* – Frequência Absoluta; %** - Porcentagem.

Fonte: Dados da pesquisa (PINHEIRO, 2019).

A respeito da caracterização sobre o uso de drogas (Tabela 2), verificou-se que idade em que se experimentou a droga pela primeira vez variou entre 8 a 45 anos ($M = 16,2$; $DP = 7,68$), porém, observou-se que a maioria experimentou drogas entre 12 anos e 14 anos de idade ($f = 9$; 42,9%). Grande parte da amostra experimentou álcool ($f = 16$; 76,2), enquanto os demais experimentaram maconha, álcool, mancho e crack.

De acordo com IMPAD (2011), o início do consumo do álcool na população jovem foi pouco abaixo dos 15 anos (ou seja, 3 anos antes da idade permitida por lei para o consumo). Não há diferença entre os sexos nesse início do consumo. Praticamente metade dos jovens consomem álcool e esta taxa é de 26% entre os menores de idade. Dos adolescentes e jovens que relataram beber, grande parte deles relata fazer uso nocivo do álcool (em forma de *binge* – consumo de 4 doses de álcool ou mais para mulheres ou 5 doses ou mais para homens em um espaço curto de tempo). Desses, mais de um terço (36%) bebe dessa forma semanalmente.

Para a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos, em nível mundial, consomem abusivamente substâncias psicoativas (SPA), independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o álcool a substância mais consumida. Quanto a idade de iniciação ao consumo, pesquisas apontam que o álcool e o tabaco são as drogas mais precocemente utilizadas, principalmente quando tal

prática ocorre na adolescência. Contudo, a maconha é a droga de iniciação eleita entre as ilícitas, com início entre 12 e 16 anos de idade, muito embora possam iniciar com drogas mais potentes (SANCHEZ, 2002).

Levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas entre jovens em nível mundial, assim como no Brasil, ressaltam que a iniciação vem ocorrendo na passagem da infância para a adolescência, trazendo riscos adicionais, em decorrência da vulnerabilidade dessa fase (MARQUES, 2000; PATRICK, 2009). Nesse contexto, ainda de acordo com os apontamentos das pesquisas, as influências ambientais representam fatores importantes e preponderantes para a iniciação no uso de drogas, destacando a pressão dos amigos, hábitos familiares, os quais contribuem para o contato precoce, aumentando a probabilidade de continuidade do consumo e riscos futuros.

No que diz respeito ao tempo de tratamento na instituição variou entre 2 dias e 3.650 dias, porém ao categorizar esta variável, verificou-se que a maioria está em tratamento entre 2 e 4 anos ($f = 5$; 23,8%) e entre 5 e 9 anos ($f = 5$; 23,8%). Já o tempo sem uso contínuo variou, principalmente de 0 a 2 meses ($f = 11$; 52,4%) e de 1 ano em diante ($f = 7$; 33,3%).

No tocante às recaídas, a maioria ($f = 16$; 76,2%) afirmou que ocorreram e que o número delas variou entre 0 a 50, entretanto foi mais frequente a ocorrência de 1 a 5 recaídas ($f = 6$; 28,6%). Diante do desafio de vencer as drogas, o usuário se depara com a situação de recaída, e preveni-la é um caminho árduo e doloroso. Assim, a prevenção da recaída (PR) vai combinar o treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças do estilo de vida. Entende-se que o indivíduo pode voltar a usar drogas em situações de alto risco e, uma vez identificado tal risco, é possível desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento (MARLAT; DONAVAN, 2009).

Uma outra estratégia, refere-se a entrevista motivacional, baseada nos princípios cognitivos, visando auxiliar o sujeito nos processos de mudanças comportamentais por meio da modificação dos padrões de pensamento, entendimento das reações emocionais e implementação de soluções (MILLER, ROLLNICK, 2001). Nesse lugar das ações preventivas, o modelo de redução de danos também é uma abordagem que tem assumido relevância no cenário das drogas. Recentemente a política de redução de danos foi modificada pelo Decreto nº 9.761, de

11 de abril de 2019, com orientação geral de dirigir ações de educação preventiva, inclusive em parcerias públicas ou com entidades privadas sem fins lucrativos, de forma continuada. Seu foco é no indivíduo e em seu contexto sociocultural, a partir da visão holística do ser humano e busca de forma responsável e em conformidade com as especificidades de cada público-alvo: desestimular seu uso inicial; promover a abstinência; conscientizar e incentivar a diminuição dos riscos associados ao uso, ao caráter indevido e à dependência de drogas lícitas e ilícitas.

Além do citado, propõe dirigir esforço especial para crianças, adolescentes e jovens, com vistas à garantia dos direitos dessas a uma vida saudável e à prevenção ao consumo de drogas, em faixas etárias sabidamente de maior risco, inclusive com apoio a iniciativas e serviços de instituições públicas e privadas sem fins lucrativos. Dessa feita, reforçando as atividades das comunidades terapêuticas, geralmente de cunho religioso.

Ao serem perguntados sobre “Qual(s) droga(s) usavam com mais frequência”, a maioria respondeu álcool (f = 11; 52,4%), em seguida destacou-se o uso de maconha associada a outras três drogas (cocaína, crack e álcool) (f = 4; 19%). A frequência maior de uso destas drogas foi diariamente (f = 17; 81%).

Tabela 2 - Caracterização sobre o uso de Drogas

Variáveis	f*	%**
Idade que experimentou		
Entre 8 e 11 anos	2	9,5
Entre 12 e 14 anos	9	42,9
Entre 15 e 17 anos	5	23,8
Acima de 18 anos	5	23,8
Qual droga experimentou?		
Álcool	16	76,2
Maconha	1	4,8
Álcool e Maconha	1	4,8
Álcool, Maconha e Crack	1	4,8
Não Responderam	2	9,5
Tempo de Tratamento		
Menos de 1 mês	3	14,3
Entre 1 e 6 meses	2	9,5
Entre 1 e 2 anos	2	9,5
Entre 2 e 4 anos	5	23,8
Entre 5 e 9 anos	5	23,8

10 anos ou mais	4	19,0
Tempo sem uso Contínuo		
Até 2 meses	11	52,4
Entre 3 e 4 meses	2	9,5
Um ano em diante	7	33,3
Não respondeu	1	4,8
Recaídas		
Sim	16	76,2
Não	5	23,8
Número de Recaídas		
Nenhuma	5	23,8
1 a 5	6	28,6
10	4	19,0
20 ou mais	2	9,5
Não responderam	4	19,0
Drogas que costumava usar		
Álcool	11	52,4
Maconha	3	14,3
Maconha e outras (Cocaína, crack e álcool)	4	19,0
Álcool e outras (Cocaína e crack)	3	14,3
Frequência de uso		
Diariamente	17	81,0
1 vez por semana	1	4,8
Finais de semana	2	9,5
Não respondeu	1	4,8

Nota: f *- Frequência Absoluta; %**- Porcentagem.

Fonte: Dados da pesquisa (PINHEIRO, 2019).

A variável profissão apresentou muita variabilidade, mas este foi o resultado:

Tabela 3 - Profissões

	F	%
Agente Administrativo	1	4,8
Agente de Saúde Pública	1	4,8
Assistente Escolar	1	4,8
Atendente	1	4,8
Balconista	1	4,8
Estudante	1	4,8
Fiscal da Enlur	1	4,8
Frentista, Gerente, Caixa, Operador de Empilhadeira	1	4,8
Garçom	2	9,5

palavras situadas na região central da imagem. Os termos “religião”, “ajuda”, “mãe”, “álcool”, “tratamento”, “acreditar”, “força”, “espiritual”, “trabalhar” e “religião” são palavras cujas frequências foram moderadas, dado que são dispostas ao redor do eixo central, mas com tamanhos reduzidos. As palavras de tamanhos reduzidos foram aquelas evocadas com menor frequência nos discursos dos sujeitos, a exemplo de “amizade”, “ansiedade”, “experimental” e “conversar”.

Ao observar a nuvem de palavras vê-se visualmente, bem palpável o quanto a espiritualidade e a religiosidade está intrinsecamente na vida dos usuários pesquisados, reforçada pelas palavras centrais: deus-gente-espiritualidade-procurar-religião, uma proximidade facilmente entendível, quase que didaticamente, explicitando as dimensões humanas. O binômio Deus-pessoa, tão antagônico e tão próximo, um criador, outro criatura, quase que um pedido de socorro. Por outro lado, o beber, o consumo de drogas, denota a fraqueza da criatura que enxerga nesse Deus, uma força, um algo a mais diante do sofrimento e desafios impostos pelo uso de drogas.

A nuvem de palavras é uma estratégia primária no tratamento dos dados textuais. Mesmo diante de sua relevância expositiva, é uma técnica limitada por não tratar a relação e a força entre os vocábulos, explorando apenas a descrição dos resultados iniciais. Para aprofundar essa análise, faz-se necessário o uso de uma técnica mais robusta, a exemplo da análise de similitude.

