



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MICHELE CRISTINA SANTOS SILVINO**

**MOTIVAÇÕES ATRIBUÍDAS POR USUÁRIOS DE DROGAS AO ACESSO ÀS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO**

**MARINGÁ  
2015**

**MICHELE CRISTINA SANTOS SILVINO**

**MOTIVAÇÕES ATRIBUÍDAS POR USUÁRIOS DE DROGAS AO ACESSO ÀS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Catarina Aparecida Sales

**MARINGÁ  
2015**

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S587m Silvino, Michele Cristina Santos.  
Motivações atribuídas por usuários de drogas ao acesso às comunidades terapêuticas para tratamento / Michele Cristina Santos Silvino. - - Maringá, 2015. 142 f. : il. color., figs., tabs.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Aparecida Sales.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Enfermagem. 2. Drogas ilícitas - Usuários. 3. Psicologia - Drogas - Tratamento. 4. Drogas dependência. I. Sales, Catarina Aparecida, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 22. ed. 610.73

MICHELE CRISTINA SANTOS SILVINO

**MOTIVAÇÕES ATRIBUÍDAS POR USUÁRIOS DE DROGAS AO ACESSO ÀS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO**

Aprovado em: 11 de Dezembro de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Catarina Aparecida Sales (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Profª Drª Marlene Gomes Terra (titular)  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

---

Profª Drª Magda Lúcia Félix de Oliveira (titular)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Profª Drª Mariluci Alves Maftum (suplente)  
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

---

Profª Drª Sonia Silva Marcon (suplente)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Dedico este trabalho à minha amada família, que espelha afeto, cuidado e proteção! E também a todos os residentes das comunidades terapêuticas que compartilharam seus mais íntimos sentimentos e ainda aqueles que estão em busca de redenção.

## AGRADECIMENTOS

Hoje, comemoro mais esta vitória que não teria conseguido sozinha. Aproveito o ensejo para agradecer a todos que de forma direta ou indireta me apoiaram neste percurso.

Agradeço primeiramente a **Deus**, o autor da minha vida, pelas bênçãos alcançadas e por possibilitar a realização desta tão sonhada pesquisa.

A minha **família**, pela torcida e apoio, que me fortaleceu e me possibilitou chegar até aqui. Em especial a minha querida **mãe, Eloiza**, pelos ensinamentos, exemplos, incentivos, apoio incondicional ao longo desta caminhada e por espelhar meu caminho com amor, força e fé.

Ao meu amado **Carlos**, pelo companheirismo e serenidade, por ser voz que acalma nas horas mais difíceis, pelo amor e apoio para que eu pudesse alcançar mais este objetivo.

Agradeço de modo especial à minha orientadora, **Profª Drª Catarina Aparecida Sales**. Obrigada por acreditar em mim e me proporcionar momentos únicos de crescimento pessoal e profissional, por investir seu tempo e coração em uma proposta que fugia das suas propostas de pesquisa. Agradeço pelas trocas e pelo compartilhar na caminhada, que foram de uma riqueza indescritível. Obrigada pelo prazer de caminhar ao seu lado.

Obrigada especial à **Profª Drª Magda Lúcia Félix de Oliveira**, por ter me mostrado o caminho da pesquisa científica e por me oferecer inúmeras oportunidades de crescimento pessoal e profissional e me acolher durante todo o período de graduação e também no mestrado. Obrigada por tanta dedicação, por confiar e acreditar em mim e por todo o carinho que sempre dedicou a mim.

À **Profª Drª Marlene Gomes Terra**, por aceitar participar da banca desta pesquisa e pela ajuda na construção das etapas que norteiam este estudo. Obrigada por suas valiosas contribuições.

Aos **professores do Mestrado em Enfermagem**, cada um em sua área me possibilitou a melhor forma de trilhar este caminho acadêmico e fizeram acreditar que nem tudo que é dado como inalterável é impossível de ser transformado.

Agradeço aos novos **amigos** que conquistei e aos “**velhos**” **amigos**, pela compreensão de minha ausência nos momentos de estudo. Não citarei nomes, pois posso cometer injustiça ao me esquecer de pessoas que me ajudaram e depositaram confiança em minhas escolhas.

À **turma do mestrado**, pelos momentos de aprendizagem, trocas, angústias e conquistas compartilhadas, em especial, às amigas, **Roberta e Célia**, pelo apoio incondicional e pela união. Espero levar a amizade e o companheirismo de vocês por toda a vida.

Aos membros do grupo de pesquisa, que me proporcionaram importante espaço de crescimento. Em especial a **Carla, Gabriella e Julia**. Obrigada pelas reflexões, partilhas e por toda a ajuda.

Aos membros do grupo de pesquisa do Centro de Controle de Intoxicações – Hospital Universitário Regional de Maringá, por me proporcionarem momentos ricos de intenso crescimento pessoal e profissional.

À secretária do mestrado, **Cristiane de Azevedo Druciak**, que sempre me ajudou com toda a sua gentileza e carinho.

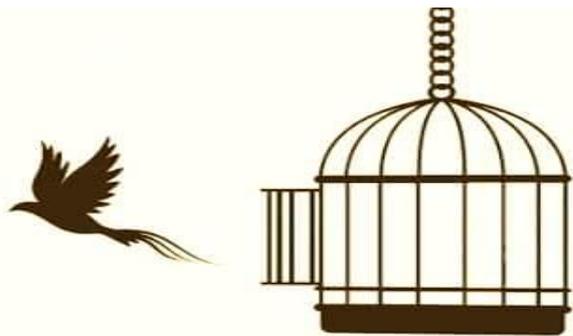
Aos **residentes das comunidades terapêuticas**, por confiarem, a mim, os seus mais profundos sentimentos. Obrigada por serem protagonistas fundamentais para a realização desta pesquisa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pela concessão da bolsa e apoio financeiro, concedendo um ano de bolsa de estudos, permitindo-me dedicar-me exclusivamente ao mestrado.

Por fim, obrigada a **todos** aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta conquista, pois estou certa de que é impossível nomear todos que colaboraram para que este percurso fosse concluído.

“A Liberdade não consiste só em  
seguir a sua própria vontade, mas às  
vezes também em fugir dela”

Kobo Abe



SILVINO, Michele Cristina Santos. **Motivações atribuídas por usuários de drogas ao acesso às comunidades terapêuticas para tratamento.** 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Catarina Aparecida Sales. Maringá, 2015.

## RESUMO

As experiências que envolvem o cotidiano do indivíduo usuário de drogas de abuso consolidam-se como uma vida de extrema vulnerabilidade, não só para o usuário, mas para a integralidade da sociedade. De tal forma, compreender suas experiências e as atribuições de mudança, suscitadas por eles durante o período de abuso de drogas, torna-se importante, pois as diferentes esferas de cuidado, envolvidas nesse processo, podem incluir, em suas estratégias de enfrentamento e prevenção do uso, novas abordagens, em virtude dessa necessidade vigente de atenção. Nesse pensar, a questão de pesquisa que nos conduziu ao desenvolvimento deste estudo foi quais as motivações atribuídas pelos usuários de drogas a acessarem voluntariamente às comunidades terapêuticas para seu tratamento? E, como objetivo: apreender as motivações atribuídas pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa realizada em duas comunidades terapêuticas em um município do noroeste do Paraná. Para tanto, realizaram-se entrevistas, no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, com 25 residentes internados. Utilizou-se para a análise dos dados a análise de conteúdo de Bardin. A dimensão ética na pesquisa foi respeitada conforme a resolução 466/2012 e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer nº 910.552. Dos resultados emergiram dois artigos: “Sentimentos dos usuários de drogas em relação à descontinuidade do uso e busca pelo tratamento” e “Significados do apoio social na perspectiva dos usuários de drogas em tratamento”. O primeiro evidenciou categoria e três subcategorias: Caminhos percorridos para a descontinuidade do abuso de drogas (“Convivendo com as drogas”, “Sentindo-se cuidado pela família” e “Buscando a liberdade do uso das drogas (*Turning Point*)”). Já no segundo artigo, emergiram duas categorias: “Vivenciando o apoio informal na busca pela libertação do vício das drogas” e “A busca por uma rede social de apoio formal”. Os resultados evidenciaram depoimentos inundados por emoções e expectativas, muitos foram os sentimentos vivenciados por eles durante o período de abuso de drogas e muitas motivações, atribuídas para descontinuidade do uso e abandono dessa situação de vulnerabilidade. Os usuários depararam-se com uma rede de apoio social, composta por famílias, amigos, companheiros, indivíduos sem vínculos afetivos aparentes, grupos de ajuda e profissionais de saúde. Conclui-se que compreender as vivências dos residentes em tratamento do abuso de drogas e suas fragilidades é de fundamental importância para os residentes que estão em busca de reabilitação, população, profissionais da saúde e demais esferas de cuidado, envolvidas para o estabelecimento ou inclusão de novas estratégias informais de cuidado e políticas públicas eficazes de tratamento.

**Palavras-chave:** Usuários de drogas; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Apoio social; Comunidade terapêutica; Relações familiares; Enfermagem.

SILVINO, Michele Cristina Santos. **Motivations attributed by drug users to access therapeutic communities for treatment.** 142 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Catarina Aparecida Sales. Maringá, 2015.

### **ABSTRACT**

The day-to-day experience of illicit drug users is an extremely vulnerable life not only for the users but also for society's integrity. Understanding their experience and change the attributions provoked by them during the period in which they used drugs are relevant since the different care spheres involved in the process may include new approaches in their strategies to cope with and avoid drugs, due to their need for care and attention. The motif of current research comprised: What are the motivations by illicit drug users to voluntarily access the Therapeutic Communities for treatment? Current analysis aims at understanding the motivation factors attributed by users of illicit drugs to discontinue abuse and seek treatment. Current descriptive, exploratory and qualitative research involves interviews with 25 residents at two therapeutic communities in a municipality in the northwestern region of the state of Paraná, Brazil, between December and February 2015. Data analysis was based on Bardin's content analysis. The Committee for Ethics in Research of the Universidade Estadual de Maringá, protocol 910.552, approved current study according to Resolution 466/2012. Results motivated two articles: "The feelings of illicit drug users to discontinue their use and seek treatment" and "The meaning of social support within the perspective of the illicit drug user under treatment". The former evidenced a category and three sub-categories: Pathways to discontinue illicit drug abuse and three sub-items: "Living with illicit drugs", "Feeling the family's care" and "Seeking freedom from illicit drugs (Turning point)". In the second article two categories emerged: "Experiencing informal support while seeking freedom from illicit drugs" and "Seeking a social network of formal support". Results showed affidavits full of emotion and expectations and the feelings lived by them were high during the period of drug abuse. There were also many motivations for the discontinuity of their use and the abandonment of such a vulnerable condition. Users perceived a network of social support made up of families, friends, people without any apparent affection bonds, help groups and health professionals. Results show that the understanding of the experiences of the residents for the treatment of drug abuse and their weaknesses is highly important to patients, population, health professionals and other care-giving people involved in the establishment or inclusion of new informal care strategies and in treatment-efficient public policies.

**Keywords:** Illicit drug users; Disorders related to the use of drugs; Social help; Therapeutic community; Family relationships; Nursing.

SILVINO, Michele Cristina Santos. **Motivaciones atribuidas por usuarios de drogas al acceso a las comunidades terapéuticas para tratamiento.** 142 h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Catarina Aparecida Sales. Maringá, 2015.

## RESUMEN

Las experiencias que involucran el cotidiano del individuo usuario de drogas de abuso se consolidan como una vida de extrema vulnerabilidad, no solamente para el usuario, sino para la integralidad de la sociedad. De esa forma, comprender sus experiencias y las atribuciones de cambio, suscitadas por ellos durante el periodo de abuso de drogas, se vuelve importante, pues las diferentes esferas de cuidado, involucradas en ese proceso, puede incluir, en sus estrategias de enfrentamiento y prevención del uso, nuevos abordajes, en virtud de esa necesidad vigente de atención. En ese modo de pensar, la cuestión de investigación que nos condujo al desarrollo de este estudio fue ¿cuáles las motivaciones atribuidas por los usuarios de drogas a acceder voluntariamente a las comunidades terapéuticas para su tratamiento? Y, como objetivo: aprender las motivaciones atribuidas por los usuarios de drogas para interrumpir el uso y busca por el tratamiento. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, con abordaje cualitativo realizada en dos comunidades terapéuticas en un municipio del noroeste de Paraná. Para tanto, se realizaron entrevistas, en el periodo de diciembre de 2014 a febrero de 2015, con 25 residentes internados. Se utilizó para el análisis de los datos el análisis de contenido de Bardin. La dimensión ética en la investigación fue respetada conforme la resolución 466/2012 y aprobada por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos, bajo parecer nº 910.552. De los resultados emergieron dos artículos: “Sentimientos de los usuarios de drogas en relación a la discontinuidad del uso y búsqueda por el tratamiento” y “Significados del apoyo social en la perspectiva de los usuarios de drogas en tratamiento”. El primero evidenció categoría y tres subcategorías: Caminos recorridos para la discontinuidad del abuso de drogas (“Conviviendo con las drogas”, “Sintiéndose cuidado por la familia” y “Buscando la libertad del uso de las drogas (Turning Point)”). Ya en el segundo artículo, emergieron dos categorías: “Vivenciando el apoyo informal en la búsqueda por la liberación del vicio de las drogas” y “La búsqueda por una red social de apoyo formal”. Los resultados evidenciaron testimonios inundados por emociones y expectativas, muchos fueron los sentimientos vivenciados por ellos durante el periodo de abuso de drogas y muchas motivaciones, atribuidas para discontinuidad del uso y abandono de esa situación de vulnerabilidad. Los usuarios se depararon con una red de apoyo social, compuesta por familias, amigos, compañeros, individuos sin vínculos afectivos aparentes, grupos de ayuda y profesionales de salud. Se concluye que comprender las vivencias de los residentes en tratamiento del abuso de drogas y sus fragilidades es de fundamental importancia para los residentes que están en búsqueda de rehabilitación, población, profesionales de la salud y demás esferas de cuidado, involucradas para el establecimiento o inclusión de nuevas estrategias informales de cuidado y políticas públicas eficaces de tratamiento.

**Palabras clave:** Usuarios de drogas; Trastornos relacionados al uso de sustancias; Apoyo social; Comunidad terapéutica; Relaciones familiares; Enfermería.

## **APRESENTAÇÃO**

A presente dissertação é uma pesquisa qualitativa, embasada no referencial de análise de conteúdo de Laurence Bardin e teve por objetivo “Apreender os fatores motivacionais atribuídos pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento”. Para tanto, foram entrevistados 25 residentes de duas comunidades terapêuticas, uma com internação para indivíduos do sexo masculino e outra feminina, com localização em um município do noroeste do Paraná. O estudo está estruturado em seções intituladas: Introdução, Revisão de literatura, Objetivo, Trajetória metodológica, Descrevendo meu encontro com os depoentes do estudo, Resultados, Implicações do estudo para a enfermagem, Considerações acerca do estudo e Referências.

Ressalta-se que os resultados foram apresentados sob a forma de dois manuscritos científicos, a saber:

Manuscrito 1 – SENTIMENTOS DOS USUÁRIOS DE DROGAS EM RELAÇÃO À DESCONTINUIDADE DO USO E BUSCA PELO TRATAMENTO.

Manuscrito 2 – SIGNIFICADOS DO APOIO SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE DROGAS EM TRATAMENTO.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Planejamento do processo de realização das entrevistas, Maringá, 2015 .....	58
Figura 2	Participantes da pesquisa, segundo distribuição por Comunidade Terapêutica, Maringá, 2015 .....	63
Figura 3	Sentimentos vivenciados pelos residentes das comunidades terapêuticas, Maringá, 2015 .....	115

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Fatores de proteção e risco, para o uso de drogas, 2006 .....	50
----------	---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estágios motivacionais de prontidão para a mudança, 1986 .....	42
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica e de internação dos depoentes da comunidade terapêutica feminina, Maringá, 2015 ....	78
Tabela 3	Caracterização sociodemográfica e de internação dos depoentes da comunidade terapêutica masculina, Maringá, 2015 .....	79

## LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCI	Centro de Controle de Intoxicações
Cerco	Centro de Recuperação Casa do Oleiro
CT	Comunidade Terapêutica
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
Cisam	Centro Integrado de Saúde Mental
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HMM	Hospital Municipal de Maringá
HUM	Hospital Universitário Regional de Maringá
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	DESCREVENDO O MEU TRILHAR AO ENCONTRO DO CUIDADO HUMANO .....	18
1.2	DA JUSTIFICATIVA AO OBJETO DE ESTUDO .....	25
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	30
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS .....	30
2.2	POLÍTICAS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS .....	38
2.3	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS .....	43
2.4	A FAMÍLIA NO CUIDADO AO USUÁRIO E REDE DE APOIO .....	49
2.5	PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS .....	53
3	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	57
3.1	TIPO DE ESTUDO .....	57
3.2	ETAPA DE CAMPO DA PESQUISA .....	58
3.2.1	<b>Cenários do estudo</b> .....	59
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	62
3.4	PRODUÇÃO DE DADOS .....	63
3.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	65
3.6	DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO .....	66
4	<b>RESULTADOS</b> .....	68
4.1	DESCREVENDO MEU ENCONTRO COM OS DEPOENTES DO ESTUDO .....	68
4.1.1	<b>Apresentando os depoentes do estudo</b> .....	68
5	<b>MANUSCRITOS</b> .....	80
5.1	MANUSCRITO 1 .....	80
5.2	MANUSCRITO 2 .....	97
6	<b>CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO</b> .....	114
7	<b>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM</b> .....	117
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 DESCREVENDO O MEU TRILHAR AO ENCONTRO DO CUIDADO HUMANO

Para elucidar os caminhos percorridos na busca pela enfermagem e, posteriormente, no desenvolvimento do Curso de Mestrado em relação ao tema deste estudo, iniciarei pelas minhas vivências, bem como pela descoberta da arte de cuidar.

Desde pequena, sempre fui muito afetuosa no cuidado com os meus avôs. Até meus 13 anos, eu residia com minha mãe e meus avôs maternos em uma casa ampla, com construção de madeira, na cidade de Maringá. Guardo boas lembranças desse período da infância – casa sempre cheia e lar aconchegante e cercado com muito amor por meus tios, primos e amigos.

Nesse ínterim, lembro-me de que a maior preocupação que nos cercava era o quadro clínico da minha avó paterna, uma senhora fisicamente forte, entretanto com a saúde debilitada, pois apresentava hepatite B, diabetes, hipertensão arterial e cardiopatia. Um aspecto que me despertava a atenção era a presença de uma ferida em sua perna, de características e odor desconhecidos para mim, que lhe causava dor, incômodo e lhe trazia tristeza. Sempre que a visitava, ainda com sete anos, tinha o cuidado de fazer seu curativo. Minha mãe ficava intrigada com algumas atitudes que eu dispensava a minha avó, pois sempre tinha um carinho especial e não demonstrava nenhum desdém em ajudá-la no seu autocuidado. Passados alguns anos, ela 'partiu' do plano físico por seu estado clínico agravado e idade avançada, deixando-nos. Ficou em mim, a sensação de perda e um vazio. Porém, sentia a necessidade de compreensão de sua morte. Aquele era o momento de sua partida. Ficaram boas lembranças da sua afetividade, alegria e saudades.

Após algum tempo, já com 11 anos, novamente vivenciei um momento difícil que foi a perda do meu pai. Nesse período, morávamos em Estados diferentes, eu, no Paraná e ele, em São Paulo. A distância não permitiu que eu

pudesse acompanhar, diretamente, sua trajetória, enfrentamento das doenças e processo de finitude. Nos poucos anos que convivemos, sempre havia muito carinho, respeito e amor, sentimentos que foram destruídos em decorrência do uso abusivo de bebida alcoólica.

Conviver com um familiar alcoolista é desgastante para os demais membros da família. Em virtude disso, o meu lar sofreu com os desentendimentos, brigas (verbal) e afastamentos. Também, foram momentos difíceis em virtude das rupturas ocasionadas nos laços familiares, à separação dos meus pais e, consecutivamente, o afastamento pai-filha.

Além disto, trouxe a meu pai efeitos fisiológicos, pois ele era portador de hepatite B desenvolveu cirrose hepática, que em pouco tempo levou ao seu agravamento clínico de saúde e lhe gerou um fim doloroso. Esse período secular teve poucos anos de duração, que foram acompanhados por um sentimento de perda eminente, trazendo com ele a sensação de falha. Sentia que de alguma forma eu poderia tê-lo ajudado, cuidado, acompanhado. Mas, com a pouca idade que eu tinha na época e com o desconhecimento das doenças, não pude fazê-lo.

Diante do sofrimento emocional que vivenciei, inicialmente, com a doença da minha avó e, na sequência, com o processo de morte do meu pai, percebi que o cuidar despertava-me interesse. Ajudar as pessoas nas situações de fragilidades, vulnerabilidades ou no processo da doença tocou-me profundamente, pois despertava em mim sentimentos de empatia, solidariedade e amor. Nessa época, eu ainda não conhecia a Enfermagem. Como na minha infância sempre tive amor pelos animais, buscava mantê-los próximo a mim, e até os meus 15 anos, acreditava que meu sonho era ser médica veterinária.

Entretanto, por dificuldades financeiras e de moradia, acabei tendo que optar por cursar minha graduação no município de Maringá. Assim, em meio a inúmeras opções de cursos, não havia a medicina veterinária. Após conversas em família e principalmente nas que ocorreram com meus primos, que considero “irmãos” de coração, percebi que o mesmo amor que tinha pelos animais poderia ser transposto ao ser humano. Nesse momento, lembrei a minha vivência no processo de doença e morte, da minha avó e pai. Entendi que um curso na área da saúde, que envolvesse o cuidado ao próximo, seria a melhor escolha.

Nessa perspectiva, em 2009, iniciei minha trajetória acadêmica na Universidade Estadual de Maringá, no Curso de Enfermagem. As disciplinas que eu cursava encantavam-me, pois me aproximava de um cuidar científico e ao mesmo tempo humanizado. Motivavam-me a construir em mim um ser mais confiante e disciplinado. Os estágios que realizava nos hospitais ou nas unidades básicas de saúde, eram por mim vivenciados sempre como uma nova surpresa. Presenciava as evoluções inesperadas dos pacientes e percebia que cada ser humano enfrentava de maneira diferente a doença e seu processo de morte. Nesses momentos reconhecia a importância do conforto e da humanização que o profissional de enfermagem poderia trazer aos doentes e a seus familiares, realizando planos de cuidado e, assim, contribuindo com a recuperação e restabelecimento da saúde.

Desse modo, as minhas dúvidas iniciais quanto à escolha correta da profissão foram se esgotando e compreendi que estava caminhando rumo à minha assertividade profissional. Durante a graduação, ao mesmo tempo em que fui me encantando e me aproximando do cuidado de enfermagem, mediante a realização dos estágios curriculares, deparei-me novamente com algumas realidades dolorosas. Presenciei algumas situações que me despertaram sentimentos de tribulação, desconforto, ansiedade e medo, ao lembrar um período de tristeza em que vivenciei como participante de uma história real de vidas, quando me deparei com as várias facetas tristes, ocorridas em decorrência do abuso de drogas.

Nesse contexto, minhas inquietações motivaram-me a busca de estudos na área de drogas de abuso. A minha inserção na universidade e a proximidade com o cuidar em enfermagem também foram extremamente importantes como fatores desencadeantes e motivacionais para essa busca.

Tentando compreender as circunstâncias e os agravos decorrentes ao uso de drogas no cenário familiar, inseri-me em 2010 em um Projeto de Extensão intitulado “Toxicovigilância: busca ativa e educação em saúde no HUM” que foi desenvolvido pelo setor de toxicologia hospitalar no Centro de Controle de Intoxicações de Maringá no Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM).

O CCI/HUM é um órgão de assessoria e consultoria na área de urgências/emergências toxicológicas. Este órgão atende solicitações de informação de acidentes toxicológicos de profissionais de saúde e da população em geral e, também representa uma importante fonte para a avaliação da realidade dos acidentes tóxicos na região Noroeste do Paraná, de onde a maioria dos casos notificados é originária. E, foi nesse projeto que realizei atividades educativas e de subnotificação de casos de usuários de drogas. Para tanto, o método empregado era de busca ativa de usuários de drogas internados no HUM. Após, as suas identificações, ocorria a realização da educação em saúde e a prevenção aos agravos decorrentes do uso indevido de drogas por meio de informações úteis.

Em virtude da participação nesse projeto, percebia que as vivências do meu contexto familiar que envolvia o uso de drogas eram também experienciadas pelos usuários e seus familiares. Na minha compreensão, as famílias representam um fator importante no fortalecimento e reestruturação dos usuários. No entanto, eu não conseguia visualizar essa solidificação e, principalmente, o desejo de mudança nos usuários. Apesar do preparo e técnica na abordagem, dispensados por mim e colegas de projeto, observava que as orientações oferecidas não eram suficientes.

Assim, buscando me aprofundar no tema, no ano de 2011, inseri-me no projeto de iniciação científica, intitulado “Avaliação da Potencialidade de um Evento Sentinela para Vigilância do Uso de Drogas de Abuso na Juventude”. Um projeto de pesquisa de campo, realizado por meio da aplicação de um instrumento de operacionalização de evento sentinela de internação hospitalar de jovens intoxicados por uso de drogas, atendidos em uma unidade de atenção às urgências, em que realizávamos entrevistas com familiares sobre as causas proximais (Por que esses jovens iniciaram o uso de drogas de abuso?), causas subjacentes (Por que os jovens continuaram a usar drogas de abuso?) e a causa raiz (Onde aconteceram os fracassos?), que levaram esses jovens a utilizar drogas (SILVINO et al., 2012). Foi possível, por meio dessas entrevistas, notar que o uso e abuso de drogas (lícitas/ilícitas) acarretam interferências não só na vida do indivíduo, mas em toda a estrutura familiar.

A realização desta pesquisa de campo trouxe algumas reflexões sobre essa temática, porém as minhas apreensões com relação ao uso de drogas de abuso não foram totalmente sanadas e perguntas continuaram a aflorar como fonte inesgotável: “Por que do uso?” “Motivos da continuidade?” “Onde ocorrem as falhas?” Conhecendo as consequências do uso de drogas que observei nas famílias e nos usuários os quais acompanhava, bem como nas experiências vivenciadas por mim no seio familiar, compreendi como aquelas pessoas detinham uma capacidade de auto-obliteração injustificável.

Diante da necessidade de compreensão e da presença de sinais visíveis de descontentamento por mim vivenciados, ainda no ano de 2011, fui inserida em outro projeto de extensão como estagiária plantonista no CCI/HUM. Com esse projeto, acompanhei assistencialmente usuários em intoxicação e, mediante supervisão, fornecia informações e orientações sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações e envenenamentos, bem como sobre toxicidade de substâncias químicas, biológicas e seus riscos à saúde.

A partir desse projeto, consegui acompanhar as várias formas de intoxicação. Alguns casos eram de usuários de drogas de abuso, admitidos de forma primária (overdose) ou secundária (acidentes automobilísticos, quedas de própria altura). Eu observava a gravidade clínica desses usuários nas internações era preocupante e como plantonista sentia que estava auxiliando, mesmo que de modo indireto, no seu cuidado. O cuidar me despertava sentimentos de solidariedade e sensibilidade, pois eram pessoas que se encontravam por vezes desassistidas psicológica e, em certos casos, até assistencialmente.

No último ano do Curso de Graduação, em 2012, e ainda diante da necessidade da realização do meu Trabalho de Conclusão de Curso, busquei desenvolver no CCI/HUM um estudo transversal e retrospectivo de abordagem quantitativa. Este me possibilitou analisar internações hospitalares de crianças e adolescentes por uso de drogas de abuso, notificadas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Estado do Paraná no período de 2007 a 2011.

Nesse momento, algumas questões ainda me cercavam e, na tentativa de minimizar minhas fragilidades e incertezas, bem como aprofundar minha pesquisa de conclusão de curso, inseri-me em um projeto de extensão vinculado à UEM, o

Centro Regional de Referência de Formação Permanente aos Profissionais que Atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e Outras Drogas e seus Familiares da Área de Abrangência da Universidade Estadual de Maringá (CRR/UEM). Nesse projeto, acompanhei o caminhar de usuários de drogas pela rede de serviços de saúde, desde seu estágio que era permeado pelo acolhimento, orientações até o seu final.

A permanência nesse projeto foi fundamental para eu aperfeiçoar meus conhecimentos nessa temática e olhar de outra maneira o enfrentamento vivenciado por essas pessoas. Esse projeto me impulsionou e motivou a continuidade nas pesquisas que envolviam os usuários de drogas de abuso.

Com a conclusão da Graduação em Enfermagem em 2012, iniciei minha trajetória profissional em 2013, como enfermeira no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), onde fui estagiária plantonista e estive envolvida em projetos ao longo de três anos.

A maioria das notificações a que eu atendi no CCI/HUM era de usuários de drogas. Essas experiências levaram-me a um processo de (des)construção de crenças e conceitos que envolviam o uso de drogas. Como enfermeira, nesse setor, preoquei-me em assumir uma postura mais humanizada e menos avaliativa e punitiva. Mesmo com as minhas incertezas e angústias, buscava uma abordagem confortante para os usuários e seus familiares. Sentia a necessidade de ponderar algumas limitações com a execução desse cuidado.

A meu ver, a minha formação profissional ainda está em processo de construção, e, em meio a minha necessidade vigente em compreender o caminhar desses usuários nas redes de serviços de saúde, iniciei minhas atividades também em um grupo vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, no Comitê Regional: “*Crack é possível Vencer*”. Este tem por objetivos coordenar a implantação do programa e o articular com as diferentes redes municipais de atenção aos usuários de drogas, por meio de assessoria e apoio técnico ao município, organização de fluxo de atendimento, monitoramento dos planos de ação dos municípios.

A participação nesse programa contribuiu para meu crescimento profissional. As discussões sobre políticas públicas, falhas e formas de

abordagens a essa população emergiam em mim estímulos para a continuidade e buscas por melhorias nesse quadro social.

Ainda, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, em 2013, fui direcionada a um curso de extensão na modalidade de capacitação à distância, voltado prioritariamente ao desenvolvimento de grupos de líderes comunitários para o enfrentamento do uso de drogas de abuso. O curso era intitulado “Curso de prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias” e, diante dessa oportunidade, vislumbrei a construção de um novo olhar à contextualização do uso de drogas.

Por tratar-se de um curso predominantemente teórico, alguns pontos chave chamaram-me a atenção. A abordagem aos usuários foi um ponto motivador, pois tive a oportunidade de adquirir novas aprendizagens acerca do acolhimento destes a esses usuários, bem como a sua busca em relação às comunidades.

Minhas vivências acadêmicas e profissionais, voltadas aos usuários de drogas, despertaram-me profundas reflexões e sentimentos permeados pela angústias, medo e solidão. Além disso, houve a busca em tentar compreender que esses usuários sentem-se sozinhos para trilhar essa jornada, e nós, como profissionais de saúde, precisamos auxiliá-los nesse resgate, por meio da solidariedade a eles e suas famílias.

As inquietações que se iniciaram na minha adolescência ainda me despertam o desejo de busca a algumas perguntas que não foram solucionadas no transcorrer da minha vida. Algumas inquietudes pude sanar ao realizar projetos na minha vida acadêmica como o entendimento e a percepção da visão dos familiares no enfrentamento da droga. No entanto, sinto a necessidade de compreender a percepção do usuário de drogas de abuso diante desse problema.

Ainda, em virtude de algumas necessidades de compreensão, realizei, pela UEM, como aluna não regular do Programa de Pós Graduação, em 2013, a disciplina “Gestão do cuidado à saúde de grupos vulneráveis” do Mestrado em Enfermagem. Essa vivência despertou-me interesse, pois assim daria continuidade às pesquisas como sempre almejei. No decorrer dessa disciplina, foi possível realizar leituras e discuti-las em grupos de trabalho que envolviam as populações vulneráveis, especialmente aquelas de usuários de drogas.

As contribuições adquiridas nesse espaço serviram como determinantes para a compreensão de aspectos sociais, de vulnerabilidade, de condições de vida e a assistência recebida pelos usuários de drogas. Estes me impulsionaram a realizar o Mestrado em Enfermagem, no final de 2013, da Universidade Estadual de Maringá, sendo eu abençoada pela aprovação. As expectativas foram muitas e a insegurança diante do novo foi contundente. Um novo caminho estava sendo instaurado e encontrei-me feliz diante dessa conquista.

O anseio em construir um estudo direcionado aos usuários de drogas de abuso foi eminente, pois vi a possibilidade de buscar respostas às questões que me causam tribulações. Pretendo no desenvolvimento da Dissertação conhecer, por parte dos usuários de drogas em recuperação, os motivos que os levaram à descontinuidade do uso de drogas. Diante dessa possibilidade de compreender, por meio da emissão de valores, palavras, atitudes relatadas por essas pessoas, despertou-se minha motivação para a realização deste estudo. E acredito que o resultado desta pesquisa é de fundamental importância para, a partir daí, construir novas estratégias que as mantenham na condição de abstinentes.

## 1.2 DA JUSTIFICATIVA AO OBJETO DE ESTUDO

Atualmente, o uso de drogas corresponde a um fenômeno amplamente divulgado e discutido, uma vez que esse uso se tornou um grave problema social e de saúde pública em nossa realidade. O uso abusivo traz à tona questões relacionadas diretamente ao campo da saúde, o que implica na necessidade de se realizar uma reflexão sobre essa ocorrência no âmbito das concepções sobre saúde e doença. Temas como saúde, doença e drogas sempre estiveram presentes ao longo da história da humanidade, embora cada período apresente uma maneira particular de encarar e lidar com essas problemáticas (TAVARES; ALMEIDA, 2010).

A complexidade e a magnitude dessa adversidade têm sido discutidas por diferentes setores da sociedade civil e dos Estados, pelo aumento do número de usuários, diminuição da idade de início de uso e diversidade de drogas utilizadas

nos últimos anos no contexto mundial. O abuso e a dependência de drogas ameaçam os valores políticos, econômicos, sociais e causam impactos como a violência doméstica, acidentes, mortes no trânsito e criminalidade (LARANJEIRA, 2010).

O cenário epidemiológico brasileiro mostra a expansão do consumo de determinadas drogas, especialmente o álcool, a cocaína, utilizada na forma de pó e nas formas impuras da pasta base, crack, merla e outros preparados para uso fumado. Há as substâncias inaladas – cola de sapateiro, thinner – que se associam com a situação de extrema vulnerabilidade social de crianças, adolescentes e jovens, especialmente em situação de rua. Finalmente, as modernas drogas sintéticas do tipo anfetaminas, como o ecstasy, aparecem com o uso crescente nos segmentos urbanos jovens (FORMIGONI, 2014).

Em um estudo multicêntrico, foram recrutados, em sete países da América Latina (Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras e México), familiares e pessoas próximas a usuários de drogas, que expuseram seu ponto de vista sobre fatores de risco e proteção, serviços de tratamento, políticas e leis relacionadas ao uso de drogas. A maioria dos participantes escolheu fatores psicossociais, e não fatores genéticos ou biológicos, para explicar a causa dos problemas do uso de drogas, considerando familiares e governantes os principais responsáveis pela prevenção do uso de drogas. As instituições religiosas foram mencionadas com frequência dentro do contexto de acesso ao tratamento aos usuários de drogas, tendo como principais barreiras ao tratamento a vergonha sobre o uso de drogas, o custo e as opções insuficientes de terapêuticas (SILVA et al., 2009).

Outro estudo realizado para caracterizar pacientes com diagnóstico de intoxicação por drogas, registrados no centro de assistência toxicológica de Maringá – Paraná, realizado com 732 pacientes que tiveram diagnóstico de intoxicação por drogas de abuso, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010, mostrou que 253 (34,5%) relataram algum tipo de violência associada, violência esta que prolongou a internação do indivíduo, aumentou os gastos com sistema de saúde e gerou prejuízos sociais e clínicos ao indivíduo e sua família. Situação que poderia ser evitada se os mesmos tivessem sido acessados e iniciados no processo de reabilitação (ANTUNES et al., 2011).

Relativo à questão, estudiosos descrevem a tendência observada entre indivíduos que passaram da fase compulsiva do uso de drogas para padrões controlados de comportamentos, como mecanismo de autorregulação do próprio usuário. Esse padrão acontece, geralmente, nos denominados pontos de virada (*turning points*), que são eventos ou motivações significativas de vida que tendem a favorecer a interrupção do consumo, sendo relevante detectar momentos do curso de vida dos indivíduos em que dispositivos de saúde, sociais e culturais existam como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011).

A literatura atual apresenta inúmeras contribuições especialmente sobre dados estatísticos e aspectos psicológicos que permeiam a dependência química. No entanto, ainda há muitos aspectos que envolvem esses transtornos psiquiátricos que necessitam de profundas investigações. Esta pesquisa apresenta contribuições nesse sentido, pois procura caminhos para sanar esse hiato na literatura, no que se refere aos pontos de virada (*turning points*) do uso de drogas de abuso. Sendo assim, tem-se como **objeto de estudo**: a busca pela compreensão dos sentimentos atribuídos pelo usuário de drogas à ação de acessar os serviços de reabilitação para seu tratamento.

Nesse sentido, a produção de informações nessa área e a divulgação dessas informações são fatores essenciais para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentamento dessa temática pelas equipes de saúde e pelos próprios usuários uma vez que almejam a reversão desse quadro de abandono e da situação de impacto e extrema vulnerabilidade social. Dessa forma, tem-se como **questão de pesquisa**: quais as motivações atribuídas pelos usuários de drogas a acessarem voluntariamente as comunidades terapêuticas para seu tratamento? Nesse sentido, o presente estudo tem como **objetivo**: apreender as motivações atribuídas pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento.

Diante do exposto, no capítulo 1 apresento minha motivação para a realização desta pesquisa, que tem como ponto de partida minhas experiências a priori enquanto acadêmica de enfermagem e atualmente enquanto profissional, atuando no cuidado aos pacientes com intoxicação, em especial os usuários de drogas de abuso. Durante o período em que estive acompanhando e prestando

assistência a esses pacientes, despertaram-me questionamentos acerca de suas experiências, descortinando aos meus olhos uma nova busca a ser desvelada, ou seja, as vivências desses pacientes no processo de recuperação da dependência química, e nesse processo, buscam as respostas necessárias para conduzir nossas ações e repensar novas possibilidades para o cuidado.

Nos capítulos que se seguem, passo a apresentar o caminho percorrido para alcançar a finalidade deste estudo. No **capítulo 2**, inicialmente, apresento uma breve explanação acerca da contextualização do consumo de drogas de abuso, abordando sua história, características epidemiológicas, políticas de saúde específicas, voltadas aos pacientes dependentes químicos, além dos aspectos psicológicos e sociais desencadeados pela doença. Apoio-me na literatura para trazer os contextos e impactos sociais decorrentes do consumo de drogas.

O caminho metodológico percorrido é apresentado no **capítulo 3**, em que descrevo a abordagem utilizada e os meios para o encontro com o objeto de estudo, apresento o local e os critérios de seleção dos sujeitos da pesquisa, trago ainda a formulação da interrogação que me conduzirá aos depoentes e o método que será utilizado para analisar a linguagem expressa por eles. Nesse capítulo ainda me ateno a esclarecer os motivos pelos quais optei por utilizar pseudônimos e não nomear os sujeitos, de forma genérica.

No **capítulo 4**, descrevo os processos de encontro e aproximação com cada um dos participantes do estudo, que me permitiram submergir em suas experiências de mundo e conhecer os mais distintos sentimentos encontrados em suas vivências. Esclareço também a escolha de seus pseudônimos e apresento suas características principais, por mim apreendidas durante nosso encontro.

Os resultados desta dissertação estão descritos no **capítulo 5**, em dois artigos científicos, intitulados: “Sentimentos dos Usuários de Drogas em Relação à Descontinuidade do Uso e Busca Pelo Tratamento” e “Significados do Apoio Social na Perspectiva dos Usuários de Drogas em Tratamento”, que buscam apreender as motivações atribuídas por usuários ao acesso às comunidades terapêuticas e também conhecer os apoiadores sociais, envolvidos nesse processo de descontinuidade do abuso de drogas.