A análise de similitude (Figura 4) representa uma segunda etapa da análise de conteúdo temática. A árvore sinaliza que os discursos dos sujeitos formaram sete unidades de sentido, sendo esses compostos por palavras típicas. O eixo central é representado pelo termo “pessoa”, que se encontra fortemente relacionado às palavras “vida”, “usar” e “droga”. É a partir desse núcleo de sentido que todos os outros se formam. O núcleo formado pelo termo “álcool” ancora os discursos do tema sobre o início do alcoolismo, dada a relação entre os vocábulos “começar” e “beber”.

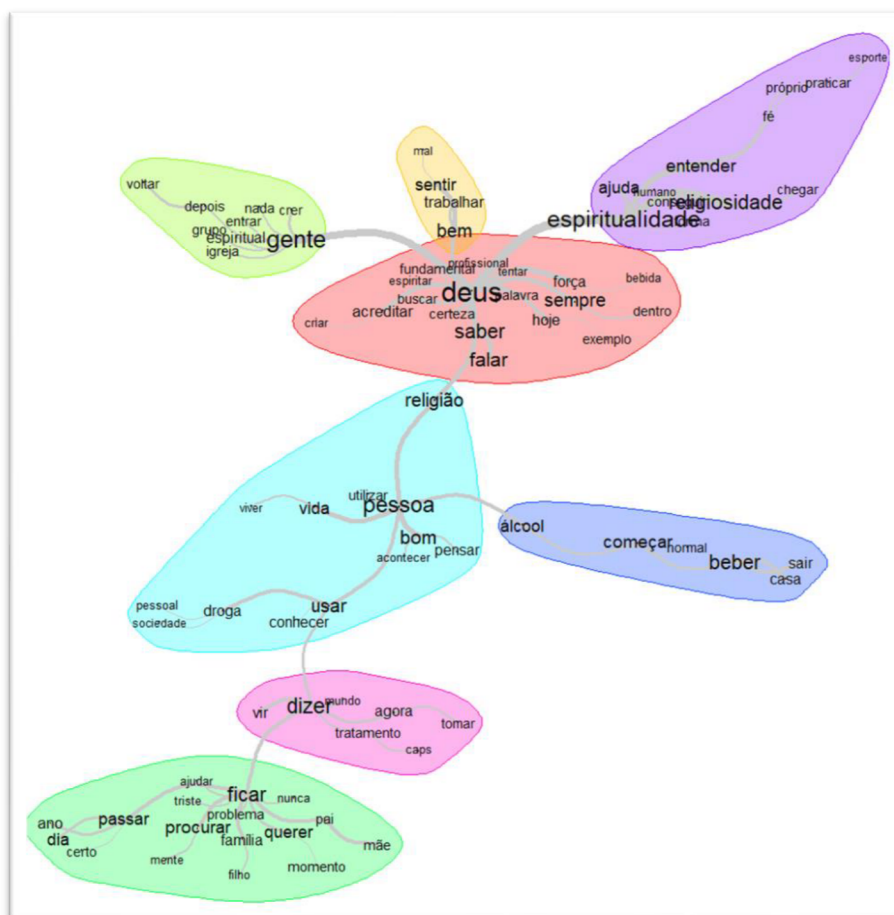
Inferior ao eixo central, dois núcleos apresentam-se conectados entre si. O primeiro eixo (rosa) apresenta os sentidos atribuídos ao CAPS, formado pelos termos “vir”, “dizer”, “tratamento” e “tomar”. O eixo seguinte (verde) representa os sentidos atribuídos ao tema relacionado à percepção social do uso de drogas para os usuários do CAPS, a exemplo dos termos “ficar”, “pai”, “mãe”, “família”, “filho” e “problema”.

Esses dois eixos apresentam uma forte relação entre si e podem ser exemplificadas pela temática relacionada à relação entre família e o uso de bebida alcoólica.

Do outro lado da imagem, na parte superior, percebe-se a formação de um eixo secundário formado pela palavra “deus”, o qual se ramifica em três núcleos. Esse núcleo apresenta os sentidos atribuídos a Deus, a exemplo dos termos “força”, “sempre”, “acreditar”, “buscar”, “fundamental”, “palavra” e “hoje”.

As ramificações desse eixo são formadas, primeiramente, pelos sentidos atribuídos à “espiritualidade” (roxo), representadas pelos termos “religiosidade”, “entender” e “fé”. A palavra “Deus” relaciona-se fortemente com esse núcleo, porém, é necessário salientar a força da relação entre os termos “religiosidade” e “espiritualidade”, o que denota a dificuldade dos sujeitos em diferenciar tais termo.

Figura 4 - Árvore Máxima de Similitude



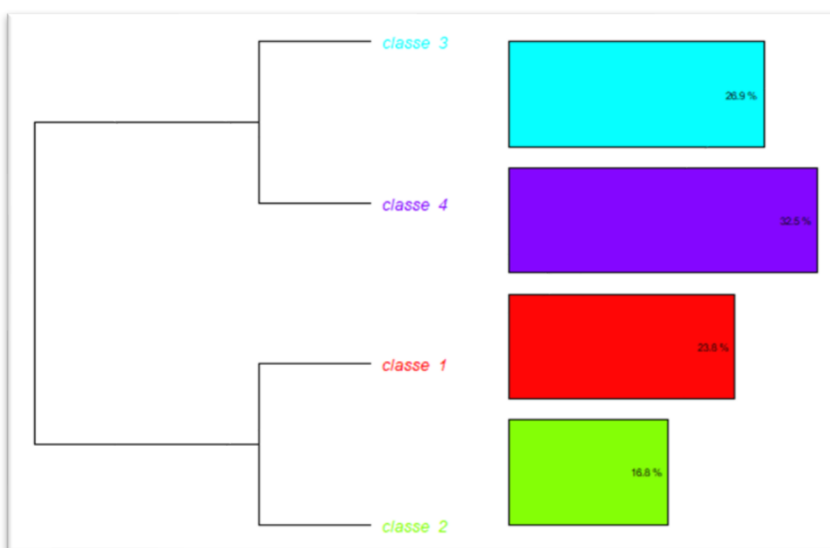
Fonte: Programa Iramuteq, 2019.

Uma outra ramificação é estruturada na palavra “gente”, a qual se liga aos termos “espíritual”, “igreja”, “grupo”, “espíritual” e “crer”. Finalmente, a terceira e última ramificação é formada pelos termos “bem”, “trabalhar”, “sentir” e “mal”. Tratam-se, portanto, de dois núcleos não relacionados entre si, mas que se amparam nos sentidos atribuídos ao eixo formado pela palavra “Deus”.

A análise de similitude dá um passo à frente da nuvem de palavras por apresentar a relação entre os diferentes conteúdos emergidos dos discursos dos sujeitos, assim como apresenta quais palavras estruturam essas relações. Entretanto, limita-se por não elencar o contexto no qual esse discurso é vinculado, isto é, o discurso em si, satisfazendo apenas a análise de conteúdo temática. Para avançar no estudo do discurso, torna-se necessário uma abordagem mais ousada, a exemplo da Classificação Hierárquica Descendente, cujos resultados são apresentados a seguir.

A técnica de CHD busca responder sobre como os discursos dos sujeitos são organizados e visa a classificação das narrativas em categorias formadas pelas palavras mais relevantes, além de demonstrar o contexto no qual foram explanadas. Os discursos dos participantes deste estudo se organizaram em dois eixos principais, formados por duas classes cada um (Figura 3). O primeiro eixo foi formado pelas classes 3 e 4, as quais corresponderam a 26,9% e 32,5% do conteúdo das entrevistas; o segundo eixo foi formado pela classe 1 (23,8%) e classe 2 (16,8%).