Para encerrar a presente investigação, disponho as considerações finais no **capítulo 6**, em que exprimo minhas reflexões finais, delineadas sob a

subjetividade das entrevistas, e as limitações acerca do estudo. No **capítulo 7** ratifico as contribuições científicas que a pesquisa representará para o ensino à pesquisa e para o âmbito profissional da prática em enfermagem.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS

O uso de drogas é um fenômeno antigo que acompanha toda a história da humanidade. Em diversas sociedades, as drogas eram utilizadas para fins religiosos, culturais, recreação ou para enfrentamento de problemas. O abuso de drogas é definido como padrão desajustado de uso, indicado pela continuação desse uso, mesmo que o usuário reconheça a existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o termo droga teve origem na palavra *droog*, do holandês antigo, que significa folha seca, pois quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. Atualmente, a medicina define droga como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003; CARLINI et al., 2010).

Em relação à palavra psicotrópico, o termo *psico* é de origem grega e, também, tem a ver com o psiquismo – o que se sente, se faz e se pensa, o ser em si. Já *trópico* está relacionado ao tropismo, que quer dizer atração por algo ou alguma coisa. Logo, psicotrópico significa atração pelo psiquismo, e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, envolvendo de alguma forma o psiquismo do indivíduo. O termo psicoativo, por sua vez, refere-se às substâncias que transformam o estado de consciência, humor ou sentimento da pessoa que delas fazem uso (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2003).

As drogas são substâncias com capacidade de modificar o sistema fisiológico e são utilizadas com ou sem intenção de beneficiar o organismo receptor. São diferentes dos fármacos, substâncias de estrutura química definida,

pois são capazes de modificar o sistema fisiológico em benefício do organismo receptor. Desse modo, elas podem ser classificadas conforme o mecanismo de ação ou efeito que elas causam no sistema nervoso central (SNC), pois elas atuam alterando o psiquismo, na forma de sentir, de pensar e de agir. As alterações do psiquismo dependem do tipo de droga ingerida, sendo divididas em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC (CARLINI et al., 2010).

As drogas com ação depressora de ação central são substâncias capazes de diminuir a atividade cerebral, pessoas sob o efeito dessas substâncias tornam-se sonolentas, desatentas e desconcentradas. As estimulantes centrais ou psicoanalépticos são substâncias capazes de aumentar a atividade cerebral, com conseqüente aumento da vigília, da atenção, da aceleração do pensamento e da euforia. As drogas perturbadoras, alucinógenas ou psicodislépticas são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual (CARLINI et al., 2010).

As drogas de abuso são classificadas, ainda, quanto ao *status* legal das substâncias, de acordo com a comercialização, em lícitas e ilícitas. Em relação às drogas lícitas, são aquelas que possuem permissão do Estado para serem comercializadas e consumidas, com ou sem receita médica, contêm substâncias psicoativas cuja produção, comercialização e uso não são criminalizados como, por exemplo, o álcool, tabaco e cafeína. Já as drogas ilícitas, são substâncias psicoativas cuja produção ou venda são passíveis de criminalização e repressão, a exemplo, maconha, cocaína e crack (BRASIL, 2010; CARLINI et al., 2010).

Essa divisão, eminentemente legal, tornou-se cultural e passa a ideia de que as drogas lícitas são seguras e as ilícitas, perigosas. No entanto, o álcool e o tabaco são as substâncias que mais causam mortes passíveis de prevenção no mundo. Desse modo, não se trata de absolver, minimizar ou criminalizar as substâncias, pois todas trazem prejuízos que devem ser considerados, independentemente do *status* de lícitas ou ilícitas (CARLINI et al., 2010; LARANJEIRA, 2010).

Laranjeira (2010) sinaliza que existem três posicionamentos relacionados ao *status* do uso de drogas: a proibição, pela qual existem pessoas que defendem a interdição total do uso de psicoativos, considerando esta a posição correta para

o controle ideal; a legalização, que vem em oposição ao posicionamento anterior, acreditando que, com essa proibição, o dano social aumenta, principalmente, pelo crescimento do crime organizado, associado à ilegalidade de determinadas drogas, à maior corrupção social, ao nível impuro de substâncias no mercado clandestino e às dificuldades das pessoas em procurarem ajuda para o tratamento, porém a legalização produz maior oferta, expondo maior quantidade de pessoas ao consumo e consequências relacionadas a este; e a posição de nível de dano, que está associada à ideia de se perceber que o proibicionismo total de uma substância psicoativa desencadeia dano e, à medida que se segue para a sua legalidade, crescem sua oferta social, o aumento do padrão de consumo, o número de usuários e o nível global de dano.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a toxicodependência é “um estado psíquico, e por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações do comportamento e por outras reações, que incluem sempre a compulsão para tomar drogas dum modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou de evitar o mal-estar da privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Quanto à nomenclatura, na literatura atual coexistem diversas conceituações, dentre elas: adicção, toxicomania, drogadição e dependência química. A adicção significa uma dedicação total, apego ou inclinação de alguém por algum fato ou objeto. A toxicomania é comportamento de dependência em relação a uma ou mais substâncias psicoativas. A drogadição é a adição de drogas no organismo (REZENDE; RIBEIRO, 2013). E, a dependência química é o fenômeno que envolve um conjunto de aspectos físicos e mentais, sendo resultado da ingestão do uso contínuo de substâncias psicoativas, geralmente caracterizadas por reações comportamentais como busca incontrolável pela substância utilizada, apesar das consequências danosas, ora para aliviar o desconforto da sua falta, ora para gerar novamente a sensação de prazer obtida em sua primeira experiência com a substância (SILVA; PADILHA, 2011).

Atualmente, os problemas decorrentes do uso de drogas estão classificados como transtornos psiquiátricos, relacionados ao uso de substâncias em dois sistemas de diagnósticos. O sistema de Classificação Internacional de

Doenças (CID-10), que apresenta descrições clínicas e diretrizes diagnósticas das doenças psiquiátricas, é a classificação utilizada por nosso sistema de saúde pública. E outro sistema classificatório, bem conhecido em nosso meio, é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana.

Segundo apresentação no sistema de classificação CID-10, as drogas podem ter efeitos sedativos, anestésicos, analgésicos, narcóticos, estimulantes, antipsicóticos e/ou alucinógenos. As listas de substâncias estão dispostas no seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento), que inclui como drogas: álcool; opioides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); canabinoides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; e solventes voláteis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Entre os transtornos relacionados ao uso de substâncias no DSM-IV, existe a classificação “abuso”, que engloba também consequências sociais, e no CID-10 é utilizado o termo “uso nocivo”, aquele que resulta em dano físico ou mental, e ainda pode ser classificado pelo termo de dependência (DUARTE; MORIHISA, 2012).

O abuso de drogas e a dependência química compõem o ranking de terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente, estando associados aos mais diversos problemas sociais, familiares e de saúde (MIGUEL; GAYA, 2013). Nas últimas décadas, a experimentação das drogas tem acontecido cada vez mais cedo. A precocidade desse comportamento pode gerar alterações drásticas na vida dos indivíduos (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011).

Em geral, a situação mundial do uso de drogas tem se mantido estável. Embora tenha havido algum aumento do número total estimado de substâncias ilícitas, as estimativas indicam que o número de usuários de drogas com dependência ou distúrbios causados pelas mesmas tem se mantido estável. O aumento no número estimado de usuários todo ano é um reflexo, em grande parte, do aumento da população mundial (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

No entanto, houve aumento no consumo e uso indevido de novas substâncias psicoativas, que não estão sob controle internacional. A produção e o uso de substâncias que estão sob controle internacional permanecem em grande parte estáveis em comparação com anos anteriores, apesar de as tendências de oferta e demanda de drogas terem sido desiguais entre regiões e países e entre tipos de drogas. A infinidade de novas substâncias psicoativas e a velocidade com que elas têm surgido em todas as regiões do mundo é uma das tendências mais notáveis nos mercados de drogas ao longo dos últimos cinco anos (WORD DRUG REPORT, 2013; BASTOS; BERTONI, 2014).

O uso indevido de drogas constitui um fenômeno complexo, nos dias atuais, e, no mundo, pois há uma proliferação rápida e sem precedentes desse uso. Informações do Relatório Mundial sobre Drogas produzido, em 2012, pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), estimou que 2013 milhões de pessoas, o que corresponde a 5% da população adulta mundial, já fizeram uso de droga ilícita pelo menos uma vez no ano de 2010. Nesse sentido, anualmente, estima-se que 2 bilhões de pessoas façam uso de álcool e 1,3 bilhão consuma produtos derivados do tabaco (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

Além disso, dados do World Drug Report de 2013 possuem uma estimativa que cerca de 230 milhões de pessoas usam alguma droga ilícita pelo menos uma vez ao ano, o que representa uma proporção de uso de uma a cada 20 pessoas entre as idades de 15 a 64 anos (WORD DRUG REPORT, 2013). Desse grupo, estima-se que 27 milhões consumam drogas de maneira que os exponha a problemas muito graves de saúde (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013; WORD DRUG REPORT, 2013).

Estudos apontam que a prevalência do uso de cocaína na América do Sul, América Central e Caribe permanece elevada (0,7%, 0,5% e 0,7%, respectivamente). Na América Central, a prevalência anual do uso de estimulantes de tipo anfetamínico foi relatada mais elevada do que a média global, particularmente em El Salvador (3,3%), Belize (1,3%), Costa Rica (1,3%) e Panamá (1,2%). O uso indevido de substâncias farmacêuticas que contêm opiáceos e estimulantes de venda livre ou com prescrição médica também

continua preocupante na América Central e na América do Sul (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

As drogas têm causado insegurança, devastado famílias, levado milhares de pessoas à miséria e disseminado doenças, bem como ocasionado cerca de 253.000 mortes por ano. Dentre aquelas que mais ocasionam prejuízos em nível mundial estão os opíaceos, porém a mais consumida mundialmente é a maconha, seguida pelas anfetaminas e seus derivados (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

Segundo pesquisas fornecidas pelo SENAD, os Estados Unidos assumiram o ranking dos países que mais consomem drogas de abuso, seguidos pelo Canadá e alguns países da Europa (BRASIL, 2011a). No Brasil, houve aumento significativo na distribuição de drogas e, conseqüentemente, no número de usuários, sendo hoje considerado um problema social. Cerca de 98% das cidades brasileiras possuem problemas relacionados ao uso de drogas, suas conseqüências têm preocupado o poder público e a sociedade civil (SOUZA; PINTO, 2012).

Em relação ao Brasil, embora não existam dados recentes sobre o uso de drogas ilícitas no país, estudos realizados em 2001, 2005 e 2012 sobre levantamento epidemiológico têm contribuído para a descrição do consumo de substâncias psicoativas em nossa população. Em 2001, foi realizado um levantamento domiciliar em 107 cidades brasileiras com população superior a 200 mil habitantes, no qual se estimou que 19,4% dos entrevistados já haviam feito uso, na vida, de alguma droga ilícita. As drogas mais citadas foram a maconha, com 6,9%, e os solventes, com 5,8%; já a cocaína apresentou um percentual de 2,3% e o crack foi referido apenas por 0,4% dos pesquisados (GALDURÓZ et al., 2005).

O “II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país”, realizado em 2005, estimou que 22,8% da população em geral, com idade entre 12 e 65 anos, usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez na vida e apontou ainda que os jovens com idade entre 18 e 24 anos apresentam as maiores taxas de uso de drogas e comportamentos de risco (FONSECA et al., 2010). Outros estudos mais

recentes, realizados em São Paulo, evidenciam dados estatísticos muito similares a esse de 2005.

Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas na população brasileira, realizado em 2012 pela Universidade Federal de São Paulo, mostraram que o Brasil se encontra em uma situação preocupante no que se refere ao abuso de drogas. Com relação ao consumo de maconha, foi constatado que 1% da população brasileira é dependente, 3% da população adulta fez uso da droga no último ano e 40% dos adultos usuários preenchem critérios de dependência. O consumo de maconha se destaca pela idade em que o indivíduo a experimenta, revelando que a maioria o faz antes dos 18 anos, e 17% dos adolescentes a conseguem na escola (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Quanto ao uso de cocaína em forma de crack, o estudo supracitado apontou que 4% da população brasileira já fez uso dela alguma vez na vida e 2%, no último ano. O uso de cocaína na forma inalada é utilizado por 4% da população adulta e 2% no último ano. O uso do crack, durante a vida, foi realizado por 1,4% da população adulta e 1% no último ano, essa droga se destaca pela frequência – 27% dos entrevistados relataram o uso todos os dias ou mais de duas vezes por semana no último ano (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Para o uso de álcool, quando comparados os dados da pesquisa realizada em 2005, seguindo os mesmos critérios de coleta e análise dos dados, constatou-se que, embora as taxas de abstinência continuem idênticas nos últimos seis anos (48% em 2006 e 52% em 2012, não há diferenças significativas). Houve aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes (que bebem uma vez por semana ou mais), subindo de 45% para 54%. Destaca-se aumento mais significativo entre as mulheres, que foi de 29% em 2006 para 39% em 2012 (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Quanto ao padrão de uso nocivo do álcool, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso tem sido associado à morte de cerca de 2,3 milhões de pessoas anualmente em todo o mundo e 5,1 milhões associadas ao uso de

tabaco. Isso significa que, globalmente, cerca de 12% de todas as mortes anuais estão relacionadas ao uso de tabaco (8,7%) e álcool (3,8%), enquanto um número estimado de 245 mil mortes está relacionado ao uso ilícito de alguma outra substância (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

Consistente com esses dados, 9,0% da carga global de doenças têm sido resultantes do uso de drogas. Desse total, estima-se que a parcela de anos de vida útil perdidos por incapacitação causada pelo álcool 4,4%, tabaco 3,7% e uso de drogas ilícitas seja correspondente a 0,9%, resultando, para a sociedade, em perda por mortes prematuras e anos vividos com incapacidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

O padrão de consumo *binge*, usado como indicador de beber nocivo, aponta que, quando o indivíduo ingere grande quantidade de álcool (quatro ou mais unidades de álcool para mulheres e cinco ou mais unidades para homens) em uso uma vez no período de 30 dias, isso é considerado consumo abusivo de drogas. Foi observado que de 2006 a 2012 houve aumento significativo dessa forma de consumo, de 45% para 59% na população de bebedores. Novamente aumento é observado no sexo feminino, de 36% para 49% (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia mundial como o consumo abusivo de drogas, o que diferencia o uso das drogas no passado e no presente é que elas deixaram de ser um elemento de integração, um fator de coesão em nível social e emocional, como eram vistas nas sociedades antigas. Atualmente, seu consumo ocorre de forma individualizada e abusiva, pela facilidade de aquisição e pela presença de elementos que contribuem para sua disseminação e iniciação ao consumo (RAUP; ADORNO, 2011).

A compra e consumo de drogas fornecem subsídios para o aumento do número de crime e insegurança pública e ao mesmo tempo minam os direitos humanos e representam sérios riscos à saúde. Todos os aspectos da saúde pública sobre prevenção, tratamento, reabilitação e reintegração devem ser reconhecidos como elementos-chave da estratégia global para reduzir a demanda por drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

Com essa contextualização epidemiológica e estimativa de padrão de consumo de droga, é possível compreender a necessidade de implementação de medidas de controle, prevenção e tratamento do abuso de drogas, a fim de minimizar os danos individuais, sociais e diminuir assim também os custos aos sistemas de saúde.

## 2.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

O consumo de substâncias psicoativas somente se transformou em uma preocupação mundial, a partir do século XX, em decorrência do seu uso abusivo e por consequências dos seus prejuízos sociais e patológicos (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012).

A partir do ano de 1998, o Brasil buscando reduzir o consumo de substâncias psicoativas, deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema, que contempla ações referentes à prevenção, ao tratamento e à recuperação de danos do uso de drogas lícitas e ilícitas. Também da reinserção social de usuários e dependentes, com a promoção de atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas (FORMIGONI, 2014).

Paralelamente, a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, consolidou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Nela, incluíram-se os dependentes de álcool e outras drogas, assumindo-se, assim, de modo integral e articulado, o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2004a).

Suas diretrizes pautam-se em estratégias que visam ao fortalecimento da rede de atenção aos usuários, com ênfase na reabilitação e reinserção social, centrada na atenção comunitária e na perspectiva de redução de danos. Nesse sentido, busca-se ampliação dos olhares acerca do uso abusivo de álcool e outras drogas, com vistas à superação da maneira reducionista de se ver os usuários, muitas vezes, restringidos ao campo da marginalização e criminalidade (CORTES et al., 2014).

Ao se considerar o fenômeno das drogas um problema de saúde pública, é necessário trazer esse tema para a assistência à saúde das pessoas usuárias de drogas. Então, pelas transformações recorrentes às necessidades de saúde da população e o uso de álcool e outras drogas, torna-se inevitável o surgimento de novos serviços, que ofereçam centros de atendimento à saúde, compatíveis com essa realidade, sendo que os profissionais de saúde, em geral, devem estar preparados para a prestação desses serviços.

Em 2002, por meio do decreto presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira “Política Nacional Antidrogas – PNAD” do país. Os primeiros anos de existência dessa política fizeram o tema drogas manter-se em pauta e geraram a necessidade de aprofundamento sobre o assunto. Foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando-se em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando no momento. Assim, com a ampla participação popular, embasados em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada foi aprovada em 23 de maio de 2005 e passou a se denominar “Política Nacional sobre Drogas – PNAD”, entrando em vigor em 27 de outubro daquele mesmo ano, por meio da resolução nº 3/GSIPR/CONAD (FORMIGONI, 2014).

O Ministério da Saúde, em 2003, instituiu a atual Política de Atenção Integral aos Usuários (a)s de Álcool e outras Drogas no Brasil, que prevê a construção de uma Rede de Atenção Integral do Sistema Único de Saúde (SUS), (ações de prevenção, promoção e proteção à saúde); a construção de malhas assistenciais, formadas por dispositivos especializados (os Centros de Atenção Psicossocial álcool/drogas – CAPSad) e não especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004a).

O compromisso assumido pela política é a garantia do direito ao tratamento, atenção humanizada e participativa aos usuários de drogas e suas famílias. Por sua vez, o SUS assumiu o compromisso de criar e manter equipamentos, qualificar profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas, executar e avaliar tais políticas; fortalecer seu caráter de rede, incitando outras redes à conexão (CORTES et al., 2014).

No documento sobre a política nacional, foram também definidos o marco teórico-político e as diretrizes para a área, em consonância com os princípios e orientações do SUS, da Reforma Psiquiátrica e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública, a indicação do paradigma da Redução de Danos nas ações de prevenção e de tratamento, a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Essa política rompe com abordagens reducionistas e considera um fenômeno complexo a presença das drogas nas sociedades contemporâneas, que permeia as dimensões sociais, psicológicas, econômicas e políticas. Logo, não pode ser um meio somente de ações exclusivas da saúde pública e de intervenções psiquiátricas e jurídicas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

É importante enfatizar que, para seguimento da atual Política de Atenção Integral, é necessária a utilização do princípio da integralidade como a melhor forma de se buscar a atenção integral aos usuários e, dessa forma, de procurar se aproximar da promoção à saúde. Porém, o que se vê é a dificuldade em termos de prevenção do uso e abuso de drogas. Isso leva a crer que é pertinente existir uma considerável articulação entre a prevenção do consumo e a assistência às pessoas usuárias (BRASIL, 2004a).

Como estratégia para o alcance dos objetivos contidos na Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde vem implantando no território nacional os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad), por meio da portaria nº 816/GM, e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), por meio do decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Com essa regulamentação, as(os) enfermeiras(os) e profissionais técnicos de enfermagem fazem parte da equipe mínima de atenção à saúde desses clientes (BRASIL, 2004a).

Em relação à atual assistência e tratamento às pessoas usuárias de drogas, pode-se dizer que as representações de profissionais de saúde influenciam decisivamente na qualidade da atenção à saúde dessas pessoas. O tratamento para esse transtorno multifatorial deve abranger diversas áreas, porém os achados na literatura atual apontam que as intervenções que utilizam os

modelos cognitivos comportamentais possuem maior eficácia, dentre elas, o treinamento das habilidades sociais (MIGUEL; GAYA, 2013).