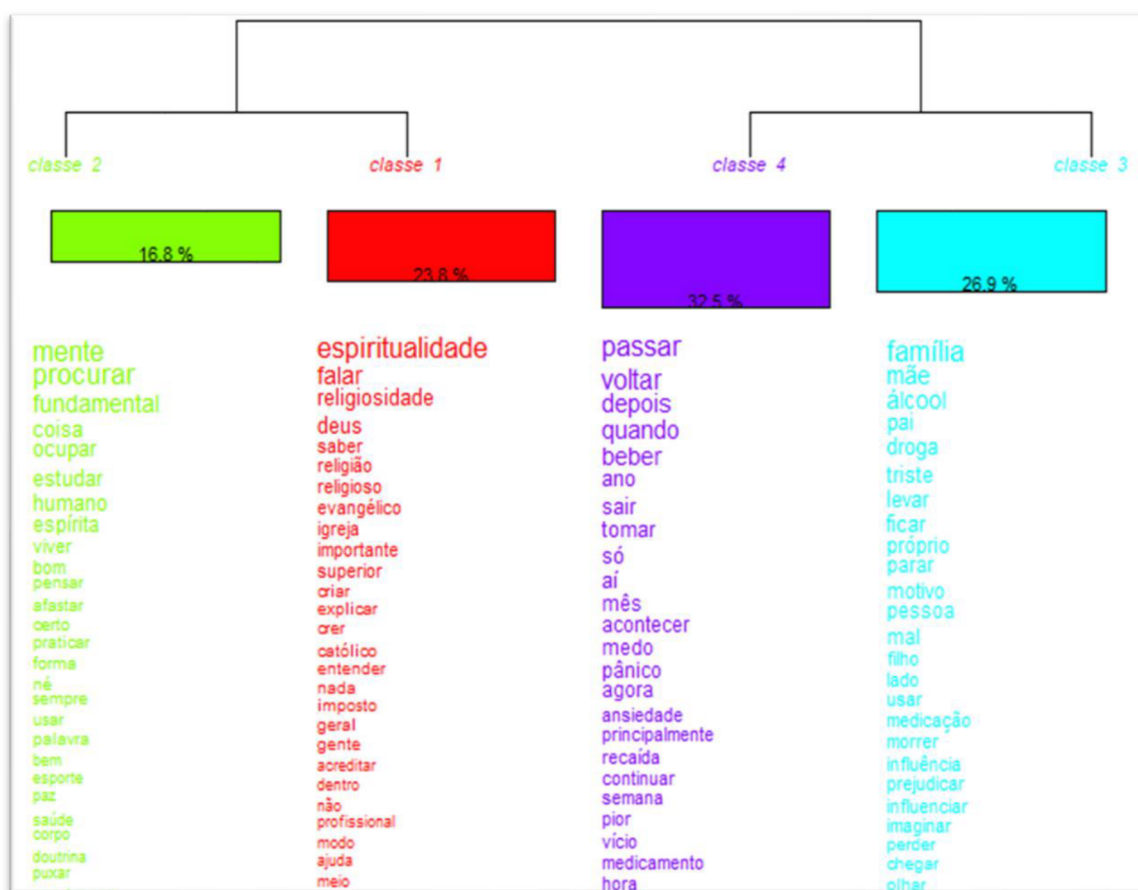
Figura 5 - Dendrograma descritivo das classes de análise



Fonte: Programa Iramuteq, 2019.

Os principais termos que formam cada classe estão apresentados na Figura 6, mais adiante. Observa-se que a classe 2 é formada por palavras voltadas à saúde mental, a exemplo das palavras “mente”, “ocupar”, “estudar” e “humano”. Ao analisar os discursos que formam essa categoria, percebe-se que se tratam de estratégias realizadas pelos sujeitos para a manutenção do bem-estar, como exemplificado pela narrativa do sujeito 1: “ocupar a mente sempre procurando ajeitar alguma coisa dentro de casa consertar uma lâmpada jardinagem sempre para manter a mente sempre ocupada para não pensar no danado do álcool”.

Figura 6 - Classes temáticas



Fonte: Programa Iramuteq 2019.

A classe 1 apresenta os sentidos atribuídos à vida espiritual, exemplificada pelos vocábulos “espiritualidade”, “religiosidade”, “deus”, “religião”, “igreja”. Os discursos dos sujeitos apontam para significados positivos à vida religiosa, mesmo que não consigam distinguir “espiritualidade” e “religiosidade”, a exemplo das

narrativas: “**espiritualidade** eu **entendo** que é a aproximação com **algo** que a **gente** **acredita** ser **superior** a nós; **religiosidade** eu **acho** que é **algo criado** pelo homem **não** por **deus**” (sujeito 17), “**espiritualidade** eu **não entendo nada não**, **religiosidade** é *eu* sempre **frequentava a igreja católica** de vez em quando” (sujeito 12).

Além disso, a análise dos discursos apresenta o entendimento dos usuários do CAPS sobre a importância do trabalho sobre a religiosidade no contexto em que participam das intervenções psicossociais. O sujeito 11, por exemplo, aborda sobre como os profissionais apresentam temas relacionados à vida espiritual no cotidiano do CAPS: “Olhe, eles têm **muito** cuidado de **não** inserir questões **religiosas** ou espirituais no tratamento, eles deixam **muito** à cavaleira **como** a **gente** chama nada imposto às vezes que entram assuntos da religiosidade ou da **espiritualidade** é provocado pelo paciente”.

Este outro participante, além de relatar o funcionamento institucional, sinaliza a importância pessoal de se trabalhar sobre essas questões na instituição: “antes **não** era trabalhado assim. A **gente** não podia **falar** em **religiosidade** e **espiritualidade**... Hoje já tem um grupo especial, hoje com uma **profissional** que trabalha isso. Ela coloca hinos e nos **ajuda muito**”.

No mesmo sentido, o participante 17, ao relatar que “a **espiritualidade ajuda**, **ajuda e muito** assim buscando a palavra, buscando **Deus**, porque a **gente** buscando **deus** fica **distante** das drogas.”, explana sobre as consequências do trabalho com espiritualidade no enfrentamento ao vício.

Por outro lado, a classe 4, apresenta os discursos sobre o histórico dos sujeitos com os vícios, sendo representada pelos vocábulos “passar”, “voltar”, “depois”, “beber” e “acontecer”. Nesta classe, temas como afetividade, história de vida e o enfrentamento ao alcoolismo são elencados como mais representativos nos discursos dos usuários do CAPS. Acerca da afetividade, por exemplo, este participante relata sobre a interação entre a ansiedade, o isolamento social e a bebida: “eu não **saía** de casa achando que **tudo** ia **acontecer** alguma coisa e assim **aí** começava a **beber** para *mim* ir para algum canto para **viajar**, eu tinha que **beber tudo**, me **dava** coragem **quando** eu **bebia**” e “eu não sabia o que era isso achava que era problema de cardíaco problema de saúde essas coisas **só** que eu fiz todos os exames e não **deu** isso e ao que veio que ela descobriu **quando** eu **passei** pela psiquiatra foi que eu

tinha síndrome do **pânico** (sujeito 21). Este outro participante discute sobre a recaída, abordando: “**aí dei** um bom tempo, mas retornando de **lá continuei** e assim fui **continuando** durante a adolescência **dava parada** bruscas **porque quando** eu **voltava** para igreja eu me continha, mas a compulsão, a saudade dos efeitos fazia que com eu recaísse” (sujeito 9).

Finalmente, a classe 3 apresenta os motivos/caminhos que levaram os indivíduos ao álcool, como também as consequências psicossociais do uso abusivo dessa e de outras substâncias tanto para os usuários como para as suas famílias. Essa classe é exemplificada pelos vocábulos “família”, “mãe”, “álcool”, “droga”, “pai” e “triste”. A participante 14, por exemplo, relata que começou a usar álcool em decorrência da falta de seu marido: “os **motivos** que me **levaram** ao **álcool** foi porque eu **fiquei** sem o meu marido sozinha, eu não estava com **família** perto de onde eu morava”. O sujeito 20 afirma que “o **motivo** de eu **usar** o **álcool** foi problemas com a **família** um **pai** em **casa** um **pai** que era alcoólatra aí ele bebia muito aí oferecia muitos problemas para mim como na minha reputação”.

Ainda sobre a classe 3, levando em consideração o contexto familiar, os usuários do CAPS explanaram sobre como as famílias sentem ou pensam sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas: “apesar de meu **pai** ser alcólatra mais ele não **queria** minha **mãe ficou** muito decepcionada comigo durante o meu **momento** e meu tempo de cachaça do uso do **álcool** entendeu eu fiz muita **vergonha**, eu passei muita **vergonha**” (sujeito 4); “**ficaram** todos **tristes** e desgostosos dizendo que eu sempre fui um bom trabalhador honesto tudo de **casa** era comigo tanto para minhas **filhas** quanto para minha **mãe** que eu **nunca deixei de lado**” (sujeito 1).

O conjunto dessas análises permite a compreensão não somente dos sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos às suas vivências pessoais e institucionais, como também colaboram no entendimento das práticas realizadas no CAPS e suas consequências no cotidiano dos usuários desse serviço. Os discursos dos sujeitos evidenciam que mesmo a espiritualidade/religiosidade não serem temas prescritos nas intervenções realizadas, dada a justificativa da laicidade (sic), muitos enxergam essas temáticas como essenciais para o tratamento. A exemplo desse discurso de um dos participantes que, ainda não conseguindo fazer a distinção entre os dois termos (i.e., religiosidade e laicidade), se aproxima da necessidade elencada: “eu nem **sei explicar** se **não** deveria acontecer **não** era **falar** sobre **religião espiritualidade** assim

deveria, creio que sim pudesse **falar** bater nesta tecla aí eu **acho importante**” (sujeito 12).