Dentre as diversas formas de compreensão do abuso e dependência de drogas, investigar o papel das habilidades sociais, para se conhecer os fatores que influenciam essa doença, é imensamente relevante, visto que as habilidades sociais compreendem o estudo das várias classes de comportamentos sociais, e esses comportamentos contribuem para a qualidade e a efetividade das interações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas. Dessa forma, as habilidades sociais podem auxiliar o indivíduo a apresentar melhores repostas sociais quanto ao enfrentamento de situações de risco, auxiliando como fator de proteção ao abuso e dependência de drogas (ZANELATTO, 2013).

Corroborando os apontamentos até este momento, é necessário elucidar que, como doença multifatorial, seu tratamento é também multidisciplinar e, dentre as diversas técnicas de tratamento, o treinamento de habilidades sociais pode ser um importante fator de proteção ao consumo de drogas (WAGNER et al., 2010; RIBEIRO; YAMAGUCHI; DUALIBI, 2012).

Pesquisas mostram que a falta de habilidade para se lidar com algumas situações está associada ao maior consumo de drogas. Além disso, as principais dificuldades encontram-se relacionadas aos seguintes comportamentos e pensamentos: dificuldade de estabelecer um bom diagnóstico, sentimentos negativos, pouca assertividade, baixo senso crítico, dificuldades em receber críticas, problemas na comunicação (interior e exterior), recusa de droga, dificuldade de dizer não a si e aos demais, de socializar-se, baixa tolerância a frustrações, adiamento de prazeres, problemas em reconhecer e enfrentar situações de risco, problemas no manejo da fissura, falta de planejamento, dificuldade de adesão aos tratamentos instituídos, entre outros (ZANELATTO, 2013).

Para o indivíduo ser diagnosticado como usuário de drogas, ele é submetido a uma investigação de três perfis básicos: o padrão de consumo e a presença de critérios de dependência; a gravidade do padrão de consumo e como ele complica outras áreas da vida; e, a motivação para a mudança. Todo dependente passa por estágios de motivação. A dependência não é uma condição imutável, marcada por problema de personalidade, do qual o indivíduo estará para sempre refém. Motivação é um estado de prontidão para a mudança,

flutuante ao longo do tempo e passível de ser influenciado por outrem (MARQUES; RIBEIRO, 2008).

Não basta saber se a dependência existe e quão grave se manifesta no indivíduo. É preciso compreender também sua motivação para a mudança. Esse modelo teórico, desenvolvido por Prochaska e Di Clemente (1986), auxilia o planejamento terapêutico para cada paciente. Qualquer abordagem com dependentes de drogas deve respeitar o estágio de motivação de cada um desses. São seis estágios. Para cada um deles, há uma conversa mais efetiva e adequada, conforme disposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Estágios motivacionais de prontidão para a mudança, 1986.

<b>Estágio motivacional</b>	<b>Apresentação do paciente</b>	<b>Melhor postura adotada</b>
<b>Pré-contemplação</b>	Sem ideia sobre o problema e sem planos de mudar. Acha que seu consumo de drogas não lhe faz mal e está sob controle.	Evitar o confronto, mas sem perder a sinceridade. Flexibilizar sobre a evidência de dependência e buscar outros motivos para o paciente buscar ajuda.
<b>Contemplação</b>	Percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança.	O indivíduo deve ser sensibilizado objetivamente, dentro de um ambiente reflexivo. Podem-se levantar os prós e contras da abstinência e do consumo e as discrepâncias entre o consumo e os planos do indivíduo para o futuro.
<b>Determinação</b>	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças. O indivíduo pede ajuda.	Ofereça soluções e retire barreiras. Negocie um plano de abordagem. Tudo deve ser muito rápido, porque é comum o indivíduo mudar de ideia sobre a mudança.
<b>Ação</b>	Pronto para começar a mudança.	Prover o suporte; definir a assistência; a família deve mostrar-se disposta a participar do tratamento sempre que solicitada.
<b>Manutenção</b>	Incorporação da mudança ao estilo de vida.	Reforçar o sucesso; reavaliar a farmacoterapia; aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco; avaliação bioquímica.
<b>Recaída</b>	Volta para a contemplação ou pré-contemplação.	Menos de 5% dos pacientes nunca recaem após iniciarem o processo de mudança e mais de 70% recaem antes do terceiro mês de abstinência. Retornam a algum dos estágios anteriores, para novamente evoluírem rumo à mudança. Não é o retorno à estaca zero, tampouco motivo para repreensões ou culpa. É um momento de aprendizado, visando evitar ou dificultar recaídas futuras.

Fonte: Prochaska e DiClemente (1986).

É importante o conhecimento dessas alterações para melhor planejamento de programas preventivos, buscando uma metodologia mais eficaz para os usuários de drogas. Frequentemente, os usuários apresentam resistência para fazer e permanecer em tratamento. Por isso, com a identificação de alterações emocionais e comportamentais, os usuários necessitam receber o tratamento mais adequado (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Portanto, o crescente consumo e abuso de drogas demandam grande atenção por parte da comunidade científica, a detecção dos grupos populacionais mais expostos ao consumo e os conhecimentos dos fatores motivacionais e inibitórios associados ao abuso permitem o planejamento de ações de saúde e a formulação de políticas e práticas de tratamento, dirigidas ao problema. Ressalta-se que, no decorrer das décadas, surgiram movimentos, na grande maioria, formados por grupos religiosos que se utilizavam do modelo da Comunidade Terapêutica (CT) como forma de tratamento.

### 2.3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As CT são serviços assistenciais que atuam em regime de residência, criados nos Estados Unidos a partir da década de 1950, com o propósito de tratamento da neurose de guerra em soldados ingleses, a partir das observações clínicas do psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones. A base terapêutica era centrada em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de um ambiente pautado por normas de convivência em grupo. Em seguida esse modelo foi ampliado para atendimento de outras doenças e foi sendo utilizado como alternativa ao modelo hospitalar para o tratamento de transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência do álcool, concomitantemente, ao surgimento dos grupos de autoajuda como o dos Alcoólicos Anônimos (AA), estendendo-se para o tratamento de transtornos mentais, decorrentes de outras drogas e até mesmo para alguns dos transtornos mentais não decorrentes do uso de drogas (DAMAS, 2013).

As CT podem ser compreendidas como unidades que possibilitam o reencontro social, de laços e vínculos afetivos, com virtudes e defeitos de outros sistemas sociais. Observam-se fenômenos culturais como a aculturação e assimilação. Dessa forma, as CT formam um grupo social, diferenciado de outros grupos coletivos, por suas formas culturais, costumes, estilos de vida. Os membros do grupo se reconhecem e se identificam em seu status social e compartilham uma história comum em que se reconhecem mutuamente por meio dos elementos dessas histórias (FERNÁNDEZ, 2011).

As CT vêm apresentando crescimento vertiginoso, porém existem poucas evidências científicas sobre a eficácia e modo de operação desses serviços. Estima-se que, em algumas regiões do Brasil, até 80% das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, decorrentes do uso de substâncias realizem tratamento em CT. No entanto, estudos internacionais são escassos. Uma revisão sistemática recente sobre o tema encontrou poucos estudos relevantes, e mesmos estes, com sérias limitações metodológicas. Conclui-se que ainda não há evidência científica suficiente que apoie uma superioridade do método das CT em relação a outras formas de tratamento, exceto se comparado a modelos carcerários (FIESTAS; PONCE, 2012).

No Brasil, as CT se encontram geralmente em sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda em outras prevalece o modelo médico, assistencialista ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013).

Os profissionais envolvidos no tratamento do uso de drogas atualmente são: médico psiquiátrico e médico clínico, que possuem a função de diagnosticar e tratar comorbidades; psicólogo, no fornecimento de apoio individual ou em grupo; enfermeiro, que contribui para o diagnóstico e elabora plano terapêutico de cuidado; assistente social, que contribui para os encaminhamentos e provimentos de recursos sociais para o ex-usuário; terapeuta ocupacional, que ajuda na mudança de comportamento e orienta medidas de inclusão social; monitor, que não tem formação de ensino superior específica, auxilia na realização de

atividades laborais e de recuperação da saúde do residente; conselheiro ex-usuário, que não possui formação de ensino superior, no entanto conhece o programa de tratamento da comunidade e auxilia o residente a superar dificuldades e no processo de reinserção social.

Embora pouco se tenha estudado do papel dos ex-usuários nas CT, na prática são esses indivíduos que mantêm essas instituições. Portanto, é sempre indicado que eles estejam em capacitação contínua, não obstante, os demais profissionais de saúde mental também devem estar capacitados (DAMAS, 2013). A capacitação e inclusão de profissionais de saúde nas CT são muito baixas. Especialmente a figura do enfermeiro, que tem sido pouco inclusa no cuidado desses pacientes.

Nos dias atuais, as CT têm exercido importante papel no tratamento psicossocial de usuários de substâncias psicoativas no Brasil. Com o crescente aumento do consumo de drogas no decorrer dos últimos anos, a expansão dessas comunidades aumentou, significativamente, no país. Assim, para regulamentar o funcionamento das comunidades, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 29, de 30 de junho de 2011, a qual norteia todo o trabalho realizado dentro das CT (BRASIL, 2011b).

A RDC nº 29/2011 estabelece a diferenciação entre as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência, tendo como principais instrumentos a convivência entre os pares, de um lado, e os serviços referidos pela legislação sanitária como estabelecimentos de saúde, de outro. Esses últimos podem ser considerados equipamentos de saúde (caso dos hospitais, clínicas e congêneres), já os primeiros devem ser considerados “equipamentos sociais” (ESPÍRITO SANTO, 2012).

A internação de pessoas com diagnóstico de dependência química deve ser realizada em unidade especializada, provida de estrutura e pessoal devidamente capacitado para o efetivo tratamento, tendo como modelo a CT. No intuito de favorecer a adesão à terapêutica instituída, a internação deve ser voluntária e cabe à equipe elaborar um plano terapêutico individualizado. Este deverá contemplar atividades a serem desenvolvidas pelas pessoas que se

encontram internadas, bem como os seus direitos e deveres que necessitam ser explicados de modo detalhado (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012).

As CT são instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. São unidades que têm por funções a oferta de um ambiente protegido, rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgate da cidadania e auxílio ao indivíduo para encontrar novas possibilidades de reabilitação física, psicológica e de reinserção social, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso (ESPÍRITO SANTO, 2012).

O tratamento para a dependência química deve ser baseado em evidências, ser voluntário, confidencial e com consentimento informado, além de ser realizado na CT por meio de intervenções clínicas e sociais no âmbito do sistema de saúde, com uma abordagem que siga os princípios da ética do cuidado em saúde. Ações de apoio social que atendam às necessidades básicas de acolhimento e alimentação também são essenciais assim como o acesso a programas de educação, geração de renda, microcrédito e orientação vocacional para promover a reintegração social e familiar dos indivíduos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

O eixo do trabalho desenvolvido nas instituições é a matricialidade sociofamiliar com base na Política Nacional de Assistência Social, que considera que a família, “[...] independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre público e o privado” (BRASIL, 2005, p. 41).

A internação nas CT tem duração máxima de nove meses e tem como principais critérios de admissão o usuário desejar o tratamento e possuir referência familiar, o mesmo deve ser ainda encaminhado pelas famílias, órgãos públicos e outros. O atendimento é em regime de internamento, porém é aberto, visto que não há qualquer forma de obrigatoriedade, sendo que não há aparato físico ou humano que impeça a saída dos atendidos (MARINGÁ, 2014).

As CT trabalham em sistema de abrigo integral para tratamento de dependência química e suas metodologias terapêuticas são divididas em três etapas: oração, trabalho e disciplina e utilizam como base os 12 passos dos Narcóticos Anônimos (NA). Suas terapias se associam ainda com a realização de atividades de laborterapia, recreação/lazer, educacionais e outras (MARINGÁ, 2010). Seguem as seguintes etapas para acolhimento e internação do usuário:

**Etapa I: Acolhida** – é realizada pela escuta e orientações às famílias e aos usuários acerca da dependência química, codependência, bem como procedimentos para o tratamento; e, se necessário, são realizados encaminhamentos à rede de serviços.

**Etapa II: Triagem** – é realizada por meio de duas entrevistas semidirigidas, sendo uma direcionada à família e outra, ao usuário. Estas têm o intuito de iniciar o levantamento do diagnóstico destes em relação a sua problemática com as drogas, realidade social, econômica, cultural e familiar.

**Etapa III: Pré-Internamento e/ou Visita Domiciliar** – inicialmente o agente de ação social realiza o agendamento com a família do usuário. Este deve conter em mãos a relação básica de exames e o enxoval para o seu internamento. Posteriormente são orientadas aos usuários e seus familiares as normas que regem o tratamento, bem como a realização dos procedimentos institucionais para sua internação.

**Etapa IV: Morbidade e Comorbidade** – o usuário, ao chegar à CT, possui o diagnóstico de morbidade da dependência química e, por esse motivo, faz-se necessário, por meio de uma avaliação detalhada, analisar se existem comorbidades associadas.

**Etapa V: Tratamento** – compreende o período de nove meses de internação e, durante todo esse período, o residente será acompanhado pela equipe multidisciplinar com avaliação individual mensal.

**Etapa VI: Reinserção** – nesse momento, o residente é preparado para o convívio familiar e com a sociedade, o mesmo acontece em períodos intercalados entre a unidade de tratamento e sua casa, por meio de saídas programadas.

**Etapa VII: Graduação** – essa é a celebração dos nove meses de tratamento dos residentes, sendo celebrada a sua vitória da vida.

**Etapa VIII: Pós-tratamento** – são as reuniões realizadas com grupo de apoio que visam manter e levar a sobriedade, por meio de reuniões, e são abertas a qualquer pessoa que já tenha passado processo de internação em uma CT.

Dependendo da participação e respostas (adesão) do paciente ao plano terapêutico instituído durante a internação, a equipe poderá decidir pela alta do paciente, que deverá ser orientado com a família sobre a continuidade do tratamento. A preparação para a alta hospitalar é um momento de reflexão, devendo ser realizada pela equipe e com a participação da família que, sentindo-se acolhida, poderá sanar dúvidas quanto ao seu papel e saber de antemão que poderá solicitar ajuda nas situações de crise (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012).

Uma vez determinada a necessidade de internação, é obrigação do médico informar ao usuário sobre a conduta proposta, garantindo ao mesmo o direito de “livre arbítrio”, porém não há livre arbítrio para quem está internando dessa forma, em se tratando da decisão da internação. Já seu comportamento sim, ele decide se quer se tratar ou não, se respeitará as regras, se quer entrar para o processo de reabilitação ou não, mesmo que, supostamente, não compreenda o fato. Mesmo concordando com a internação, tal fato não deixa de se constituir em certo confinamento, podendo ferir a autonomia do paciente (FORTES, 2010).

O modelo institucional das CT tem muito de sua base terapêutica firmada nos contatos afetivos que oferece e na oportunidade de ressignificar códigos de relacionamentos e objetivos de vida, podendo, por meio da influência de grupo, modificar aspectos de caráter e personalidade do indivíduo. Por isso, torna-se um método de escolha para adolescentes infratores e dependentes químicos (DAMAS, 2013).

O problema do abuso de drogas tem se propagado de forma alarmante nas últimas décadas e esse aumento deve-se, em parte, a uma deficiência ou até mesmo à ausência de políticas públicas eficazes. Desse modo, fez-se necessário o surgimento de uma série de CT, que realizam medidas assistenciais de internação para usuários de drogas.

## 2.4 A FAMÍLIA NO CUIDADO AO USUÁRIO E REDE DE APOIO

A família pode ser compreendida como uma instituição social, formada por unidades interdependentes que, por meio da comunicação e de comportamentos recursivos, estabelecem um intercâmbio recíproco. Possui papel importante no desenvolvimento psicológico dos seus membros, auxilia-os também na formação dos vínculos afetivos, bem como é representante de condições de apoio e solidariedade (SCHABBEL, 2010; ASSIS; FERREIRA, 2012). Além disto, pode ser reconhecida por inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias, como também influencia a forma com que seus membros reagem nas relações sociais e à ampla oferta de drogas disponíveis na sociedade atual (POZZA et al., 2011).

A vida familiar é estruturada de acordo com os vários tipos de relações, como, por exemplo, marido e mulher, pais e filhos, entre irmãos e entre parentes. Assim, é necessário destacar que essas relações requerem demandas e valores interpessoais por parte dos membros (DELL PRETTE; DELL PRETTE, 2010). Os valores familiares centralizam-se a respeito de regras e conceitos construídos no seio da família, esse perfil é principalmente elaborado pelos adultos responsáveis (SCHENKER, 2010).

Então, nota-se que cada família apresenta características peculiares que as tornam diferentes umas das outras. A importância de se pensar na família dentro desses paradigmas de construção de valores coloca-se à medida que todos os seus membros são constituintes e constituídos nesse compartilhamento e, de maneira ampliada, as demais relações sociais se darão dentro desse processo (SCHENKER, 2010).

A família desempenha papel relevante para o desenvolvimento saudável e sociabilidade ou não de seus membros, pois ela é compreendida como o elo entre as diversas esferas da sociedade. A atitude e comportamento dos membros são importantes e atuam como fator de risco e proteção para o uso de drogas de abuso, os fatores ambientais, bem como genéticos, contribuem para o uso e abuso ou a dependência de drogas (POZZA et al., 2011).

O uso de drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Nenhuma pessoa nasce predestinada ao seu uso ou se torna dependente apenas por influência de amigos ou pela grande oferta. As pessoas iniciam o uso das drogas, por vezes, para sanar a sua incompletude, na forma de alívio de dores e para acirrar prazeres. Existem fatores que convergem para a construção das circunstâncias do uso abusivo, sendo estes os fatores de risco e de proteção (RIBEIRO; YAMAGUCHI, 2012).

Os fatores de risco são os que tornam a pessoa mais vulnerável a ter comportamentos que podem levar ao uso ou abuso de drogas. Já os fatores de proteção são aqueles que colaboram para que o indivíduo, mesmo tendo contato com a droga, tenha condição de se proteger, são os que contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que levam ao uso ou abuso de drogas (RIBEIRO; YAMAGUCHI, 2012).

Ambos os fatores podem estar relacionados com as seguintes características: aspectos biológicos, cadeia genética, peculiaridades das relações interpessoais, interações familiares, oportunidades de contato ou convivência com a droga, sensações provocadas pelo efeito obtido com o uso da droga, cultura em que cada um vive, ou seja, especificidade de cada indivíduo (DUARTE, 2013).

O manual da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas destaca alguns fatores de proteção e fatores de risco para o uso de drogas (BRASIL, 2006).

Quadro 1 – Fatores de proteção e risco, para o uso de drogas, 2006.

FATOR DE PROTEÇÃO	FATOR DE RISCO
Pais que acompanham as atividades dos filhos.	Pais que fazem uso abusivo de drogas.
Estabelecimento de regras claras de conduta.	Pais que sofrem de doenças mentais.
<b>Envolvimento afetivo com a vida dos filhos.</b>	<b>Pais excessivamente autoritários ou muito exigentes.</b>
Respeito aos ritos familiares.	Famílias que mantêm uma cultura aditiva.
Estabelecimento claro da hierarquia familiar.	

Fonte: Brasil (2006).

A formação de cada um de nós se inicia na família, é função da família proteger seus filhos e favorecer neles o desenvolvimento de competências, por exemplo, para lidar com limites e frustrações. A falta da proteção da família para

com o membro que não sabe lidar com frustrações pode favorecer o uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2006).

As drogas são consideradas causadoras de problemas sociais, econômicos, psicológicos e de saúde na vida das pessoas mundialmente. Apesar de o seu consumo contemplar uma perspectiva positiva na dinâmica das relações humanas, sabe-se que o uso abusivo pode acarretar ônus ao sujeito, à família e à sociedade, na forma de repetência na escola, perda de emprego, ruptura familiar, violências, acidentes, crimes e encarceramentos (BYE; ROSSOW, 2010; CARNEIRO, 2010; SCHENKER, 2010).

A instalação de um quadro de dependência química geralmente causa impacto negativo na rede de relações do usuário, intervindo, desse modo, no seu viver e lidar com o cotidiano. Instalada essa situação, há a extrapolação para o contexto social e a necessidade de ajuda e controle por meio de ações mais complexas de combate, controle e tratamento do usuário com o auxílio de sua família nesse processo (CAVALCANTE et al., 2012).

Na percepção da família, a dependência química está atrelada ao modelo biológico (doença), à falta de determinação do indivíduo em parar de usar droga (moral) e à influência de pessoas que também fazem parte de seu convívio. Nessas circunstâncias, podem surgir conflitos entre os membros, à medida que a família projeta no dependente suas incertezas, angústias e sentimento de impotência, sem considerar que o indivíduo, mesmo sóbrio, poderá oscilar entre querer parar e querer usar determinada droga, que é uma condição da doença, sendo a recaída um evento esperado (MONTEIRO et al., 2012).

Considerando o papel da família e suas relações na problemática do uso de drogas, alguns estudos apontam que característica específica parental apresenta influência com o uso de drogas de abuso de seus filhos. Pais que apresentam estilos percebidos como negligentes ou autoritários possuem associação positiva com o uso de drogas, e pais autoritativos possuem associação negativa. Aqueles que apresentam níveis baixos de responsabilidade, demonstração de afeto e descontroles são considerados negligentes. Os indulgentes são muito afetivos e pouco exigentes. Os autoritários são os mais exigentes, vez que impõem muitas regras e são pouco afetivos. Já o termo autoritativo caracteriza-se por combinar elevados níveis de controle e afetividade.

Dessa forma, pais autoritativos manifestam apoio e afetividade, mas colocam limites de maneira adequada (BENCHAYA, 2011).

Um estudo realizado sobre a relação entre o uso de substâncias e a estrutura do núcleo familiar encontrou que a maior quantidade de usuários de drogas no estudo provinha de lares formados pela estrutura nuclear tradicional: pai, mãe e filhos, o que contraria a crença de que famílias com arranjos diferentes levam ao uso de drogas dos seus membros. Além disto, foi identificada, nas famílias de usuário a presença de violência e uso de drogas por outros membros, o que sugere que o abuso de drogas esteja associado a relacionamentos familiares conflituosos, e não ao tipo de composição familiar (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Há situações em que a família pode ser considerada um fator complicador, pela organização dos papéis desempenhados por seus membros (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012). Desse modo, a participação dos pais no monitoramento e supervisão é considerada importante fator de proteção, informando-se sobre a vida dos filhos, o que fazem no tempo livre, aonde vão quando saem, suas amizades, dentre outros. Atitudes de proteção dos pais são geradas pelos laços de afeto, ambiente de diálogo e acolhimento das demandas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a).

Geralmente, o usuário tem dificuldade em sustentar o funcionamento das estruturas familiares, por problemas relacionados à regulação das relações e dos afetos, daí o papel da família, tanto na criação de condições relacionadas ao uso ou abuso de drogas como na construção de fatores de proteção. As famílias possuem demandas, valores e crenças e são consideradas fonte primária de acolhimento para os seus membros com quadro de drogadição instalado, sendo elas responsáveis por auxiliar na escolha do tratamento do dependente químico (MALTA et al., 2011).

O período de tratamento da dependência química não é tarefa fácil para a família e para sociedade em geral, dessa forma, são necessários alguns dispositivos e estratégias de apoio social que possam unir formas para dar conta das demandas oriundas dessa condição (CAVALCANTE et al., 2012).

A família necessita de suporte em todas as fases do tratamento, principalmente após a alta do tratamento, é nesse momento que a pessoa

dependente de substâncias psicoativas se encontra vulnerável à manutenção do estado de abstinência. O retorno da pessoa ao núcleo familiar é vivenciado por seus membros com grande expectativa de cura e que o indivíduo se mantenha abstinente, reestruture sua vida e retome as suas atividades do dia a dia com maior autonomia (AGUIRRE et al., 2010).

Entretanto, com a recaída da pessoa, a família pode assumir posições que vão da negação à desorganização. Em virtude disto, percebem o hospital psiquiátrico como a única solução para o enfrentamento do problema pelos conflitos gerados em seu núcleo e por se sentir incapaz de dar uma resposta efetiva diante do problema (AGUIRRE et al., 2010).

A promoção dos relacionamentos, dos vínculos e das relações saudáveis é a melhor forma de prevenir o uso abusivo de drogas, pois estimula a autonomia e o protagonismo dos usuários. No entanto, quando a drogadição ocorre, a família precisa ser engajada na prevenção e no tratamento, uma vez que esse sintoma que aparece em um de seus membros denuncia problemas no sistema familiar. É importante que os profissionais compreendam as relações familiares e sociais de cada grupo, no intuito de construir vínculos e laços de solidariedade, em um espaço privativo e pouco confortável para os trabalhadores de saúde mental que não têm respostas prontas para oferecer (SCHENKER; MINAYO, 2005).

A inclusão da família no tratamento de usuários de drogas tem sido bastante discutida no campo da saúde mental. A família sempre foi vista em meio a duas vertentes, ora como fator de cuidado, ora como fator desencadeante para o abuso de drogas. As abordagens que envolvem a unidade familiar têm como papéis principais a reconstrução do vínculo emocional entre as famílias e o reestabelecimento do canal de comunicação entre ambos.

## 2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

O consumo indevido de substâncias psicoativas está associado a problemas de ordem biológica, psicológica e social, além de perda de vínculos

importantes tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade onde ele se encontra inserido (ANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

Assim, diante dos fatos mencionados, é clara a complexidade da temática, o que demanda esforços do indivíduo, família, setores públicos e principalmente dos profissionais da saúde, que são os que passam a maior parte do tempo com os usuários dos serviços de saúde, têm melhores condições de auxiliar e cuidar daqueles que apresentam problemas relacionados com a dependência química (VALENÇA et al., 2013). E em relação a esta, destaca-se o profissional enfermeiro que atua no cuidado direto aos usuários de drogas de abuso.

Conceituar o termo cuidado não é tarefa fácil. No vernáculo português, cuidar vem do latim *cogitare, cogitatus*, que significa “preocupar-se”, “pensar em”, sinônimo de tomar conta, responsabilizar-se, dedicar-se. O cuidado representa que algo ou alguém esteja fortemente em nosso pensamento, a ponto de agitar o nosso espírito e, mais ainda, resultar em uma ação devotada, responsável, detalhada. O cuidar, portanto, significa mobilizar-se inteiramente, de corpo e alma, em favor do objeto cuidado (SANTOS; INCONTRI, 2010).

A ação do enfermeiro no campo de atividades da assistência integral à saúde, um dos princípios filosóficos do SUS, demanda atividades no sentido da promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2006). Sendo assim, a problemática relacionada ao uso de drogas exige do enfermeiro uma capacidade de atuação multidisciplinar.

Entretanto, além dos conhecimentos específicos na área de drogas, vale lembrar que é desejável que esse profissional possua, também, outros que possibilitem o aproveitamento de ferramentas práticas que possam ser utilizadas em favor de uma estratégia de redução de danos e desenvolvam programas em parcerias com a atenção primária em saúde. Na função administrativa, esse profissional poderá desenvolver ações para influenciar no meio social, cultural e estimular a prática de atividades esportivas, sociabilidade e a participação da família no processo de tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os profissionais de enfermagem encontram em seu cotidiano pessoas em momentos diversos de suas vidas, podendo estas estarem resistentes ou em momentos vulneráveis. Os enfermeiros estão constantemente enfrentando

desafios pessoais que podem testar os seus recursos de enfrentamento. Assim é o uso de álcool, tabaco e outras drogas, comum na maioria das culturas e que merece ser discutido (NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING, 2011a).

Com o crescente consumo de drogas, surge também a necessidade de os profissionais obterem estudos mais aprofundados sobre essa temática, analisando-a como um problema multifatorial, o que desafia os profissionais da saúde a adotarem diversas formas que sejam capazes de abordar de forma dinâmica e integral os diferentes aspectos que constituem a toxicod dependência (GALLASSI; SANTOS, 2013).

Estudo realizado no Curso de Enfermagem sobre dependência química identificou que não é oferecido treinamento adequado para os futuros profissionais, sendo assim, os mesmos não poderiam exercer suas funções dentro do enfoque de prevenção, internação e treinamento. São escassos os números de universidades que possuem programas sobre álcool e outras drogas. O estudo destaca ainda que isso é um fator que limita a expansão do conhecimento do estudante. Além dos profissionais da saúde, profissionais da educação descrevem que não se sentem capacitados para abordar as questões que permeiam o uso de álcool e outras drogas (ARALDI et al., 2012).

O enfermeiro possui potencial para reconhecer, auxiliar na elaboração de plano terapêutico e atividades assistenciais no cenário da prevenção, redução de danos e tratamento de pacientes que fazem abuso dessas substâncias. No entanto, sabe-se que a falta de um preparo teórico/prático, cientificamente orientado por parte dos enfermeiros que assistem usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, pode resultar na má qualidade do cuidado ofertado, além de atitudes e crenças inadequadas, que, em conjunto, tendem a comprometer as estratégias de enfrentamento dessa problemática, difundidas pelo setor saúde (CHANG; YANG, 2013).

Para que ocorra um avanço no plano assistencial de enfermagem frente à problemática das drogas, considera-se necessário que durante a formação do profissional de enfermagem sejam oferecidos subsídios instrumentalizadores que permitam uma viabilização de intervenções adequadas e eficazes (VARELA et al., 2014).

Os enfermeiros devem ser capazes de intervir com os pacientes, familiares e amigos em cujas vidas o uso provoca problemas. Aprender fatos e estratégias para a vida e o trabalho destes pode ajudar a resolver problemas relacionados ao uso dessas substâncias (POLICK, 2012).

Para a enfermagem, a relevância do conhecimento sobre os fatores motivacionais e de vulnerabilidade que envolvem o uso de drogas de abuso objetiva programar medidas que assegurem maior proteção a essa população. A análise desses fatores permite compreender as diferenças como cada um, individualmente e em grupo, enfrenta esse processo de dependência química, e, dessa forma, torna-se possível a construção de marcadores que podem ser utilizados para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos (OLIVEIRA, 2013).

Os profissionais de saúde precisam aprender a atuar na prestação de assistência humanizada, qualificada, assim como a trabalhar na produção e aquisição de conhecimento científico e tecnológico específico. Essa atitude indica contribuições para a resolução dos problemas do uso e abuso de drogas e uma visão multidimensional do fenômeno que ajudará a compreendê-lo (AGUIRRE et al., 2010).

A enfermagem, como ciência do cuidado humanizado, está construindo uma bagagem conceitual e tecnológica, apropriada à temática das drogas. Os resultados deste estudo contribuem para o conhecimento da enfermagem, bem como de disciplinas afins, buscando melhor entendimento do consumo de drogas na população, bem como vem somar-se à escassa literatura que existe nessas populações. Portanto, a geração e confirmação do conhecimento sobre os fatores que envolvem essa problemática possibilitarão uma reflexão e, num futuro próximo, contribuirão para a elaboração de programas adequados, dirigidos à prevenção de consumo de drogas (GUZMÁN, 2008).

A proposta de cuidado em enfermagem nas CT pode ser bastante interessante, porém, para que o tratamento seja eficaz, são necessárias à capacitação profissional e a real inclusão desses profissionais dentro das CT. Sabe-se que o contingente de profissionais de enfermagem, atuantes no cuidado de usuário de drogas de abuso é ainda muito baixo ou ausente, o que já é uma realidade nacional.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo busca a apreensão profunda dos significados, ela permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, como construções humanas significativas (BARDIN, 2011).

O estudo descritivo ambiciona estimar parâmetros de uma população, buscando descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. É utilizado para expor um fato ou um fenômeno por meio do levantamento das características conhecidas e não necessita de elaboração de hipóteses de estudo, pois se trata apenas de uma "fotografia" da situação (PINA, 2006).

O estudo exploratório não se limita apenas ao levantamento de determinadas questões ou assuntos, mas busca, por meio de observações, análises e pela literatura, conduzir conclusões sobre o objeto de estudo (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa permite apreender o significado das mensagens expressas pelos indivíduos, suas motivações, "aspirações, crenças e valores", por meio da observação da realidade. Todos esses fenômenos fazem parte da realidade social, uma vez que não é somente pelo agir que o ser humano se diferencia, mas por pensar suas ações e por interpretá-las no contexto da realidade vivida e dividida com seus semelhantes. Essa abordagem corresponde a um procedimento intuitivo, maleável e adaptável a índices não previstos (MINAYO, 2010).

Além disto, essa abordagem consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível, transformando-o, fazendo uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e anotações pessoais (FLICK, 2009).

A pesquisa qualitativa proporciona compreensão em profundidade do contexto do problema. Centra-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. É um método indutivo por excelência para entender por que o indivíduo age como age, pensa como pensa ou sente como sente, as respostas possuem profundidade (POLLIT; BECK, 2011).

A análise qualitativa também se encaixa para o alcance dos objetivos propostos, visto que a mesma é válida na elaboração de deduções específicas de situações ou variáveis de inferência precisa, funcionando para uma população reduzida, a fim de gerar categorias mais discriminantes, e levantar problemas em nível de pertinência dos índices retidos (BARDIN, 2011).

Assim sendo, dentro dessa abordagem foi possível apreender as experiências dos usuários de drogas em tratamento terapêutico, a maneira como eles interpretam suas vivências, sendo possível compreender suas dimensões e particularidades.

### 3.2 ETAPA DE CAMPO DA PESQUISA

A coleta de dados representa o início da pesquisa de campo propriamente dita. Para tal, utilizou-se o seguinte esquema para direcionar o processo de realização das entrevistas.

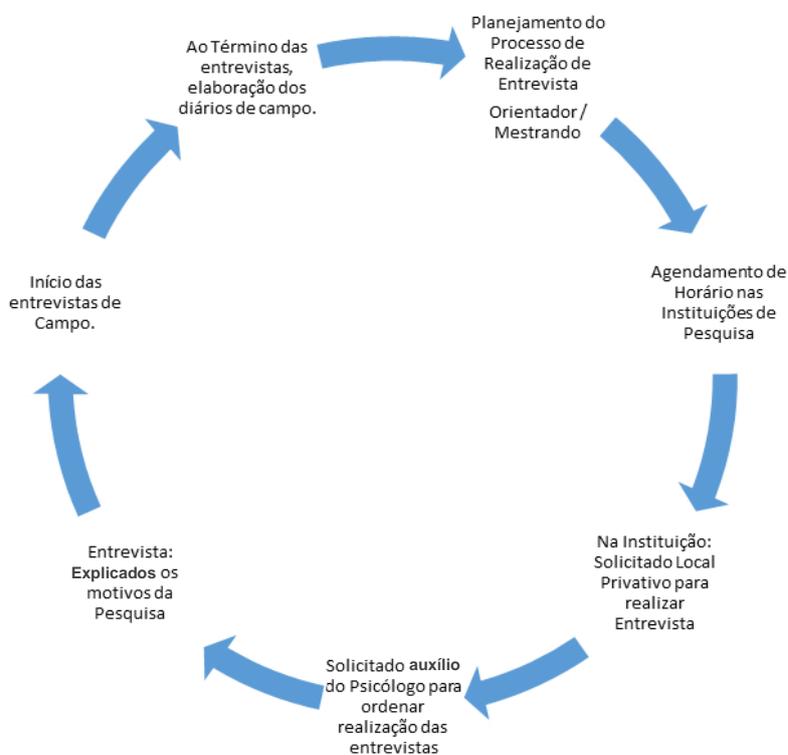


Figura 1 – Planejamento do processo de realização das entrevistas, Maringá 2015.

### 3.2.1 Cenários do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Maringá, no Noroeste do Estado do Paraná, região Sul do Brasil, situado a 434 km de Curitiba, a capital do Estado, e que possui uma população de 351.117 habitantes (IBGE, 2012). Este município conta com uma rede de tratamento em saúde mental, composta por um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas III (CAPS-AD), um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), um serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, um Hospital Psiquiátrico e sete CT (MARINGÁ, 2010).

Os CAPS foram instituídos segundo a portaria ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e constituem-se como serviços de atenção diária em saúde mental, com caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Têm a responsabilidade de atender a indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, sob a lógica da territorialidade, e ofertar atenção clínica e de reabilitação psicossocial, com os objetivos de fortalecer o exercício da cidadania e da inserção social de seus usuários assim como estimular os laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b).

Existem cinco tipos de CAPS, que se diferem em decorrência da sua especificidade e tamanho da demanda: Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), para crianças e adolescentes; CAPS ad para usuários de álcool e drogas; e os CAPS I, II e III para transtornos psicóticos e neuróticos graves. Os CAPS I atendem a um município com população de 20.000 a 70.000 habitantes e os II, de 70.000 a 200.000 habitantes, ambos atendem a adultos da sua área de abrangência, diariamente de segunda a sexta-feira, já o CAPS III atende a um município com população acima de 200.000 habitantes e oferta atendimento diurno e noturno para adultos, durante os sete dias da semana (BRASIL, 2004b).

O CISAM foi instituído pelo decreto nº 344/94 de 29/06/94, no município de Maringá, e presta atendimento especializado em saúde mental no nível secundário, objetivando a continuidade do Programa de Atenção ao Alcoolismo e

outras farmacodependências. É referência nos casos de transtornos mentais e comportamentais que não se beneficiam da assistência oferecida pela Rede de Atenção Básica (MARINGÁ, 2010).

A emergência psiquiátrica é utilizada para tratamento de pessoas que apresentam distúrbios mentais. Conta com uma equipe multiprofissional, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Atende a todas as faixas etárias em situação de emergência psiquiátrica e tem como objetivo prestar atendimento aos pacientes com transtorno mental que estejam em crise para que sejam avaliados e encaminhados ao tratamento mais adequado (BRASIL, 2004b).

O Hospital Psiquiátrico é um serviço de internação às pessoas com transtornos mentais graves e tem como função dar suporte no atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pacientes em crise ou com sintomas psíquicos. Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a portaria 2.629/09 pela qual adota medidas com vistas a estimular a qualificação dos leitos psiquiátricos. Tal medida compõe o Plano Emergencial para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no SUS – procedimentos em saúde mental, em que se estabelecem vagas de leitos hospitalares para a internação de dependentes químicos (BRASIL, 2011c).

As Comunidades Terapêuticas (CT) são serviços assistenciais, em regime de residência em comunidade, criadas nos EUA a partir da década de 1950 como alternativa ao modelo hospitalar para o tratamento de transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência do álcool, concomitantemente ao surgimento dos grupos de autoajuda como o dos Alcoólicos Anônimos, estendendo-se mais para o tratamento de transtornos mentais decorrentes de outras drogas e até mesmo para alguns dos transtornos mentais não decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2011b).

O município de Maringá possui atualmente sete CT em funcionamento onde 180 pessoas recebem tratamento, com duração de três a nove meses. Suas terapias envolvem atividades esportivas, lúdicas, espirituais e laborais e contam com uma equipe multiprofissional, constituída por agentes de ação social, assistentes sociais, psicólogos, instrutores de música, informática, professor de

educação física, pedagoga, médico psiquiatra, enfermeiro, nutricionistas e coordenadores gerais.

Dentre as CT, escolheu-se, para a realização deste estudo, o Centro de Recuperação Casa do Oleiro (Cercos) e a Associação Beneficente Casa de Nazaré. Ambas as instituições são entidades não governamentais, com área de abrangência inicialmente definida para a região de Maringá, mas que atende também a indivíduos de outras regiões.

A CT Cercos foi fundada em 1998 pela pastora senhora Áurea Nazaré de Souza, que já desenvolvia atividades de apoio espiritual e social de modo informal desde 1980. A instituição possui capacidade para 40 residentes, atendendo exclusivamente em regime de residência a usuários de drogas do sexo masculino, com idades iguais ou superiores a 18 e 35 anos e que solicitem voluntariamente a reabilitação. A CT caracteriza-se por ser um modelo de serviço centrado na abstinência de drogas e tem como metas e objetivos a divulgação da palavra cristã, superação e controle de substâncias psicoativas, reinserção social, realização de projetos institucionais que envolvem as áreas de assistência social, educação, psicologia, trabalho e apoio espiritual, visando ao resgate da cidadania e à busca por objetivos e metas pessoais.