4.1 Relato de caso: meu pai chamava meu vício de esporte

Paciente 11 da entrevista na integra.

Como iniciei nas drogas

“É primeiro, curiosidade, eu comecei muito cedo a utilizar o álcool, como é uma, ou a, droga lícito, que a sociedade teoricamente não pune, então eu a havia e ainda há, esta questão do machismo, que o homem tem que beber, o homem tem que namorar, o homem tem que fumar, o homem tem que fazer mil e uma coisas que mostre sua virilidade, então é, eu comecei a beber, a beber muito novo, como eu lhe falei aos quatorze anos, né?! Numa turma, numa roda de amigos, ali do colégio, só que eu não sabia que seria se tornar mais a frente um problema muito sério, que devastou é a minha vida. Por pouco eu não perdi, para a senhora ter uma ideia, eu tive, eu sofri nove acidentes de automobilístico né, em sua maioria eu estava sobre efeito de álcool, também é sobre o próprio efeito do álcool, eu sou bipolar, eu tomo medicação, imagine a bomba relógio, que se dava, e dar no meu corpo. Aos trinta e nove anos também foi uma curiosidade, porque assim na..., quando entrei na universidade, o pessoal fumava muito maconha, e eu experimentei, mas não achei graça, então eu, tentei quando eu estava no exército, tentei fumar cigarro, normal, com tabaco com nicotina, eu não me viciiei, eu achava que eu também não observava que eu já estava refém do álcool não é, eu tinha essa falsa ilusão que nenhuma droga ia me, vamos dizer assim me segurar. Eu podia experimentar, num dia e no outro dia podia acordar, tudo muito bom, mais de fato não aconteceu isso, quando eu utilizei o crack, que foram quatro anos, utilizando ele de forma intensa, é eu já era bem maduro, eu já estava formado e na época eu tinha me separado e eu estava muito solitário, então conheci uma jovem, ela me ofereceu, eu disse tudo bem, né?! A gente estava ali na relação, e aí eu usei e fui ao céu vamos dizer assim a primeira vez, as primeiras vezes então, não era uma coisa contínua, eu utilizava é uma vez por semana, uma vez por mês, era como se fosse algo divertido, só que aos poucos eu não vi, a gente não ver que está se viciando, o vício está tomando conta de si, e acabei utilizando ele

todos os dias, durante um bom tempo. Isso trouxe muitos dissabores na minha vida, financeira, espiritual, intelectual, eu dei uma parada, dos trinta e nove, quarenta, quarenta e um, aos quarenta e dois, quarenta e três eu utilizando, eu parei, chegou um momento que olhei para minha vida, os meus amigos, é, estavam todos bem centrados, muito bem casados, muito bem financeiramente, espiritualmente e eu estava devastado.”

Minha família descobriu

“A minha família ficou arrasada, mas como eu falei para senhora, eles, ele também não entendeu muito e aí é, me fizeram um convite eu aceitei, para ir me internar na fazenda, Fazenda Esperança, católica, eu não entendia o que era aquilo, aquele vício, né?!, então eu passei lá sete a oito meses na primeira vez, saí, no outro dia que eu sai já utilizei, fico sempre emocionado, aí foram três internações, como é o nome? Compulsórias, forçadamente, né? Eu dormindo, chegava aquelas, aqueles homens ruins me pegavam e me levava para umas clínicas particulares lá em Pernambuco e me dopavam, era muito ruim, então eu já passei a ficar um ano e no outro dia que saía eu usava, então era um desespero para mim e para a própria família. Chegou a um ponto que meu pai disse, ‘olhe eu não vou mais’. Hoje meu pai é falecido, ‘eu não vou mais lhe internar porque eu vejo a sua.’ Ele não dizia que eu não usava droga, ele dizia, ele chamava, ele dizia meu nome, ‘esse esporte que você pratica’ era um eufemismo. Qual é sua visão? Imagina a dor dele, ele não queria dizer que tu tá se drogando, ele falava ‘esse esporte que você tá utilizando não tá lhe fazendo bem, meu filho’ e minha mãe também ficou arrasada, né?! É os meus filhos se distanciaram de mim, até hoje a minha relação com eles, eu busco me aproximar deles, mas eles me evitam e isso causa também em toda família, por exemplos primos, tios... Foi uma grande decepção e até hoje eu sofro essas consequências, e embora eu não utilizando mais o crack, fica o estigma, não tem como todo mundo não ficar esperando uma recaída. Eu nunca roubei um objeto, mais, assim, eu gastava todo o meu salário quando eu estava usando. Agora tem uma coisa interessante que vou dizer a senhora, foram quatro anos, mais se eu for contabilizar o tempo que eu fiquei internado, foi mais tempo internado do que utilizando, porque eu saía e me internava de novo.”

Meu tratamento – como fica?

“O tratamento aqui no CAPS é fundamental. O grupo hoje, por exemplo, né?! Hoje a gente tratou um assunto de ansiedade, né?! Eu sou muito ansioso né?! Muito, é tomo recentemente ansiolítico, enfim eu tenho um acompanhamento psicológico, psiquiátrico, a própria bipolaridade me, não é que me impõe, mas é necessário esse acompanhamento, e o CAPS é um ambiente fundamental, porque só, aqui não tem só, o atendimento médico, o do psicólogo, a gente interage com pessoas que padecem do mesmo mal, porque assim é uma dor muito grande, você (pausa choro) ...utilizar uma substância que sabe que tá lhe matando e não conseguir parar, né?! Então aqui é um suporte, extremamente, extremamente necessário para minha pessoa, né?! É, e algum momento eu negligenciei esse suporte, para, parei de vir ao CAPS, também negligenciei a medicação medicamentosa, o que foi que aconteceu eu tive um surto, não é? E então entrei na depressão, primeiro uma de euforia muito grande, aí voltei a beber, depois de um ano e seis meses, não é? E tudo que eu tinha construído nesses um ano e seis meses, em uma semana eu destruí, para a senhora ter uma ideia, até pedi, é dispensa do trabalho eu pedi, depois o colega lá que percebeu que eu estava fora de si e aí me recomendou inclusive voltar ao tratamento. Foi bem generoso, né? e compreensivo. Então assim, aí voltei para o CAPS, estou aqui de novo e é muito bom aqui, hoje eu tratei da ansiedade, hoje tratamos, falta de sono, eu estou com problema de sono, então a gente sempre tem que relembrar as coisas, hoje eu relembrei várias técnicas que eu posso fazer em casa, eu estava assim e escutar relatos de outras pessoas também, dizer poxa eles são igual a mim, eu não sou o pior do mundo e eu posso sim, vencer a mim mesmo, né?! Eu estava vendo ontem uma entrevista no Fantástico, daquele ator Sylvester Stalone e hoje um colega meu lá do centro espírita, que eu voltei, eu deixei também de frequentar o centro espírita, me afastei desta parte espiritual, que para mim é fundamental também, e um disse a mesma coisa que o outro, incrível como a espiritualidade trabalha a energia positiva, o espírito, Deus seja lá, como a pessoa classifica, mas de um modo geral, eles falam assim, eles falavam assim que os nossos maiores desafios, né?... estão nas nossas vontades, né?... Não nos instintos, porque os instintos são próprios da natureza né, extinto de sobrevivência ou de alimentação, etc. mais as nossas vontades, né? Então se eu sei que eu não posso beber, eu sei que eu tenho consciência disso e se eu tocar na bebida eu volto toda uma sequência de eventos

ruins. Por que eu vou beber? Porque todo dia é uma luta, é uma grande luta, se eu voltar, se eu tocar numa pedra de crack vai retornar todo aquela, aquela, aquele inferno, a palavra correta é essa, não inferno judaico-cristã, mas aquela coisa de sofrimento, né?... De pensar em suicídio, ou tentar suicídio, porque eu já tentei três vezes, nove acidentes de carro, então assim eu tenho um propósito também de 'tá aqui inclusive de dando esta entrevista.

Estratégias que você utiliza para o enfrentamento da dependência química

“Primeiro a espiritual, porque você passa a enxergar a vida de, com outros olhos, quando acontece algo ruim como hoje, pequenos problemas, por exemplo, hoje eu tinha que fazer um texto, tinha que mandar, tinha que gravar, mandar para o programa de rádio etc. e meu computador deu uma pane e eu tive uma insônia, então eu estou muito cansado. Teve uma hora que eu me desesperei, porque o programa já ia entrar no ar, então disse pera aí, fiz uma oração, isso é uma estratégia, eu poderia o quê? Abandonar aquilo e ir pro de repente até beber, porque eu tenho, morro vizinho a uma restaurante, é então assim esta parte espiritual, estou retornando a associação espírita que faço parte, eu já um ano e alguns meses, eu pratico diariamente é esporte, né? No caso é eu corro e pratico e vou a academia, não é necessariamente esporte, atividade física, é, é também tem a questão da alimentação que eu estava com sobrepeso, né?... e comecei a regular essas, essas, enfim esses desastres, porque quando você troca um vício por outro, né?... então trocava, troquei o álcool, quer dizer, troquei o crack pelo álcool em demasia, depois eu parei de beber, e estava comendo de forma descontínua né, então são vários, oração, né? Você escutar música, né? Leitura, estudo, então são e isso me preenche, né? E quando eu estou sobre efeito ou estava, eu não fazia nada disso. Como você pode fazer alguma coisa que você está fora de si, a não ser se destruir?”