A CT Associação Beneficente Casa de Nazaré, fundada em 1998, graças aos segmentos católicos no Brasil pela senhora Maria Concetta Filizzola, possui capacidade para 40 residentes, atendendo exclusivamente, em regime de residência, a usuárias de drogas do sexo feminino a partir dos 16 anos, inclusive gestantes. A CT caracteriza-se por ser um modelo de serviço centrado na abstinência de drogas e tem como metas e objetivos proporcionar tratamento, visando assistir e aplicar metodologias de tratamento visando mudança de comportamento de usuárias de drogas e dar atendimento aos casos de gravidez precoce sejam dependentes ou não, trabalhando a autoestima, reintegração familiar e responsabilidade materna em situação de risco moral e social.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram pessoas internadas nas CTs que se encontravam em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, por decorrência do uso de drogas. A opção por acessar os usuários da CT deu-se pelo fato de que nesse ambiente de tratamento eles estão abstinente ao uso de drogas e estão internados voluntariamente para tratamento no serviço de reabilitação. Dessa forma, seria possível identificar as motivações mencionadas por eles para descontinuidade do uso de drogas, bem como de estabelecer maior facilidade à abordagem e criação de vínculo da pesquisadora e participantes do estudo.

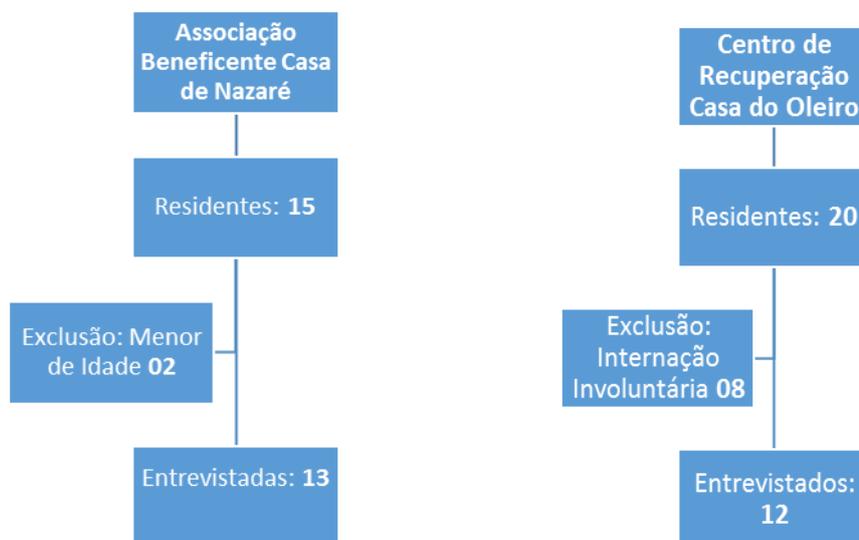
Para a seleção dos participantes, a pesquisadora inicialmente solicitou com a equipe das CT os registros individuais dos seus residentes. Sendo assim, adotou-se como critério de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, estar em tratamento nas CT, referir internação voluntária, não apresentar problemas secundários de saúde que impossibilitassem a realização da entrevista assim como na comunicação verbal e mental.

Nesta perspectiva, leva-se em conta que a validade do indicante de sujeitos está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões, pois na busca qualitativa o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo a ser investigado (BARDIN, 2011).

Foram realizadas entrevistas com todos os residentes que se enquadravam nos critérios de inclusão, o que totalizou 25 entrevistas, sendo 13 residentes da Associação Beneficente Casa de Nazaré e 12 residentes do Cerco. Foram excluídos da CT feminina duas residentes por serem menor de idade e oito da CT masculina por estarem em tratamento por ordem judicial, o que se considerou ser uma internação compulsória.

Para melhor visualização, a distribuição e seleção final geral dos entrevistados por CT estão dispostas no organograma, Figura 2.

Figura 2 – Participantes da pesquisa, segundo distribuição por Comunidade Terapêutica, Maringá, 2015.



### 3.4 PRODUÇÃO DE DADOS

A coleta de dados foi constituída por Análise Documental dos registros individuais dos residentes em tratamento nas CT, por meio da Entrevista Semiestruturada (APÊNDICE A) e Observação não participante com posterior elaboração dos Diários de Campo (APÊNDICE B).

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa e consistem em identificar informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse, referentes ao agravo pesquisado. O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social e favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008; SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

A entrevista é o procedimento mais usual de trabalho de campo e, também, uma forma de interação social, na qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, ou seja, uma forma de diálogo, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Desse modo, a entrevista semiestruturada desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados, que geralmente são em grande número, considerando-se ainda que esse tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura que os pressupostos objetivados sejam realizados, representando a realidade dos sujeitos estudados (MINAYO, 2010).

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também o estabelecimento de uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa (MINAYO, 2010).

Para tanto, foi realizada uma aproximação inicial com os prováveis participantes, mediante a indicação de um profissional de saúde, que atestou a aptidão do usuário em responder à entrevista. Na CT Casa de Nazaré o profissional em questão foi o psicólogo e no Cerco foi o terapeuta ocupacional. Foram solicitadas as instituições um local reservado para se realizar as entrevistas com os usuários, sendo disponibilizadas as salas onde são feitas as análises e triagem dos residentes. Sendo assim, com o aceite dos residentes em participar do estudo, a pesquisadora conversou com o residente e forneceu os esclarecimentos necessários, relacionados aos motivos e aos aspectos éticos referentes ao estudo.

Após estes esclarecidos e respeitando-se a autonomia do usuário em participar da pesquisa, foi solicitada a sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE C) sendo que uma ficou em posse do usuário e a outra, com a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas individualmente e ocorreram em um único encontro com cada participante. Para tanto, foi gravada em sua totalidade em mídia digital com permissão. O roteiro da entrevista foi composto por quatro blocos: o primeiro, pela caracterização socioeconômica e demográfica composto por 12 questões fechadas: sexo, idade, cor, estado civil, filhos, escolaridade, cidade onde reside, profissão, renda familiar e religião; o segundo, com os dados sobre a internação (composto por três questões abertas, que abordam: motivos da internação nas CT, tempo de internação, fase do tratamento, tratamento de saúde realizado e se apresenta alguma patologia); o terceiro, pelos dados sobre

padrão de consumo de drogas de abuso (quatro questões abertas sobre droga de abuso utilizadas, idade de início do uso de drogas, antecedentes familiares de uso de drogas de abuso e internações anteriores por uso de drogas de abuso); e, finalmente, as **questões norteadoras**: “Conte-me quais foram os motivos que o levaram ao uso de drogas/Quais os motivos para o tratamento em Comunidade Terapêutica/Quais foram às pessoas ou grupos que te apoiaram no processo de enfrentamento e libertação do vício das drogas?” A formulação dessas questões permite que o pesquisador se aproxime da fala daquele que vivencia a situação analisada. Utiliza-se da interrogação, iniciando aí uma trajetória que caminha em direção ao objeto de estudo (SALES et al., 2011).

Ao final de cada entrevista, foram registrados no Diário de Campo as impressões, observações e dados inerentes à pesquisa sob a ótica da pesquisadora. A observação não participante, caracterizada neste estudo pelo diário de campo, permite ao investigador anotar todas as informações que não sejam registros das entrevistas formais e deve conter observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos e expressões que sejam relevantes ao tema da pesquisa (MINAYO, 2010).

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas integralmente para o software Microsoft Office Word 10,0, respeitando-se os sentidos das falas.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas passaram por processo analítico e descritivo a partir do referencial de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Esse método consiste em se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Permite ainda analisar informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (BARDIN, 2011).

Na prática, a Análise de Conteúdo é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento do material obtido e interpretação (BARDIN, 2011). Fases: **pré-análise**, correspondente à organização propriamente dita e tem os objetivos de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, foram realizadas leituras minuciosas das falas a fim de se levantar os pontos relevantes para o objetivo do estudo; **exploração do material**, que consiste na administração sistemática das decisões tomadas, seja por codificação, desconto ou enumeração, ou seja, procedeu-se à codificação dos dados, processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades; e, **tratamento dos resultados**, cujo objetivo é o estabelecimento de relações entre a realidade que é vivenciada com a intuição e reflexão, aprofundando-se conexões de idéias e formulando-se propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais, foi realizada a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com o posterior reagrupamento em função de características comuns (BARDIN, 2011).

### 3.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos da investigação com seres humanos, conforme os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). A pesquisa foi encaminhada para apreciação do CERCO e Associação Beneficente Casa de Nazaré, e, após autorização, para o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprovada sob parecer nº 910.552.

Os sujeitos participaram da pesquisa somente após leitura e assinatura do TCLE em duas vias. Nessa perspectiva, a fim de se assegurar o anonimato e garantir a confidencialidade das informações dos participantes e não os nomear

de forma genérica (entrevista 1, entrevista 2...), optou-se por utilizar pseudônimos de sentimentos.

Considerando-se que usuários de drogas se inserem na categoria de indivíduos particularmente vulneráveis, sob a perspectiva da sociedade e das normas éticas para pesquisa, estudos com essa população pressupõem maior cuidado para a garantia da preservação de **privacidade** e **anonimato**. Além do TCLE, que funcionou como um mecanismo de proteção dos interesses e direitos dos participantes da pesquisa (ROGERS; BALLANTYNE, 2008).

A participação dos residentes foi totalmente **voluntária**, podendo eles recusar-se a participar do estudo, deixar de responder às perguntas que porventura lhe causassem constrangimento ou desconforto, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isso acarretasse qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações foram utilizadas somente para os fins desta pesquisa e foram tratadas com o mais absoluto **sigilo** e **confidencialidade**, de modo a preservar a identidade dos participantes. Os registros gravados em mídia digital e transcritos na íntegra serão arquivados por cinco anos, conforme Lei dos Direitos Autorais, 9610/98. Após esse prazo, os mesmos serão descartados.

Por tratar-se de entrevista que envolve o relato de vivência, poderiam ocorrer **riscos**, ou seja, possíveis desconfortos durante a realização das mesmas e, nesse caso, o participante pode suspender as respostas imediatamente e voltar a fazê-lo assim que considerar viável. Não foram previstos **benefícios** diretos e imediatos aos participantes, contudo, o retorno dos benefícios do estudo à instituição se dará pela apresentação dos resultados e sugestões emanadas desta investigação ao Centro de Recuperação Casa do Oleiro e Associação Beneficente Casa de Nazaré. Acredita-se que este estudo possa contribuir para o levantamento das necessidades e compreensão do uso de drogas e para a construção de estratégias que mantenha os usuários de drogas em tratamento na condição de abstinentes.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 DESCREVENDO MEU ENCONTRO COM OS DEPOENTES DO ESTUDO

#### 4.1.1 Apresentando os depoentes do estudo

Antes de discorrer sobre as apresentações e meu encontro com os participantes desta pesquisa, esclareço que, para preservar o anonimato dos mesmos, utilizei pseudônimos de **sentimentos**. Estes foram escolhidos para caracterizar cada depoente selecionados mediante leitura das entrevistas e por meio das percepções acolhidas por mim e registradas no diário de campo.

O sentimento é um termo designado para determinar uma disposição mental, percebida de uma pessoa para a outra ou para algo. Nesta concepção, o sentimento é uma decisão que alguém toma em sua mente, alma ou espírito a respeito de outrem. Por esse conceito, toda e qualquer palavra que denota emoções, quando usada, pode ser classificada como sentimento, adotei, como exemplos, amor, ódio, alegria, tristeza, entre outros (MASLOW, 1970).

E, dessa forma, fui ao encontro dos participantes do estudo para que eles relatassem seus anseios, suas experiências vivenciadas no decorrer da trajetória de vida. Assim, o evento investigado e as falas obtidas foram importantes para a construção desta pesquisa, oportunizando-me adentrar na experiência pessoal de cada um deles. Além disto, propiciou-me uma riqueza de saberes e vivências e auxiliando no processo (des)construção de valores e pela oportunidade em permitir que eu conhecesse suas realidades, que são dotadas de sentidos e significados únicos.

Seguindo esse pensar, numa tarde de terça-feira realizei minhas primeiras entrevistas. Nesse encontro foi possível realizar duas entrevistas. A primeira foi **Vontade**, 50 anos, mãe de três filhos, separada e trabalhava como técnica de enfermagem. Estava em reabilitação havia nove meses, ex-usuária de crack e

álcool, abusou de drogas durante três anos, ficou internada três vezes em hospital psiquiátrico. Aproximou-se em minha direção muito sorridente, comunicativa e feliz, relatou que receberia alta na semana seguinte e, assim, poderia encontrar sua maior motivação para interromper drogas. No transcorrer da entrevista, estava emotiva e envaidecida por chegar ao final do tratamento, com a fala embargada pelo choro, em alguns momentos conteve lágrimas. Suas expectativas após conclusão do tratamento eram muitas, destacou o retorno ao convívio familiar, o encontro com a família, amigos e especialmente com o filho, que também era seu principal motivo para sorrir e a força para não desistir.

Ainda nessa tarde foi possível realizar a segunda entrevista, a **Angústia** com 36 anos, mãe de três filhos, separada. Encontrava-se desempregada e morando em situação de rua. Em reabilitação há oito meses, ex-usuária de maconha, álcool e crack durante 23 anos. Esteve internada no hospital psiquiátrico diversas vezes, não soube quantificar. Veio ao meu encontro, muito tímida, no início estava receosa em relatar fatos de sua vida, disse-me que não possuía fatos felizes para me contar, que sua trajetória até a chegada à CT lhe causava vergonha, tristeza e lembranças angustiantes. Desse modo, conversamos sobre as atualidades do momento e em algumas ocasiões fui introduzindo os questionamentos constantes na pesquisa, por um momento ela deixou de lado a timidez e adentrou em suas vivências com muita emoção. Encerrou a sua fala, relatando seu forte anseio por mudança pessoal e o vínculo com seu filho.

Na segunda visita à CT, fui realizar as entrevistas, no período da tarde. O dia estava chuvoso, as residentes estavam todas dentro da CT realizando atividades alternadas. Nesse dia, elas estariam realizando atividades físicas, mas pelas condições climáticas, estavam realizando atividade em grupo. Dessa forma, foi possível realizar quatro entrevistas.

A terceira participante foi **Saudade**, 28 anos, mãe de dois filhos, solteira, trabalhava como auxiliar de dentista. Estava em reabilitação havia seis meses, já esteve internada no hospital psiquiátrico e clínica de reabilitação uma vez, respectivamente, no entanto não concluiu o tratamento em ambos, utilizou crack, cocaína e álcool durante dez anos. Iniciou seu relato, enfatizando suas perdas materiais, amorosas e a perda ainda latente, que foi a morte de sua mãe.

Saudade (negrito) possuía voz mansa, olhar fixo e encharcado, revelou momentos de “rebeldia” na chegada à CT. Referia ter aprendido muito com as atividades de laborterapia e, assim, conseguiu manter-se no tratamento. Sentia saudades de casa, mas reconhecia a importância de concluir as etapas da internação para sua saída efetiva da CT. Sentia-se escolhida por Deus para sair do mundo das drogas e, por isso, não poderia desistir daquela nova oportunidade que a vida lhe proporcionara.

A quarta, **Vergonha**, viúva, 33 anos, com uma filha, sempre cuidou dos afazeres do lar. Esteve internada por oito vezes em CTs e hospital psiquiátrico, no entanto as internações foram involuntárias, dessa forma, não apresentou nenhuma conclusão de tratamento. Iniciou o uso do crack e álcool muito jovem, aos 12 anos, e logo se viu grávida e em situação de rua, passou fome, frio, humilhação e expôs seu filho à vulnerabilidade das drogas. Relatou que viveu muitos anos fazendo uso diário de drogas e dessa forma apresentou dano neurológico, o que comprometeu sua fala e raciocínio. No momento, estava internada havia seis meses na CT, sua maior alegria era poder receber sua filha nos dias de visita, ficou muito feliz por eu estar ali e por disponibilizar um tempo para conversar com ela. Gostaria de retomar sua profissão e reaver a guarda de sua filha e assim reconstruir sua família.

A quinta, **Preocupação**, 38 anos, três filhos, separada, trabalhava como cortadora de cana, utilizou drogas por 28 anos, esteve internada uma vez no hospital psiquiátrico sem conclusão do tratamento. Encontrava-se no sétimo mês de internação. Mulher forte, guerreira, falava da vida com tranquilidade e entusiasmo e do sofrimento e dificuldades encontrados pelo caminho para educar e ensinar seus filhos sem o auxílio de um companheiro. Relatou receber total apoio de seus filhos e mantém seu coração e mente voltada para o bem-estar deles.

Antes de iniciar minha última entrevista do dia, a coordenadora do local me convidou para um café e, assim, pude estabelecer um momento de descontração com as residentes. Foi um momento especial no qual tive a oportunidade de realizar uma aproximação com aquelas que ainda não havia entrevistado e um momento de selar vínculo com aquelas já haviam compartilhado momentos de sua vida comigo.

Assim, a sexta participante foi **Desafio**, 29 anos, separada, não tinha filhos, estava internada havia quatro meses, utilizou drogas durante 15 anos. Menina moça, cheia de sonhos, formada em educação física, levava uma vida muito desregrada, frequentava festas, com bebidas e drogas ilícitas. Não pensava no amanhã e foi assim que iniciou nas drogas: maconha, cocaína, bala e álcool. Certo dia, durante uma entrevista de emprego e conversa com a psicóloga, começou uma reflexão pessoal e questionou a si mesma, o que ela estava fazendo com sua vida, foi esse o estopim entre a aceitação e busca pelo tratamento. Para promover as mudanças em sua vida, enfrentou a negação familiar e o pouco incentivo de amigos.

O terceiro encontro ocorreu em uma manhã de sábado, dia anterior ao recebimento das visitas, ao chegar, notei que algumas estavam realizando o autocuidado, escovando os cabelos, pintando as unhas, e outras estavam bordando ou fazendo crochê. Ao me aproximar, foi possível identificar um sentimento de ansiedade presente entre elas, algumas receberiam a primeira visita da família e não suportavam mais as saudades. Nesse encontro foi possível realizar mais quatro entrevistas.

A sétima, **Paixão**, 34 anos, mãe de dois filhos, solteira, trabalhava como auxiliar de ortodontia, estava internada havia três meses, utilizou crack e maconha durante dez anos. Voz delicada, sorriso sutil, cheia de expectativas com o começo e fim do tratamento. Sua história de abuso de drogas está atrelada a uma história de amor, sua iniciação ocorreu por uma paixão platônica por um dentista. O mesmo utilizava drogas e como forma de aproximação ela começou o uso delas, no entanto seu amor não foi correspondido, levando-a a uma desilusão amorosa. Em pouco tempo de uso, perdeu seu emprego, vendeu bens materiais, viveu em situação de rua e por fim engravidou duas vezes sem conhecer a paternidade de suas filhas. Tinha metas, dentre elas, destacou: reconquistar a guarda de suas filhas, conseguir um novo emprego e acima de tudo restaurar seu valor na sociedade.

**Tristeza**, a oitava, 54 anos, solteira, mãe de um filho, trabalhava como doméstica, era dependente de bebida alcoólica a qual teve início aos 14 anos por incentivo do pai. Não esteve internada anteriormente para tratamento, estava no segundo mês de internação na CT. Tinha olhos tristes, referia saudades do filho

ainda adolescente, da vida e da casa que muito longe ficou. Estava muito insegura com seu tratamento, pois sua adaptação não estava sendo como esperava, não construíra laços afetivos com as outras residentes, não gostava das atividades propostas pela CT. Encerrou sua fala, com os olhos marejados e pedindo a Deus forças para não desistir de reconstruir sua vida.

A nona, **Ansiedade**, 45 anos, mãe de uma filha, divorciada, psicopedagoga, viciada em drogas havia quatro anos, estava em tratamento havia um mês, não esteve internada anteriormente. Sabia utilizar as palavras, declarou alguns versos no decorrer, da entrevista. Atribuiu o início do abuso em bebida alcoólica por não suportar a morte da mãe, sua vida econômica e social era estável e sofreu consequências dolorosas, por seu abuso. Relatou estar internada para se (re)significar e diminuir seu quadro de ansiedade.

A décima, **Amor** tinha 35 anos, mãe de um filho, professora, casada, iniciou uso de cocaína aos 34 anos por não suportar a monotonia em que sua vida se encontrava, estava internada havia 15 dias. Apresentava transtornos psiquiátricos e fazia associação entre uso de medicamentos e abuso de drogas, interação essa que a tornava sonolenta, confusa, pouco comunicativa e com dificuldades de sociabilidade. Sua internação foi motivada por solicitação do marido e filho, reconhecia a importância de sua internação e estava motivada a concluir o tratamento, por amor aos seus que eram também as pessoas mais importantes de sua vida.

A décima primeira, **Liberdade**, 28 anos, mãe de um filho, solteira, trabalhava como auxiliar de transporte escolar iniciou uso das drogas aos 14 anos por incentivo materno, não possuía internações precedentes, estava internada na CT havia seis meses. Estava sentindo-se excluída do convívio familiar, terminou relacionamentos, apresentou brigas familiares e afastamento do filho, estava extremamente motivada à conclusão e manutenção do quadro de liberdade das drogas. Seu maior desejo era retomar sua vida e retornar para sua casa para reencontrar com o filho.

A terceira visita à CT ocorreu numa tarde de sexta-feira, ao chegar, sabia que aquele seria meu último encontro com as participantes da pesquisa. Naquela tarde, antes de dar início as entrevistas, tive o privilégio de acompanhar uma residente que estava recebendo alta por conclusão de tratamento. Foi um

momento especial. Para ela, era um misto de ansiedade, medo, alegria e sensação de dever cumprido. Sua família estava toda lá, ao se encontrarem, um forte abraço e muitas lágrimas contagiaram todos. Também me despedi, tive o prazer de escutar seus relatos na minha segunda visita à CT.

Assim, mediante a alegria e energia que cercavam a CT, com a vitória de uma de suas residentes, realizei minhas últimas entrevistas. A décima segunda entrevistada foi **Esperança**, 18 anos, não tinha filhos, desempregada, solteira, não teve outras internações. Doce menina, muito tímida, relatou início do uso do álcool como forma de se sociabilizar, as drogas trouxeram consequências para sua vida, brigas familiares, viveu em situação de rua, teve alguns abortos que quase lhe tiraram a vida, no entanto, possuía muitas esperanças e aspiração por um futuro promissor.

A décima terceira, **Felicidade**, 33 anos, cinco filhos, solteira, aposentada, possuía uma internação antecedente, iniciou uso da maconha e bebida alcoólica aos nove anos após episódio de estupro. Possuía uma alegria contagiante, muito sorridente e confiante, durante o período de abuso de drogas encontrou muitas dificuldades, sofreu humilhação, abandono familiar, perdeu a guarda de seus filhos, acentuou problemas neurológicos prévios, por alguns momentos, durante a entrevista, seus olhos ficaram marejados, e seus pensamentos fugiam. Respeito, confiança e amor de seus filhos eram suas principais aspirações, almejava uma vida tranquila e com muita felicidade.

A despedida com as participantes da pesquisa ocorreu em meio a um café da tarde, expressei meus sinceros agradecimentos por me permitirem adentrar em seus relatos e desse modo dei início à realização das entrevistas na CT masculina.

Meus encontros na CT masculina ocorreriam em sábados alternados, por meio de quatro encontros, a CT estava situada em um sítio, com muitas árvores, flores e muitos pássaros. Meu primeiro encontro foi em um sábado ensolarado, no mês de janeiro, nessa visita foi possível realizar quatro entrevistas.

O décimo quarto, **Carisma**, 25 anos, solteiro, pai de três filhos, trabalhava como pedreiro, ex-usuário de cocaína e bebida alcoólica, fazia uso desde os 17 anos, estava em tratamento na CT havia três meses, já esteve internado anteriormente em outras CTs, mas não conseguiu concluir o tratamento. Carisma

veio ao meu encontro, muito sorridente, de imediato relatou estar muito feliz por poder participar da minha pesquisa. Iniciou seus relatos falando sobre seus filhos, que eram também sua maior fonte de energia para continuidade do tratamento, seus relatos estavam rodeados por determinação e entusiasmo. Estava muito feliz por estar havia tanto tempo internado e sentir-se bem. Ali ele fez novos amigos, estava aprendendo a desenvolver outras atividades, o que lhe dava ainda mais alento para prosseguir com seu tratamento.

O décimo quinto, **Coragem**, 38 anos, solteiro, trabalhava como pedreiro, ex-usuário de bebida alcoólica, utilizou de forma abusiva por 20 anos, não possuía internações anteriores, estava havia 15 dias na CT. Relatou que teve uma vida de perdas, as drogas não acrescentaram nada em sua vida, chegou ao fundo do poço, não trabalhava mais, não conseguia construir ou manter vínculos afetivos e bens materiais. Sua decisão para internação foi solitária, seus familiares só foram avisados após sua internação. Relatou estar muito ansioso, mas colocou nas mãos de Deus os próximos passos que daria em sua vida.

O décimo sexto, **Otimismo**, 30 anos, casado, pai de um filho, trabalhava como pedreiro, ex-usuário de maconha, crack e bebida alcoólica, o início do abuso foi aos 25 anos, não possuía internações precedentes. Tinha fala tranquila e caminhar despreocupado, veio ao meu encontro de forma tênue e disposto a contribuir com minha pesquisa por meio de seus relatos. Durante o período de abuso de drogas, separou-se da sua esposa, vendeu sua casa e os bens materiais e foi morar na rua. Envolveu-se com a marginalidade e, após, quase a perda de sua vida decidiu procurar sua esposa e pedir ajuda para libertação do vício.

Antes de realizar minha última entrevista do dia, **Carisma** veio ao meu encontro e mostrou-me as atividades manuais que ele e outros residentes haviam confeccionado e novamente reforçou a importância da sua reclusão como auxílio para a permanência do quadro de abstinência e libertação das drogas.

O décimo sétimo, **Perseverança**, que tinha 28 anos, solteiro, trabalhava como auxiliar de serviços gerais, ex-usuário de crack, cocaína, maconha, LSD e bebida alcoólica, iniciou abuso aos 15 anos, já teve três internações, porém sem conclusão de tratamento. Segue no segundo mês de internação na CT. Foi enfático em seus discursos e não poupou elogios ao tratamento que vinha recebendo, acreditava estar ganhando uma nova oportunidade divina para

recomeçar a sua vida. Passou por situações dolorosas durante o período de uso, envolveu-se com más companhias, morou em situação de rua, pediu esmolas. Exausto dessa situação, pediu ajuda para sua família para tentar um novo recomeço.

A segunda visita à CT ocorreu em um sábado nublado, ao chegar encontrei os residentes tocando violão e cantando hinos religiosos no jardim, por um momento me sentei em um dos bancos e aguardei. Após ouvir três ou quatro hinos, um deles interrompeu o canto e veio ao meu encontro, pois já sabia que eu estava ali para continuidade das minhas entrevistas, assim quatro deles levantaram-se e se dispuseram a conversar comigo. Individualmente, iniciamos as entrevistas.

O décimo oitavo, **Aceitação**, 25 anos, solteiro, trabalhava como servente de pedreiro iniciou o abuso de maconha, cocaína e bebida alcoólica aos 17 anos, estava internado havia uma semana e não possuía internações anteriores. Relatou ter sido criado em situação de rua, por isso teve envolvimento com o mundo das drogas precocemente, durante o período de abuso, envolveu-se com criminalidade, passou fome, pediu esmola, foi humilhado e sentia muita vergonha. Durante alguns dias, começou a refletir sobre sua situação e, em meio a tantas dificuldades, começou um processo de reflexão e aceitou seu vício como um problema e recorreu à CT para cessar o abuso. Estava orgulhoso pelo passo tomado, encontrava-se com muitas expectativas para sua saída da CT.

O décimo nono, **Conquista**, 34 anos, solteiro, trabalhava como operador de máquina injetora, ex-usuário de maconha, cocaína e bebida alcoólica, iniciou abuso das drogas aos 21 anos, não possuía internações anteriores, encontrava-se internado havia nove meses. Era muito sorridente e alegre, relatou com muito desprendimento como foi sua trajetória para chegar à CT e sua permanência ali durante nove meses. Relembrar suas vivências o fez chorar, sua internação promoveu momentos de muita alegria, pedidos de desculpas, crescimento pessoal, reinserção e convívio em grupo e principalmente o encontro consigo mesmo. Tinha muitos receios, mais estava decidido a construir um novo caminho para sua vida.

O vigésimo entrevistado, **Paciência**, 38 anos, pai de dois filhos, trabalhava como operador de máquina injetora, ex-usuário de maconha, cocaína, crack e bebida alcoólica, iniciou o abuso de drogas aos 23 anos, não possuía antecedentes de tratamento. Estava internado havia seis meses, chegou a CT,

sem esperança, doente e extremamente envergonhado com sua situação. Morou em situação de rua por oito anos, não aceitava ajuda da família e aos poucos foi perdendo o contato com seus familiares e especialmente com suas filhas. Tinha a voz calma e olhos tranquilos, sempre dispostos a conversar e aconselhar os recém-chegados à comunidade. Após conclusão do tratamento, almejava estudar e auxiliar na busca por usuários de drogas para tratamento em CTs.

A última e vigésima primeira entrevista, **Carinho**, 28 anos, solteiro, tinha uma filha, trabalhava como auxiliar geral começou o abuso de maconha, crack e bebida alcoólica aos 13 anos. Estava internado havia sete meses. Ao iniciar seu relato, mostrou-me uma imagem de sua filha e fez questão de enfatizar que era por ela que se encontrava internado. Relatou possuir apoio de todos da sua família, na CT aprendeu a fazer crochê e alguns artesanatos, sempre que possível enviava alguns para sua filha. Estava muito emocionado e grato com o cuidado que recebera das pessoas que ele havia magoado pelo abuso das drogas, mas estava certo de que poderia de alguma forma retribuir todo esse apoio em poucos meses da sua saída. E, assim, concluí mais um ciclo de entrevistas.

A terceira e última visita à CT masculina ocorreu em uma sexta-feira à tarde, nesse encontro alguns residentes estavam jogando bola em um campo, outros conversavam na extensa varanda e escutavam hinos. Para esse encontro foram agendadas também outras quatro entrevistas.

O vigésimo segundo participante veio ao meu encontro com muito entusiasmo, fala rápida, estava escutando hino com outros residentes, recitou alguns versos bíblicos, fez uma reflexão e, após, sorriu. **Determinação** tinha 25 anos, solteiro, trabalhava como servente de pedreiro utilizava cocaína havia cinco anos, não possuía internações prévias, estava internado havia três meses. Em seus discursos, ficou evidente que sua negação ao vício das drogas foi o fator determinante para as consequências dolorosas, causadas pelo abuso de drogas em sua vida. Só após a identificação pessoal dos seus problemas conseguiu buscar auxílio para a descontinuidade do uso das drogas.

O vigésimo terceiro participante, **Simpatia**, veio ao meu encontro muito comunicativo, cabelo desarrumado, camisa levemente amarrotada, pedindo desculpas por sua apresentação. Estava com 39 anos, era solteiro, com dois filhos, trabalhava como comerciante, era usuário de maconha, cocaína, crack,

drogas sintéticas e bebida alcoólica, iniciou o abuso de drogas ainda muito jovem aos 16 anos, já estivera internado dez vezes entre hospital psiquiátrico e clínica de reabilitação, fez questão de relatar que suas internações anteriores não possuíam motivação pessoal e sim familiar, por isso fugiu de todos esses locais, encontrava-se internado na CT havia cinco meses, sentia-se em casa, auxiliava nos afazeres, bom envolvimento nas atividades de laborterapia. Suas expectativas com a saída era retomar sua aliança com seus pais, auxiliar no cuidado de suas filhas e tornar-se um bom exemplo para a sociedade.

O vigésimo terceiro participante, Indecisão chegou até mim, com muitos questionamentos sobre minha percepção de cuidado aos usuários de drogas, pois ele gostaria de saber como eu me posicionava frente a essas situações, conversamos por algum tempo e, após, iniciamos a execução da minha pesquisa.

Tinha 28 anos, solteiro, trabalhava como azulejista, fez uso de maconha, cocaína e crack durante 11 anos, esteve internado por duas vezes. No momento estava internado havia três meses. Sua internação na CT estava vinculada a situações de sofrimento intenso vivido, com as drogas só obteve perdas, sofreu abandono familiar, exclusão de amigos, morou na rua e mendigou. Após dois meses internado tomou a decisão de comunicar seus pais de sua determinação em buscar ajuda. Seus familiares o apoiaram e para ele esse apoio vinha dando maior força e mais vontade em continuar longe das drogas.

O último entrevistado, **Piedade** foi meu último tinha 34 anos, amasiado, três filhos, trabalhava como azulejista, começou o abuso de drogas (maconha, cocaína, crack, bebida alcoólica) aos 15 anos, ficou internado em CT anteriormente, logo após a iniciação. Estava internado havia dois meses, expunha suas vivências com muita profundidade, seus relatos eram ricos em detalhes e sentimentos, sua busca por ajuda foi individual, já que se encontrava em situação de rua, com pouco contato com a família e diante da morte. Diante dessa situação teve compaixão por si próprio e veio sozinho até a CT solicitar ajuda e desde então vem seguindo o tratamento. Ao final do encontro, procederam-se os agradecimentos e despedidas.

Para melhor compreensão dos aspectos socioodemográficos da população investigada, seguem as Tabelas 2 e 3 com a caracterização dos participantes desta pesquisa.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e de internação dos depoentes da comunidade terapêutica feminina, Maringá, 2015.

Sexo	Pseudônimo	Idade	Cor	Estado Civil	Filhos	Escolaridade	Profissão	Renda	Religião	Fase do Tratamento	Problemas de Saúde	Idade de Início	Drogas Utilizadas	Internações Precedentes	Término Tratamento
Feminino	Vontade	50	Parda	Separada	3	Ensino médio completo	Técnica em enfermagem	2.500	Católica	9 meses	Não	47	Álcool, crack	1	Não
Feminino	Angústia	36	Branca	Separada	3	Ensino médio completo	Situação de rua	0	Católica	8 meses	Não	13	Álcool, crack, maconha	4	Não
Feminino	Saudades	28	Branca	Solteira	2	Ensino médio incompleto	Auxiliar de dentista	3.000	Católica	6 meses	Cirrose hepática	18	Álcool, cocaína, crack	2	Não
Feminino	Vergonha	33	Branca	Viúva	1	Ensino médio incompleto	Do lar	1.000	Ateu	6 meses	Não	12	Álcool, crack	8	Não
Feminino	Preocupação	38	Branca	Separada	3	Não sabe ler e escrever	Cortadora de cana	750	Católica	7 meses	Vesícula	10	Álcool	1	Não
Feminino	Desafio	29	Branca	Separada	Não	Ensino superior	Professora	3.000	Católica	4 meses	Não	14	Álcool, maconha, cocaína, bala	6	Sim
Feminino	Paixão	34	Branca	Solteira	2	Ensino médio completo	Auxiliar de dentista	1.000	Evangélica	3 meses	Não	24	Crack	1	Não
Feminino	Tristeza	54	Negra	Solteira	1	Ensino fundamental incompleto	Doméstica	750	Católica	2 meses	Hipertensão	14	Álcool	Não	Não
Feminino	Ansiedade	45	Branca	Divorciada	1	Pós-graduação	Professora	4.000	Espírita	1 mês	Não	42	Álcool	Não	Não
Feminino	Amor	35	Branca	Casada	1	Ensino superior	Professora	3.000	Católica	15 dias	Não	18	Cocaína	Não	Não
Feminino	Liberdade	28	Branca	Solteira	1	Ensino fundamental incompleto	Transporte escolar	5.000	Católica	6 meses	Não	14	Álcool	Não	Não
Feminino	Esperança	18	Branca	Solteira	Não	Ensino médio completo	Auxiliar de serviços gerais	1.800	Evangélica	15 dias	Não	14	Maconha, lança-perfume	Não	Não
Feminino	Felicidade	33	Negra	Solteira	5	Ensino médio completo	Aposentada	750	Evangélica	3 dias	Epilepsia	9	Álcool, maconha	1	Sim

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e de internação dos depoentes da comunidade terapêutica masculina, Maringá, 2015.

Sexo	Pseudônimo	Idade	Cor	Estado Civil	Filhos	Escolaridade	Profissão	Renda	Religião	Fase do Tratamento	Problemas de Saúde	Idade de Início	Drogas Utilizadas	Internações Precedentes	Término do Tratamento
Masculino	Carisma	25	Branco	Solteiro	3	Ensino médio incompleto	Pedreiro	1.800	Evangélico	3 meses	Não	17	Álcool, cocaína	1	Não
Masculino	Coragem	38	Branco	Casado	Não	Não sabe ler e escrever	Auxiliar serviços gerais	754	Evangélico	15 dias	Não	18	Álcool	Não	Não
Masculino	Otimismo	30	Branco	Casado	1	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar serviços gerais	1.200	Evangélico	9 dias	Não	25	Crack, maconha, cocaína, álcool	2	1
Masculino	Perseverança	28	Branco	Solteiro	Não	Ensino fundamental completo	Servente de pedreiro	3.000	Evangélico	2 meses	Não	15	Crack, maconha, cocaína, álcool, LSD	3	Não
Masculino	Aceitação	25	Branco	Solteiro	Não	Ensino fundamental incompleto	Servente de pedreiro	3.000	Evangélico	1 semana	Não	17	Álcool, maconha, cocaína	1	Não
Masculino	Conquista	34	Branco	Solteiro	Não	Ensino médio completo	Operador de máquina injetora	800	Evangélico	9 meses	Não	21	Álcool, maconha, cocaína	Não	Não
Masculino	Paciência	38	Branco	Solteiro	2	Ensino fundamental completo	Operador de máquina injetora	1.200	Evangélico	6 meses	Não	23	Álcool, maconha, cocaína	Não	Não
Masculino	Carinho	28	Negro	Solteiro	1	Ensino fundamental incompleto	Auxiliar de serviços gerais	2.000	Evangélico	7 meses	Não	13	Álcool, maconha, crack	5	1
Masculino	Determinação	25	Negro	Solteiro	Não	Ensino médio completo	Servente de pedreiro	4.000	Evangélico	3 meses	Não	20	Cocaína	1	Não
Masculino	Simpatia	39	Branco	Solteiro	1	Ensino médio completo	Comerciante	1.900	Evangélico	5 meses	Não	16	Álcool, maconha, cocaína, crack	15	Não
Masculino	Indecisão	28	Branco	Solteiro	Não	Ensino fundamental completo	Azulejista	3.000	Evangélico	3 meses	Não	11	Maconha, cocaína, crack	1	Não
Masculino	Piedade	34	Negro	Amasiado	3	Ensino médio incompleto	Azulejista	1.200	Evangélico	2 meses	Não	15	Álcool, maconha, cocaína, crack	1	1

## 5 MANUSCRITOS

### 5.1 MANUSCRITO 1

#### **SENTIMENTOS DOS USUÁRIOS DE DROGAS EM RELAÇÃO À DESCONTINUIDADE DO USO E BUSCA PELO TRATAMENTO<sup>1</sup>**

**RESUMO:** O estudo objetivou apreender as motivações atribuídas pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento. Trata-se de uma pesquisa, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa realizada em duas Comunidades Terapêuticas. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravadas em mídia digital, com 25 residentes internados para tratamento, no período de dezembro a fevereiro de 2015. Após, foram transcritas na íntegra, para análise por meio da Análise de Conteúdo conforme Bardin. A pesquisa foi Aprovada sob o parecer nº 910.552. Da análise do conteúdo emergiu uma categoria e três subcategorias: convivendo com as drogas, Sentindo-se cuidado pela família e Buscando a liberdade do uso das drogas (*turning point*). Os resultados evidenciaram uma gama de sentimentos, emoções e expectativas vivenciadas pelos usuários durante o período de abuso de drogas. Os sinais de liberdade do vício foram percebidos por eles em meio a situações desgastantes em que se encontravam. Assim se conclui que a família, amigos, grupos de apoio representaram importante fator de cuidado e proteção no processo de reabilitação.

**DESCRITORES:** Usuários de drogas; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Comunidade terapêutica; Enfermagem.