Espiritualidade e Religiosidade - conceitos

“Espiritualidade é, eu não vou naquele pensamento, judaico-cristã, eu não entendo como, que há um Deus punitivo ou anjos arcanjos vão pegar na minha mão. Espiritualidade para mim é tá bem comigo e com os outros e a partir de aí, né?... Formasse uma, as coisas fluem, você é ajudado sem perceber e você ajuda também sem perceber. Eu vou dar um exemplo concreto, né? Todo mundo no Brasil passa por

dificuldades financeira, que dizer quase todo mundo, e aí faltou dinheiro para fazer a feira, eu disse: “Meu Jesus, quer que eu faço agora?” Isso foi, tem dois dias, no final do mês, já viu, e aí do nada um colega meu, que ele tem um restaurante, ligou e tal, ‘Vem para, cá, tem, eu trouxe aqui umas coisas tal, umas comidas etc.’ e ‘tá a vim, porque minha esposa tinha viajado e eu estava só e aí, eu disse: “Oxente, fulano, eu vou e passo lá”. Então assim eu estava sem alimento, não queria ligar para minha mãe, não queria ligar para minha esposa, tinha a questão também do orgulho e tal e aí o cidadão foi, isso é Deus para mim. Deus está no outro também, espiritualidade é essa conversa que eu estou tendo, é esse seu trabalho, muito importante, então espiritualidade para mim é a bondade do ser humano, é a coletividade, e evidentemente existe um fluxo de energia, a gente pode chamar o espírito, chama de espírita, perispírito, anjo da guarda, a gente denomina com quiser, como quiser. Religiosidade, religiosidade eu tenho uma dificuldade incrível, porque ela, ela daria ahhh, porque assim doutora, é eu sou muito racional, então é, a religiosidade tem muito dogma, por exemplo você vai para, não, nada contra qualquer tipo de igreja, tal, mais os dogmas, porque é, eu tenho que subir, tenho que me levantar, tenho que sentar, o padre fala isso, o pastor aquilo, você tem que com, e ninguém explica, porque tenho que acender uma vela, tenho que, então assim, é uma coisa muito criada pelo homem, não é, é uma coisa em posta, assim eu penso e eu sou meio rebelde para essas coisas, tanto é que na doutrina espírita ele não pede nada, não é, até porque não é uma religião, é uma doutrina, né? Tem a parte científica também. Então, assim a gente estuda muito essa interação de mente, corpo e alma não é, porque assim é, a partir do momento que a pessoa chega e diz isso aí é pecado, mas por que é pecado? ‘Ah, porque Deus diz que é’. Então eu tenho essa dificuldade com a religiosidade.”

Qual o papel da espiritualidade/religiosidade?

“De todos esses aqui que nós, todos eles são vitais, todos, são vitais, que a religiosidade embora eu os dogmas, essa coisa toda, eu não, eu fuja, mais é, a gente procura estudar o porquê, dos atavismos etc. É, de modo que, que espiritualidade sobre tudo para mim ela me completa, enquanto ser humano, porque é o seguinte é, vamos ser, mais claro, porque essa pergunta é muito complexa, veja bem, eu sou ser vivo claro, sou um ser humano, mas assim eu creio, falta, dentro de mim existe uma

energia vital, eu tenho que trabalhar bem essa energia vital e chácara, essa coisa toda, né? A respiração, então é, essa questão espiritual, trabalha tudo isso, né? A mente são e a corpore são dos gregos, né? Então é fundamental você ter a ciência de quem você é, suas limitações enquanto ser humano, suas bondades e seus atos falhos, que é fundamental também, porque você, muitas vezes eu me punia, quando eu não conhecia a doutrina espírita, eu achava que Deus estava me castigando de alguma forma, né? É quando eu utilizava a droga, né? É, eu imaginava aquele pecado, aquela coisa desgraçada, né? Mas eu estava fazendo mal a mim, claro que eu fazia mal aos outros de forma indireta né, mas assim o espiritismo ele me dá o livre arbítrio, aí que bom quando a pessoa dá o livre arbítrio, porque eu posso parar, posso pensar e analisar, e não me revoltar, analisar se aquilo é bom ou ruim para mim, não a pessoa me impondo, porque, por exemplo, nessas clínicas, que eu passei, como eu falei, era eu, cheguei a passar um ano e no outro dia eu saí e utilizei, porque era uma coisa imposta, não é? E agora não, eu, são decisões que eu tomo, junto com a minha espiritualidade da forma que eu compreendo.”

No CAPS esses elementos são trabalhados?

“Sim, todos, todo tempo, eu já tenho quantos anos, nove, desde de dois mil e treze, oito anos, aqui todos os momentos, inclusive eu tive acolhido aqui, durante por duas vezes. Numa delas foi na época quando meu pai faleceu, então, eu estava acolhido aqui quando meu pai faleceu, eu saí e eu voltei, eu poderia ter, eu poderia ter ido para uma, beber, não é? mas eu voltei aqui para o CAPS, porque, porque tem essa cumplicidade também da, desde do pessoal do apoio, passando pelos terapeutas, os médicos e principalmente os que fazem uso aqui do serviço, com certeza.”

Como os profissionais desta instituição poderiam trabalhar a espiritualidade e a religiosidade?

“Olhe, eles procuram, eles têm muito cuidado de não inserir questões religiosas ou espirituais no tratamento. Eles deixam muito, às vezes nem falam, não é? Eles deixam muito é, à cavalheira, como a gente chama, né? Nada imposto, né? Às vezes que entram assuntos da religiosidade ou da espiritualidade é provocado pelo paciente, pelo usuário, e aí sim, o profissional entra e se integra, né? Então isso é muito

interessante, né? Que aí eu lembro que isso aqui antes de qualquer coisa, desse serviço, ele é um serviço de outro estado, do estado laico, não é? Então é diferente, claro, por exemplo, tem pessoas que precisam de, da religiosidade, de ir para uma fazenda, mas eu fui para Fazenda Esperança, por duas vezes, foi muito legal lá, entende? Eu gostava de ir para missa, de gostava de escutar homília, é bonito, né? A palavra etc. Mas era uma coisa muito imposta, né? Aqui não, o pessoal, como a gente falou a questão do estado laico, então assim, é, você pode trabalhar espiritualidade. Imagina se eu chegasse e tivesse um terapeuta e dissesse: 'olha, você bebeu, você recaiu, então você pecou.' Eu não viria mais aqui, porque a gente ser jugado, né? A pessoa na frente de outras pessoas, ficaria revoltado, revoltado, com vergonha etc."

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomamos como parâmetros as respostas aos objetivos propostos nesse estudo. Se debruçar numa investigação sobre dependência química, adição e afins é, também se deparar com as limitações de uma pesquisa com população, grosso modo, estigmatizada e, em grande parte, afastada do convívio social, comprometida na sua área laboral, com história de vida dramáticas, estados psicológicos alterados e toda sorte de vulnerabilidades. Portanto, registramos a nossa admiração pelos participantes que nos deixaram sensíveis contribuições, a partir das quais teceremos as nossas considerações acerca do que foi limitante ou não nesse processo investigativo.

Como foi mostrado, o número de homens é superior ao de mulheres, uma vez que o papel social desempenhado por elas é um construto de uma sociedade patriarcal e de certo modo misógina, que culpabiliza e pune as mulheres/mães e trabalhadoras que se envolvem no contexto das drogas, diferentemente dos homens. Nesse sentido, sentimos falta de estudos mais apurados que levem em consideração o gênero, na intenção de preencher essa lacuna.

Dentro da perspectiva desta pesquisa, entende-se que a dependência química é um grave problema de saúde pública no país, onde políticas públicas voltadas para tal problemática tem sido implementada na tentativa minimizar seus impactos. Desde a implantação do CAPS, das práticas integrativas complementares até o decreto de 2019 que aprovou a Política Nacional sobre Drogas. No entanto, é necessário compreender que as ações políticas devem contar com a aproximação de uma abordagem holística que enxergue a multidimensionalidade do Ser Integral. Além de que outro aspecto a ser considerado é o fato de que os estudos que entrelaçam religião e saúde têm aumentado sensivelmente.

A partir dos resultados obtidos, observamos que as características sociodemográficas, a iniciação ao uso de drogas psicoativas, droga da iniciação, religião verificados nesta pesquisa foram bem semelhantes a outros estudos nacionais e internacionais, o que ratifica que os contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e religiosos de uma sociedade, associados aos aspectos biopsicossociais dos indivíduos corroboram para a alta ou baixa qualidade de vida e para o enfrentamento.

Um aspecto assente e pertinente a ser considerado é que devemos compreender como preconiza a OMS, que a saúde não significa ausência de doença, mas a forma como lidamos com a multifatorialidade do adoecimento – tanto aos fatores externos, quanto internos. Assim, consideramos que o ambiente, os costumes e a questão cultural, religiosa e as demais composições da vida humana são responsáveis pelo bem-estar físico e mental que traduzem a saúde. Nesse lugar, chamamos a atenção para o enfrentamento da dependência química e os tratamentos por meio de equipes multidisciplinares como uma forma de tratar da saúde.

Na análise qualitativa, observou-se um papel importante da espiritualidade e religiosidade no contexto terapêutico dos usuários de álcool de drogas do CPS AD III, da Torre, situado em João Pessoa, apesar de muitos destes usuários não conseguirem distinguir conceitualmente estes termos. Seus discursos, visualmente observados nas figuras acima, reforça o papel positivo delas, trazendo-nos a espiritualidade e a religiosidade como representantes de uma das mais importantes áreas que compõem a saúde mental e a qualidade de vida dos usuários. Além disso, o conhecimento deste papel na vida deles, bem como suas concepções sobre o uso de substâncias possibilitará a construção de um projeto terapêutico alicerçado nas suas relações.

Sobre o CAPS analisamos ser uma alternativa importante após a reforma psiquiátrica, com seu modelo psicossocial, a fim de atender aos seus usuários. Nesse caso, destacamos o CAPS AD III, um serviço que presta atendimento diário aos usuários de álcool e drogas, que tem caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional e que atua sob a ótica interdisciplinar. Possui leitos de acolhimento integral, com a finalidade de cuidado, por exemplo, para desintoxicações e outras condições clínicas leves a moderadas, as quais necessitam de intervenções médicas e de enfermagem, além de condições psicossociais agudas que necessitem de intervenções breve da equipe multidisciplinar. O tempo de permanência nesses leitos de internação é de 14 dias. O serviço também conta com atendimentos individuais e grupos terapêuticos, nos quais os pacientes são convidados a participar de acordo com o objetivo pretendido no tratamento, por intermédio do projeto terapêutico singular, que deve assegurar aos usuários um contexto assistencial, capaz de promover a qualidade de vida, na perspectiva da subjetividade do sujeito em

seu contexto social, demandando as suas necessidades de forma a ser estratégico para sua ressocialização.

Acreditamos que as práticas integrativas vão contribuir para a ampliação da corresponsabilidade dos usuários pela sua saúde e coparticipação em seu cuidado terapêutico, contribuindo para o aumento do exercício da cidadania, tão importante para a pessoa envolvida no uso de drogas. Dessarte, uma vez que sua dignidade pode estar destruída e consumida pela sua incapacidade de lutar diante dos desafios de ser dependente químico, sobreposto ao estigma e dificuldade de ressocialização. Tais práticas foram apontadas neste estudo como fator contribuinte para a redução de sofrimento mental e um caminho para integralidade do ser humano, inclusive sob o aspecto da espiritualidade e religiosidade, apesar de os participantes do estudo não tenham conseguido distinguir os tais termos. Afirmaram que embora necessite ser abordada, esta abordagem deverá ser realizada de forma criteriosa e cautelosa, respeitando a individualidade de cada um dos usuários inseridos no processo terapêutico do CAPS.

Em suma, estudar o fenômeno humano da dependência química e fenômeno da espiritualidade e religiosidade é um grande desafio nos tempos contemporâneos e por que não dizer, essencial e salutar para aqueles que não separam a vida humana e seus sofrimentos da transcendência. Nesse sentido, encontramos no campo de estudo das Ciências das Religiões, pela sua abordagem multidisciplinar, que abarca os saberes tradicionais das práticas integrativas e complementares, o lugar que compreende o ser humano nas suas dimensões e traz uma visão holística transpondo o olhar biomédico dos especialistas, trazendo uma prática humanizada e mais efetiva nos cuidados com a saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, Recife-PE, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a14.pdf>. Acesso em: outubro de 2019.
- ALLPORT G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **J Pers Soc Psychol**, Washington, DCv. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANDRADE, Valdelene Nunes de Andrade. **Medicina e espiritualidade**: a importância da fé na cura de doenças. Aparecida, SP: Santuário, 2015.
- ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Fundamentos da assistência à família em saúde**. Manual de enfermagem. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 out. 2019.
- ANNANDALE, E. **The sociology of health & medicine: a critical introduction**. Cambridge: Polity Press, 1998.
- ASAD, Talal. A construção da religião como uma categoria antropológica. (tradução). **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 19, n. 19, p. 263-284, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/44990>. Acesso em: 18 set. 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2007 dez; São Paulo, 11 (4): 655 - 62.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Revista Clínica e Salud**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre Lei orgânica do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, setembro 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854**, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html. Acesso em: setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 633, de 28 de março de 2017. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de março de 2017.

BRASIL. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 de março de 2017.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 de abril de 2019.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2019.

COBRA, Nuno. **A semente da vitória**. 59.ed. São Paulo: Senac, 2004.

COLE, P. M.; MARTIN, S. E.; DENNIS, T. A. Emotion regulation as a scientific construct: methodological directions for child development research. **Child Dev**, Michigan, v. 75, n. 2, p. 317-333.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Usuário de substâncias psicoativas** – abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP; 2002.

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

COSTA, Rodrigo Vieira da. Atenção à Saúde: Discussão Sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial. **Revista Psicologia da Saúde**. Disponível em: [Psicologado.com.br](http://psicologado.com.br). Acesso em: 20 out. 2019.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (organizador), **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. p. 141-168.

COUTINHO, José Pereira. Religião e outros conceitos. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 24, p. 171-193, 2012. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10763.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2018.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2.ed. Porto Alegre 2007.

CUTOLO, L. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 35, n. 4, p. 16-22, 2006.

CUTOLO, L. R. A. **Introdução temática à APS. Unidade 2**. [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Telessaúde SC, Florianópolis: UFSC, 2009. Disponível em: Ref A: 6FEFFD872DC540CF9D4FBCA0FDE458B8 Ref B: RIO01EDGE0117 Ref C: 2020-11-19T02:29:07Z
Acesso em: agosto 2019.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

DE MARCO, M. A. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo.
Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DIX, Steffen. **O que significa o estudo das religiões**: uma ciência monolítica ou interdisciplinar? Lisboa: Universidade de Lisboa, 2007. p.2-28. Disponível em: http://www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers/wp2007/wp2007_1.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

DUPONT, R. L. **O cérebro egoísta**: aprender com dependências. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

EDWARDS, G. **Alcohol**: the ambiguous molecule. London: Pehguin Books; 2000.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artmed; 2005.

ELIADE, Mircea. **Origens, história e sentido na religião**. Lisboa: Edições 70, 1990.

ENRIQUEZ, E. O trabalho, essência do homem? O que é o trabalho? **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo- SP, v. 17, n. especial, p. 163-176, 2014.

ESCOHOTADO, A. **História general de las drogas**: incluyendo el apéndice fenomenológico de las drogas. 7.ed. Madrid: Espasa, 2005.

FAVA, G.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: trinta anos depois.
Psychotherapy and psychosomatics. v. 77: pág 1-2; 2008.

FAVARO, Fabiana; DE PAULO, Samuel Rodrigues. Dependentes químicos: o perfil da abstinência de drogas. **J Health Sci Inst**. Limeira-SP, v. 30, n. 1, p. 41-43, 2012.

FELIX JUNIOR, Itamar José; SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel; CALHEIROS, Paulo Renato Vitória. A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. **Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Porto Velho, v. 16, n. 1, 2016. p. 104-122.

FILORAMO, Giovanni; PRANDI Carlo. **As ciências das religiões**. São Paulo: Paulus, 1999.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTAINE, A. **Double vieles drogues et le travail**. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 2006.

FONTÃO, P. C. N. *et al.* **Saúde e espiritualidade**: espiritualidade na formação profissional em saúde. São Paulo: Martinari, 2017.

FREDRICKSON, B. L. The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. **American Scientist**, Athens, Greece, v. 91, p. 330–335, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

GIGLIOTTI, Analice; GUIMARÃES, Angela. **Dependência, compulsão e impulsividade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2007.

GONZÁLEZ, A. D. *et al.* Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Comunicação saúde educação**, Porto Alegre-RS. v. 16, n. 42, p. 809-817, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/aop3612>. Acesso em: 10 out. 2019.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. A escolha da abordagem fenomenológica. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte-MG, v. 4, n.1/2, p. 28-33, jan. /dez., 2000.

GUIMARÃES, F. L.; COSTA, L. F.; PESSINA, L. M.; SUDBRACK, M. F. O. Famílias, adolescência e drogadição. *In*: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Orgs.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 350-365.

HANEGRAFF, Wouter J. Definindo religião, apesar da História. Tradução: Fábio L. Stern. **Religare**, São Paulo-SP, v. 14, n. 1, p. 202-247, dez. 2017. Título original: Defining religion in spite of History. *In*: PLATVOET, Jan G.; MOLENDIJK, Arie L. (Orgs.). The pragmatics of defining religion: contexts, concepts and contests. Leiden: Brill, 1999, p. 337-378. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/religare/article/view/37583>. Acesso em: 20 ago. 2018.

HEELAS, Paul *et al.* **The spiritual revolution: why religion is giving way to spirituality**. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Levantamento nacional de álcool e drogas**: resultados parciais. Disponível em: <https://inpad.org.br/lenad/resultados/comportamento-de-riscos/resultados-preliminares>. Acesso em: outubro de 2019

KALINA, E.; KOVADLOFF, S.; ROIG, P. M.; SERRAN, J. C.; CESARAM, F. **Drogadição hoje**: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed, 2011.

KEYES, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, 82(6), 1007-1022.

KIM, K. H.; SOBRAL, J. Religion, social support, fat intake and physical activity. **Public Health Nutrition**, v. 7, n. 6, p. 773-781, 2004. Disponível em: [HTTP://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2F](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2F)

2FPHN_06%FSI1368980004000941a.pdf&code=49d23e6e4ede-13592b187924f0996. Acesso em: março de 2018

KRISTENSEN, W. Brede. **The meaning of religion**. Lectures in the phenomenology of religion. Tradução de John B. Carman. The Hague: M. Nijhoff, 1960, p. 23.

LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Meanings attributed to Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) by its users: a case study. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-72, 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. **O Tratamento do Usuário de Crack**. 2010. Disponível em: http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docBibliotecaVirtual/O_Tratamento_do_Usuário_de_crack.pdf. Acesso em: 18 de out. 2019.

LARANJEIRA, Ronaldo; ROMANO, Marcos. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo-SP, v. 26, supl. 1, p. 68-77, 2004.

LARENTIS, Chalana Piva; MAGGI, Alice. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia**. Canoas-RS, n. 37, p. 121-132, 2012.

LE BRETON, D. **Condutas de risco**: dos jogos de morte ao jogo de viver. Campinas, SP: Autores Associados, 2009.

LEITE, I. S.; SEMINOTTI, E.P. A influência da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa-PB, v. 17, n. 2, p. 189-196, 2013.

LIMA, M. *et al.* Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, n. 41, supl. 2, p. 6-13, 2007.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 260-268, 2010.

MACIEL, S. C. **Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: Representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica**. 2007.301 folhas Tese em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

MACIOCIA, G. **Os fundamentos da medicina chinesa**: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. São Paulo: Rocca, 1996.

MAGRINELLI, M.; OLIVEIRA, M. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 3-12, 2006.

MAHFOUD, M. Centro pessoal e núcleo comunitário: segundo Edith Stein: indicações para estudos sobre família. *In*: Carvalho, A. M. A.; MOREIRA, L. V. C. **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 1-8.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Triggering factors for drug abuse in women. **Texto contexto-enferm**. Maringa-PR, v. 22, n. 3, p.662- 70, jul./set., 2013.

MARCHAND, Pascal; RATINAUD, Pierre. L'analyse de similitude appliquee aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'election présidentielle française. *In*: Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles, 11., 2012, Liège. **Anais [...]** Liège: , 2012. p. 687-699.

MARLATT, A. G., GORDON, J. R. **Relapse prevention**: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press, 1985.

MARLATT, G. A.; DONAVAN, D.M. **Prevenção de recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo=SP, v. 22, supl. II, p. 32-36, 2000.

MEDINA, F. L. *et al*. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v 17, n 2, p. 103-106. 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista17-2/10-atividade.pdf>. Acesso em: outubro de 2019

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. *In*: **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

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

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MONOD, S. *et al.* Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 26, n. 11, p. 1345- 1357, 2011.

MONTEIRO, Dulcinéia M. R. Espiritualidade e saúde na sociedade do espetáculo. *In*: PISSINI, Léo; BACHIFONTAINE, Christian (orgs.). **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 63-86.

MORAES, M. Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. **Ciê. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 121-133, 2008.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc Cult.**, Juiz de Fora-MG, v. 68, n. 1, p.54-7, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F.; KOENING, H. G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Rev Psiquiatr Clín.**, São Paulo-SP, v. 5, n. 1, p. 31-2, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENING, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.** São Paulo-SP, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

MORETTI-PIRES, R. O. *et al.* Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 45, n. 4, p. 926-32, 2011.

MOUTINHO, E. C. V. S.; LOPES, G. T. Enfermeiro do Programa de Saúde da Família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. **Rev Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 51-7, 2008.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo-SP, v. 43, supl. 1, p. 8-15, 2009.

NASCIMENTO, J. L.; OLIVEIRA, S.L.; PERES, S. M. P. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015.

ORSI, M. M.; OLIVEIRA, M. S. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia**, Campinas-SP, v. 23, n. 1, p. 3-12. 2006.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Orgs.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. v. 1.

PAPA, Mayra de Araujo Brum; DALLEGRAVE, Daniela. Práticas integrativas e complementares em Centros de Atenção Psicossocial: possibilidade de ampliação do cuidado em saúde. **Saúde em Rede**, Porto Alegre-RS, v. 2, n. 4, p. ,2016. Disponível em: revista.redeunida.com.br. Acesso em: 10 out. 2019.

PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank (Org.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013.

PATRICK, M. E.; COLLINS, L.M.; SMITH, E.; CALDWELL, L.; FLISHER A; WEGNER, L. Prospective Longitudinal Model of Substance Use Onset among South African Adolescents. *Bireme*, 44(5):647-62, 2009.

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, Natal-RN, v. 18, n. 4, p.551-558, out./dez. 2013.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**, Barbacena, ano 9, n. 17, p.523-536, jul. /dez. 2011.

PETERSON, C.; PARK, N.; SELIGMAN, M. Orientations to happiness and life satisfactions: the full life versus the empty life. **Journal of Happiness Studies**, v. 6, p. 25–41, 2005.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-82, 2004.

POSSEBON, Elisa Gonsalves. **O universo das emoções**: uma introdução. João Pessoa: Libellus, 2017.

PRATES, J. G. *et al.* A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 318-27, 2014.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília-DF, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

PUCHALSKI, C. M. **The hole of spirituality in the health care**. Rio de Janeiro-RJ: BUMC Proceedings, 2001.

PUTINNI, Rodolfo Franco. PERERA JUNIOR, Alfredo.; OLIVEIRA, Luiz Roberto de, Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010.

RATINAUD, Pierre. **IRAMUTEQ**: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. 2009. [Software]. Acesso em: 06 nov. 2019.

REZENDE, M. M. Uma provável caracterização do profissional de saúde mental que 1029 atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 6, n. 1, p. 100-8, 2003.

RIBEIRO JUNIOR, João. **Fenomenologia**. São Paulo: PANCAST, 1991.

RIBEIRO, M. **A evolução do conceito Dependência Química**. In: UNIAD. São Paulo: UNIAD; 2015.

RIBEIRO, Marcelo; Laranjeira, Ronaldo Laranjeira. **Evolução do conceito de dependência química**. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo-SP, 2016. In book: Dependência, compulsão e impulsividade (no prelo), 2ª edição, Chapter: 1 Publisher: Rubio, Editors: Analice Gigliotti, Ângela Guimarães

RODRIGUES, Elisa. As Ciências Sociais da Religião como Ciências da Interpretação. **Estudos de Religião**, São Paulo-SP, v. 28, n. 1, p. 186-203, jan./jun. 2014.

ROMANI, O. La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. In: Menendez et al. (orgs.). **La epidemiología sociocultural**. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2010.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del Pilar B. **Metodologia de Pesquisa**, 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferen- tes. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANTOS FILHO, J. C. Pesquisa quantitativa versus pesquisa qualitativa. In: SANTOS FILHO, J. C.; GAMBOA, S. S. **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 07-12.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo-SP, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SANTOS, Luigi Deivson dos. **Desafios à oferta de serviços de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde Brasileiro**. 2017. f. Dissertação em Saude Coletiva– Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, 2017.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saude Coletiva**, Florianópolis -SC, v; 17, n. 11, p. 3011-24, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2019

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: Roca, 2008. p. 711-725

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc Saude Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 687-98, 2010.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M.C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, supl 1, p. 50-55, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2009.

SIEGLING, A. B.; VESELY, A. K.; SAKLOFSKE, D. H. Advancing the trait EI content domain: further evidence for the distinctiveness of interpersonal facets. **Pers Individ Dif**, New Jersey-EU ,v. 54, n. 1, p. 81-86, 2013.

SILVA, F. S.; SIMPSON, C. A.; DANTAS, R. C. Reforma psiquiátrica em Natal-RN: Evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo-SPv. 10, n. 2, p. 101-109, 2014.

SILVA, L.; FIRMINO, R. **Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial**. [Internet] Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum>. Acesso em: 26/09/2019

SILVA, Nelson Júnior Cardoso da. **A compreensão da família sobre o usuário de substâncias psicoativas**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

SILVEIRA, Emerson José Sena da. Religião, religião e conceitos sociológicos: notas críticas sobre a hermenêutica normativa da religião. **Revista Esboços**, Florianópolis, v. 24, n. 37, p. 24-44, ago. 2017.

SOUZA, A. I. J. de; ERDMANN, A. L. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-8, out./dez. 2006.

SULLIVAN, R. J.; HAGEN, E. H. Psychotropic substance seeking: evolutionary pathology or adaptation? **Addiction**, Auckland New Zealand, v. 97, p. 389-400, 2002.

TELESI JUNIOR, Emilio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo-SP, v. 30, n. 86, p 90-112. ,2016.

TERRA, M. G.; SILVA, L. C. da.; CAMPONOGARA, S. SANTOS, E. K. A. dos. **Na Trilha** da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 672-8.

TONIOL, Rodrigo. O que faz a espiritualidade? **Relig. soc.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, pág. 144-175, dezembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-85872017000200144&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 de fevereiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872017v37n2cap06>., Rio de Janeiro, 37(2): 144-175, 2017

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. Três enfoques na pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. *In*: TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 31-79.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report: 2006**. Malta Sales: United Nations Publication, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10**. Geneva: Artmed, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Planning meting for clinic-based testing of ICD-11 draft for disorders due to substance use and related health conditions**. Abu Dhabi (UAE): World Health Organization; 2015.

ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Renato. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamental**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ZILLES, Urbano. **Filosofia da Religião**. 2.ed. São Paulo: Paulus, 1996.

ZSCHUCKE, E.; HEINZ A.; STRÖHLE, A. Exercise and physical activity in the therapy of substance use disorders. Article Scientific **World Journal**, 2012.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa será sobre Dependentes Químicos: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão.

O objetivo principal do estudo é analisar a influência da religiosidade e da espiritualidade nos usuários de drogas do CAPS AD – Jovem Cidadão em João Pessoa – PB, no processo terapêutico.

Vários estudos científicos apontam para a relevância desse tema no tocante as melhorias das condições de saúde, de forma concreta e positiva no bem-estar físico e mental do ser humano.

Com isso, percebe-se hoje que o maior envolvimento religioso está relacionado às baixas taxas de uso e abuso de álcool e drogas, pois Moreira-Almeida, et al (2006), constataram uma menor prevalência de depressão, transtorno de ansiedade, comportamento antissocial, uso de nicotina, álcool e abuso de drogas entre os religiosos e espiritualizados.

Os resultados deste levantamento ajudarão na análise da influência da espiritualidade e religiosidade no contexto terapêutico dos usuários de álcool e drogas da instituição CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Álcool e Drogas III – Jovem Cidadão.

Os critérios de inclusão do estudo serão: indivíduos adultos, de todos os gêneros, alfabetizados para leitura, compreensão e preenchimento do questionário no momento da aplicação; assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, acometidos pela dependência química em álcool e drogas atendidos pelo serviço CAPS AD e, de diferentes condições socioeconômicas.

Os critérios de exclusão serão: indivíduos menores de idade e não alfabetizados incapacitados à leitura, compreensão e preenchimento do questionário ou que se recusem a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Solicitamos a sua colaboração para a realização da pesquisa, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo na minha dissertação de mestrado, em eventos da área de Ciências das Religiões e publicar em revista científica sem divulgação da identidade. Por ocasião da publicação dos resultados, os

nomes serão mantidos em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis a nenhuma pessoa envolvida, além disso, firmamos a garantia do anonimato e sigilo das informações relacionadas a nome e endereço dos envolvidos na pesquisa. Nesta pesquisa não faremos uso de imagens e divulgação da identidade.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação no seu local de trabalho.

O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Faz-se necessário esclarecer que o conteúdo deste termo está em consonância com as determinações da resolução 466/12 do CNS, que trata da pesquisa com seres humanos.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Aline de Souza Araújo Fernandes Pinheiro – Contato – (83) 99602-0999 – E-mail: alinesafp1@hotmail.com - Endereço (Centro de Educação - Pós-Graduação em Ciências das Religiões – PPGCR - UFPB) Campus Universitários I - Cidade Universitária - CEP. 58051-085 - João Pessoa/PB.

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB – Tel: (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido.

ANEXO II - QUESTIONÁRIO

1) Sexo: () feminino () masculino

2) Idade: _____

3) Religião:_____.

4) Estado civil: () solteiro () união consensual () casado () viúvo () divorciado

5) Escolaridade: () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo ()
Ensino fundamental completo () superior incompleto () Ensino médio incompleto ()
superior completo

6) Atividade: () Só trabalha () Trabalha e estuda () Atualmente desempregado

7)Profissão: _____

8) Renda Familiar: _____

9) Com que idade experimentou drogas pela primeira vez? (especificar qual droga)

10) Há quanto tempo está em tratamento na instituição?

11) Há quanto tempo está sem fazer uso contínuo?

12) Quantas recaídas teve durante o tratamento?

13) Qual(is) droga(s) usava e com que frequência?

ANEXO III - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Em sua opinião, quais os motivos que lhe levaram ao consumo de drogas?
2. Como sua família se sentiu ao descobrir que você usava drogas?
3. Como se sente hoje em relação ao tratamento?
4. Além das terapias e atividades desenvolvidas na casa quais outras estratégias que você utiliza para o enfrentamento da dependência?
5. O que você entende por espiritualidade? E por religiosidade?
6. Em sua opinião qual o papel desses elementos acima no seu tratamento?
7. Você observa que em algum momento no tratamento obtido nesta instituição estes elementos (espiritualidade e/ou religiosidade) são trabalhados?
8. De que forma você acredita que os profissionais desta instituição poderiam trabalhar questões referentes à espiritualidade e/ou religiosidade?

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO PPGCR/CE/UFPB PARA ENVIO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

DECLARAÇÃO Nº 416 / 2019 - PPGCR (11.00.56.04)

Nº do Protocolo: 23074.024066/2019-45

João Pessoa-PB, 07 de Maio de 2019

Declaramos que o projeto **DEPENDENTES QUÍMICOS: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e Drogas - Jovem Cidadão**, apresentado pela discente **ALINE DE SOUZA ARAUJO FERNANDES PINHEIRO**, CPF 025.983.154-99, RG 1928132 SSP/PB, matrícula 20181022893, orientado pela prof.^a Dr.^a Elisa Pereira Gonsalves, nível mestrado, recebeu aprovação *ad-referendum* do Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões PPGCR/CE/UFPB, nesta data, para ser submetido à apreciação do Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CCS/UFPB.

(Assinado digitalmente em 07/05/2019 16:45)
FABRICIO POSSEBON
COORDENADOR DE CURSO
Matrícula: 1353258

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número: 416, ano: 2019, tipo: DECLARAÇÃO, data de emissão: 07/05/2019 e o código de verificação: 92c3394fe1

ANEXO V – FOLHA DE ROSTO DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Dependentes Químicos: a influência da religiosidade e espiritualidade no processo terapêutico dos usuários do CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial aos usuários de Alcool e Drogas III			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ALINE DE SOUZA ARAUJO FERNANDES PINHEIRO			
6. CPF: 025.983.154-99	7. Endereço (Rua, n.º): ORLANDO DI CAVALCANTI VILLAR ALTIPLANO CABO BRANCO 301 - Apto. 801-A JOAO PESSOA PARAIBA 58046075		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 83996020999	10. Outro Telefone:	11. Email: alinesafp1@hotmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>06 / 06 / 19</u> <u>Aline de S. A. Fernandes Pinheiro</u> Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal da Paraíba		13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: CENTRO DE EDUCAÇÃO / UFPB
15. Telefone: (83) 3216-7444		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <u>Wilson Honorato Aragão</u> CPF: <u>132409864-34</u> Cargo/Função: <u>Diretor do Centro de Educação</u> Data: <u>06 / 06 / 2019</u> <u>Wilson Honorato Aragão</u> Assinatura Wilson Honorato Aragão Diretor do CE/UFPB SIAPE 11176381			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			