#### **THE FEELINGS OF ILLICIT DRUG USERS WITH REGARD TO THEIR DISCONTINUITY AND SEEKING OF TREATMENT**

**ABSTRACT:** Current analysis listed the motivations by illicit drug users to discontinue drug use and to seek treatment. The exploratory, descriptive and qualitative study was conducted in two Therapeutic Communities, employing half-structured interviews, digitally recorded, with 25 residents hospitalized for treatment, between December and February 2015. The interviews were transcribed integrally and analyzed according to Bardin's Content Analysis. Resolution 910.552 approved research. Content Analysis brought forth one

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da Dissertação de Mestrado "Motivações atribuídas por usuários de drogas ao acesso as comunidades terapêuticas para tratamento", apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Pr, Brasil.

category and three subcategories: Living with illicit drugs; Feeling family's care; Seeking freedom by avoiding the use of illicit drugs (Turning Point). Results revealed feelings, emotion and expectations experienced by users during the period of drug abuse. Freedom from the vice was perceived within the context of terrible conditions in which the users lay. Family, friends and support groups were an important factor in the care and protection within the rehabilitation process.

**DESCRIPTORS:** Illicit drug users; Disorders related to the use of drugs; Therapeutic community; Nursing.

### **SENTIMIENTOS DE LOS USUARIOS DE DROGAS EN RELACIÓN A LA DISCONTINUIDAD DEL USO Y BÚSQUEDA POR EL TRATAMIENTO**

**RESUMEN:** El estudio tuvo por objetivo aprender las motivaciones atribuidas por los usuarios de drogas para la discontinuidad del uso y búsqueda por el tratamiento. Se trata de una investigación, exploratoria, descriptiva, con abordaje cualitativo realizada en dos Comunidades Terapéuticas. Se utilizó la entrevista semiestructurada, grabadas en medio digital, con 25 residentes internados para tratamiento, en el periodo de diciembre a febrero de 2015. Después, fueron transcritas en la íntegra, para análisis por medio del Análisis de Contenido conforme Bardin. La investigación fue Aprobada bajo el parecer nº 910.552. Del análisis del contenido emergió una categoría y tres subcategorías: conviviendo con las drogas, Sintiendo cuidado por la familia y Buscando la libertad del uso de las drogas (*turning point*). Los resultados evidenciaron una gama de sentimientos, emociones y expectativas vivenciadas por los usuarios durante el periodo de abuso de drogas. Las señales de libertad del vicio fueron percibidas por ellos en medio a las situaciones desgastantes en que se encontraban. Así se concluye que la familia, amigos, grupos de apoyo representaron importante factor de cuidado y protección en el proceso de rehabilitación.

**DESCRIPTORES:** Usuarios de drogas; Trastornos relacionados al uso de sustancias; Comunidad terapéutica; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O uso de drogas é considerado um problema social não possuímos conhecimento, até os dias de hoje, de uma sociedade na qual não tenha sido feito uso de alguma droga. Em uma perspectiva histórica, a droga e o homem são companheiros de longa caminhada, e, a partir da metade do século XX, esse fenômeno se expandiu, preocupando todos os níveis sociais (SILVA; SILVA; MEDINA, 2012).

O uso de drogas nas sociedades contemporâneas tem sido objeto de preocupação constante no debate público e nas discussões científicas. O que antes era considerado cultura, religiosidade, utensílio comemorativo ou antídoto contra o sofrimento existencial começou a ser utilizado de forma abusiva, ou seja, virou doença e, portanto, algo passível de ser tratado (MONTEIRO, 2013).

O abuso de droga é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial. Segundo o último levantamento da OMS, publicado em 2011, relacionado ao status global do consumo e suas consequências para a saúde, sabe-se que o abuso de drogas é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

No Brasil, no último estudo epidemiológico realizado observou-se que 74,6% das pessoas entre 12 e 60 anos haviam feito uso de drogas lícitas alguma vez na vida e que 12,3% da população brasileira preenchem critérios para dependência de drogas (CARLINI; GALDUROZ, 2010). O Brasil está em quinto lugar entre os países que mais apresentam mortes pelo consumo de álcool, considerado uma droga lícita, estimam-se 12,2 para 100 mil mortes por ano e, em sua grande maioria, as mortes são em decorrência de doenças hepáticas e transtornos neuropsiquiátricos (GAWRYSZEWSKI; MONTEIRO, 2014).

As implicações do abuso de drogas são influentes determinantes para a morbimortalidade, variando em intensidade de acordo com múltiplos fatores, tipo de droga, padrão de consumo e aspectos sociodemográficos. Isto ocasiona alterações diretamente na vida do usuário (HANEY, 2014), pois quando o indivíduo recorre à droga, esta se transforma em uma espécie de refúgio, fazendo o papel de objeto de compensação de um amor que parece estar sendo recusado. Nesse clima de infelicidade existencial gerado, em que traições,

rompimentos, desrespeitos, temores, angústias e dificuldades emocionais constituem elementos do processo, o uso de drogas incorpora-se como uma possibilidade de expressão (HERMETO, 2011).

Entretanto, estudos têm observado a tendência comportamental entre indivíduos que passaram da fase compulsiva do uso de drogas para padrões controlados de comportamentos, utilizando-se de mecanismo de autorregulação do próprio usuário, esse padrão ocorre, geralmente, nos denominados pontos de virada (*turning points*), que são considerados os eventos ou motivações significativas de vida que tendem a favorecer a interrupção do consumo/abuso de drogas (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011).

Desse modo, é relevante detectar esses momentos da trajetória de vida dos indivíduos e identificar os dispositivos de saúde, sociais e culturais que eles apontam como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga.

O uso abusivo de drogas tem se tornado um desafio para pais, profissionais da saúde, educadores, gerenciadores de políticas públicas, legisladores, bem como para a comunidade (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Isto porque se configura como um importante problema de saúde pública, pois gera prejuízos para os diversos setores públicos e, especialmente, de cuidados em saúde.

Assim, o conhecimento produzido neste estudo sobre as vivências das drogas, na visão dos usuários, é de suma importância para a enfermagem, uma vez que o consumo de drogas é um problema crescente e esses profissionais em especial podem contribuir com essa população na prevenção do abuso e de seus agravos, bem como na reinserção social.

Portanto, a necessidade de conhecer as motivações e limitações dos usuários de drogas constituem, por si só, justificativa para a realização deste estudo. Sendo assim, tem-se como questão de pesquisa: quais as motivações atribuídas pelos usuários de drogas a acessarem voluntariamente as Comunidades Terapêuticas para seu tratamento? E, como objetivo: apreender as motivações atribuídas pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo busca a apreensão profunda dos significados e das relações sociais, focalizando o indivíduo e a sociedade, e ambiciona estimar parâmetros de uma população, buscando descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Além disto, possibilita a compreensão em profundidade do contexto do problema, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2010; POLLIT; BECK, 2011).

A pesquisa foi desenvolvida na região Noroeste do Paraná, em duas Comunidades Terapêuticas (CT), uma com internação para mulheres com idades superiores a 16 anos e a outra com internações para homens com idades superiores a 18 anos. As instituições foram escolhidas conforme interesse e disponibilidade em participar da pesquisa. Ambas as instituições são entidades não governamentais, com área de abrangência inicialmente definida para a região de Maringá, mas que atende também a indivíduos de outras regiões. As equipes de tratamento são compostas, basicamente, por psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de atividades laborais e técnicos administrativos.

Os participantes da pesquisa foram os residentes internados nas CT, que se encontravam em situações de vulnerabilidade, bem como de risco pessoal e social, por decorrência do abuso de drogas. Elegeram-se como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, ambos os sexos, estar em tratamento nas CT, referir internação voluntária, não apresentar problemas secundários de saúde que impossibilitasse a realização da entrevista, assim como não possuir impossibilidade de comunicação.

No período de dezembro a fevereiro de 2015 encontravam-se internados 20 homens e 15 mulheres, no entanto, após processo de seleção dos participantes, ocorreram oito perdas masculinas, por internação compulsória (ordem judicial) e três femininas por apresentarem idade inferior a 18 anos. Sendo assim, foram entrevistados todos os residentes que atendiam aos critérios pré-estabelecidos, ao final compuseram o estudo 25 residentes (13 mulheres e 12 homens).

Buscou-se uma aproximação inicial com os prováveis participantes e solicitou-se às instituições um local reservado para a realização das entrevistas

com os residentes. Após, esclareceu-se sobre aos aspectos éticos relacionados ao estudo, bem como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na seqüência, solicitou-se assinatura dos participantes, em duas vias, sendo que uma ficou em posse da pesquisadora.

A coleta de dados foi composta por três etapas: análise documental dos registros individuais dos residentes em tratamento nas CT, observação não participante com posterior elaboração dos diários de campo e aplicação de entrevista semiestruturada. É a partir da interrogação que o pesquisador se aproxima do discurso daquele que vivencia a situação analisada, iniciando nesse momento uma trajetória que caminha em direção às particularidades, lembranças do sujeito entrevistado (SALES et al., 2011). Para tal, realizaram-se as seguintes questões: conte-me, quais foram os motivos que o levaram ao uso de drogas? Quais os motivos para buscar o tratamento em Comunidade Terapêutica?

As entrevistas foram gravadas em sua totalidade em mídia digital e, com permissão do residente e tiveram duração média de 45 min. Além disto, foram realizadas individualmente e ocorreram em um único encontro com cada participante. Ao final de cada entrevista, a pesquisadora registrou as impressões, observações e dados inerentes à pesquisa no diário de campo. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas integralmente para o software Microsoft Office Word 10,0, respeitando-se os sentidos das falas.

O conteúdo das entrevistas foi analisado posteriormente por meio do da Análise de Conteúdo de Bardin. Esta análise é composta por três fases: (1) pré-análise, correspondente à organização propriamente dita e tem o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais; (2) exploração do material, que consiste na administração sistemática das decisões tomadas, seja por codificação, desconto ou enumeração; e (3) tratamento dos resultados, cujo objetivo é o estabelecimento de relações entre a realidade que é vivenciada com a intuição e reflexão, aprofundando conexões de ideias e formulando propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais (BARDIN, 2011).

A fim de se assegurar o anonimato e garantir a confidencialidade das informações dos participantes e não nomeá-los de forma genérica (entrevista 1, entrevista 2...), optou-se por utilizar pseudônimos com nome de sentimentos. Para

tal, buscaram-se as peculiaridades expressas por eles e apreendidas pela pesquisadora durante o encontro. O diário de campo contribuiu significativamente para a escolha dos pseudônimos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação das comissões científicas das CT e, após aceite, foi registrado na Plataforma Brasil com vistas a análise do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, e foi aprovado sob o parecer, nº 910.552.

## RESULTADOS

Compuseram os resultados deste estudo 25 residentes de duas comunidades terapêuticas, internados para o tratamento do abuso de drogas. Destes, 13 eram do sexo feminino e 12, do masculino, com idades entre 18 e 54 anos. Predominaram residentes brancos e solteiros, a maioria possuía de um a três filhos. Com relação à escolaridade, a maioria havia concluído ensino médio completo e, quanto à ocupação, quatro possuíam vínculo empregatício, e os demais estavam desempregados.

Quanto ao padrão de consumo de drogas, as mais utilizadas foram bebida alcoólica (20), maconha (12), cocaína (11) e crack (10). A faixa etária de iniciação ao abuso de drogas variou de nove a 47 anos. Dos residentes masculinos, nenhum mencionou problemas secundários de saúde. Entretanto, entre as mulheres, três delas relataram possuir problemas secundários de saúde, como hipertensão arterial sistêmica, cirrose hepática e epilepsia. Quanto às internações anteriores, 17 residentes já estiveram internados, mas somente cinco relataram ter concluído o tratamento.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas, emergiu a seguinte categoria: **“Caminhos percorridos para a descontinuidade do abuso de drogas”**, originando-se três subcategorias: **convivendo com as drogas, sentindo-se cuidado pela família e buscando a liberdade do uso das drogas (turning point)**.

## **Caminhos percorridos para a descontinuidade do abuso de drogas**

A descrição da linguagem dos participantes constitui-se de elementos expressivos, pois representa não apenas sentimentos expressados, mas ainda seu modo de sentir, ver e refletir os quais foram explicitados por meio de categorias para melhor compreensão dos achados do estudo.

### Convivendo com as drogas

Os relatos externaram-se impregnados de experiências, a entrada no mundo das drogas ocorreu na maioria dos depoimentos como forma de diversão, para aumentar a sociabilidade e para a fuga da triste realidade vivida. No entanto, o que era social incidiu-se rapidamente, ocasionando prejuízos nas suas relações sociais.

*As drogas já permaneceram na minha vida como forma de fuga, eu queria fugir daquela realidade que me causava muita dor, mais ai acumulou tudo, esses problemas com a família, com o meu casamento que acabou, os meus filhos indo para longe de mim, então tudo aquilo virou uma bola de neve, eu me afundei de vez, entrei no fundo do poço (**Carisma**).*

*Eu comecei a usar a droga por curiosidade, muita coisa aconteceu depois disso. Eu morei no lixão, não tomava banho, não me cuidava. Fiquei tipo uma “andarilha”. Perdi tudo que eu tinha na minha vida e inclusive eu perdi um filho por causa do meu vício com a droga. Eu estava sozinha no mundo. Não comia, estava começando a apresentar vários problemas de saúde. Eu já estava vivendo no mundo do crime (**Saudades**).*

A partir das preleções, foi possível perceber a vulnerabilidade e os sentimentos de abandono, vergonha e humilhação vivenciados pelos residentes no período de abuso das drogas.

*Eu estava numa situação muito ruim, estava morando na rua, passava fome, frio, medo, e tinha muita vontade de voltar para a casa, mais a vergonha era muito grande, sentia muito medo de tudo, principalmente do julgamento das pessoas [...] Eu já não estava comendo mais, sentia muito desespero também, não sabia o que fazer (**Vergonha**).*

*No período que eu usei eu passei por muita coisa, só perdi, eu perdi o respeito da minha família, da minha ex-esposa, dos meus filhos, a minha*

*dignidade, mas eu não culpo minha família por ter me expulsado de casa não, porque eu sou pai e eu não gostaria de ver filho meu nessa situação (Simpatia).*

As vivências dos residentes das CT estavam inundadas de sentimento de tristeza, medos e frustrações, no entanto eles compreendiam que suas realidades, consternadas de perdas, desentendimentos, brigas, humilhação, afastamento social e principalmente familiar, eram reflexo das escolhas de seus atos.

#### Sentindo-se cuidado pela família

Os usuários de drogas vivenciaram um momento único, dotado das mais distantes experiências. Por meio das falas foi possível perceber o valor conferido à família nos processos de aceitação e tomada de decisão para a busca da reabilitação.

*[...] minha mãe queria que eu viesse, que eu procurasse ajuda, que eu parasse sabe, mais ela nunca me pressionou ou ficava comentando para eu vir, ela falava, mais deixava eu decidir o que eu queria, porque ela não queria que eu me sentisse pressionada, então ela falava, depois ela falava de novo, mais esperou o meu tempo (Vontade).*

*Daí esse meu menino esperou completar idade e veio em Ivaiporã me procurar, daí ele procurou essa clínica aqui para mim, deu o nome para a assistente social, e passou na rua lá e me achou também, já fomos fazer exame e tudo daí eu vim parar aqui na clínica (Angustia).*

Em alguns relatos foi possível perceber a importância atribuída à família, como fonte de motivação e apoio na busca pelo tratamento e luta contra as drogas.

*Aos poucos a gente consegue abrir as portas que a vida tinha fechado, e é bom sentimentalmente também, e isso da família estar junto nos dá força para a querer continuar tentando e não desistir [...] eles sempre depositaram confiança e isso deu força para eu querer mudar (Indecisão).*

*Eu pedi ajuda para os meus primos, e eles se propuseram a me ajudar e eu disse que eu queria ai o amor incondicional deles me trouxera até aqui (Ansiedade).*

A partir dos depoimentos expressados pelos residentes das CT, nota-se a importância imputada por eles à família como unidade de apoio. Nesse sentido, a família desempenha papel fundamental nesse processo de consentimento de abuso de drogas e é compreendida como fonte de cuidado e amor para auxílio na cessação do vício.

Buscando a liberdade do uso das drogas (*turning point*)

As drogas desencadeiam forte impacto na vida dos usuários, o reconhecimento do abuso das drogas foi apreendido pelos residentes em distintos momentos de sua vida, a vivência do sofrimento, adoecimento e falta de motivação de vida foi atribuída como o ponto de virada do uso das drogas.

*Foram vários acontecimentos que fizeram parar de usar, mas especialmente pela minha situação que estava muito doente. Ai, eu fui ao médico e o médico me deu seis meses de vida, e me disse que se eu continuasse nessa vida eu iria morrer (**Saudades**).*

*Eu vivia desmotivada, não via perspectiva de vida, me sentia envergonhada, com muito medo de me apresentar ao mundo na minha atual situação (**Piedade**).*

Evidenciou-se nas falas a angústia dos residentes ao vivenciarem as restrições nas atividades de lazer, afastamento dos amigos e família, os quais são considerados essenciais e indispensáveis para a promoção da saúde mental.

*Eu não aguentava mais esta situação. Eu estava me afastando da minha família e me sentindo excluída já, mas, na verdade era eu que estava fazendo coisa errada, porque eu bebia e eles não gostavam (**Esperança**).*

*Eu resolvi procurar ajuda para resgatar os vínculos afetivos perdidos com minha família, amigos e vizinhos. Eu me desliguei de todos, eu estou em busca de novas oportunidades, eu quero reconstruir a minha vida (**Carisma**).*

As falas mostram as buscas pelos residentes pelas CT ocorreram ainda num momento de introspecção e em meio à busca por si mesmo.

*É muito sofrimento! Eu estava deitado debaixo de uma marquise, um temporal danado, falei para Deus: o que está acontecendo com a minha vida, eu tenho tudo para estar bem, forte, trabalhando, e estou aqui embaixo dessa marquise mendigando, passando fome. Eu pensei: eu preciso parar com isso, dar*

*um basta. Então, o sofrimento que eu comecei a passar, as dificuldades que eu tive que me fizeram procurar ajuda (Desafio).*

*Então, eu busquei ajuda porque eu necessito estar aqui para me conhecer, para alguém conversar comigo, no caso os profissionais e me dizerem no que eu preciso melhorar que eu preciso amadurecer, eu quero lutar por mim e pela minha filha (Ansiedade).*

A trajetória percorrida pelos residentes das CT para descontinuidade do uso das drogas foi desgastante e tortuosa, muitos vivenciaram a situação de rua, abandono e desamparo. Os sinais de liberdade do vício foram percebidos por eles em meio a situações desgastantes em que se encontravam. A família representou importante fator de cuidado e proteção nesse processo de reabilitação.

## **DISCUSSÃO**

O consumo de drogas constitui um problema, com origem e consequências do tipo biológico, psicológico e social, e pode ser desencadeado por conflitos ou desestrutura familiar, tal fato denuncia a falha em diversos setores responsáveis por minimizar os efeitos decorrentes de seu uso (GIORDANO et al., 2011; REMENTERÍA, 2014).

As convivências em situações infaustas trouxeram ao cerne do usuário uma gama de sentimentos, que refletiram significativamente no modo com que ele enfrentou as adversidades do cotidiano e, em meio a isso, passou a incluir em sua vida o vício pelas drogas. No entanto, o início do abuso das drogas esteve associado ainda a outras condições peculiares, como forma de curiosidade, busca por novas experiências e ainda para aumentar a sociabilidade – “sentir-se incluído no meio”.

Essas percepções relatadas pelos residentes corroboram com a literatura que atribui ainda ao início de abuso das drogas, como forma de experimentar novas situações de perigo. Os usuários de drogas relatam que o início de uso está associado a fins recreativos, por sentirem-se ocultos, por tratar-se de um produto proibido e pela dificuldade de obtenção, a contradição em considerar que o uso de drogas não é necessariamente negativo para a vida, contradizendo o discurso jurídico, dita as piores consequências sociais, associadas ao consumo (CORDERA, 2013).

Na busca incessante pelo uso das drogas, os usuários acabam levando uma vida de inconstância, com perda de emprego, dos laços afetivos e diminuição dos padrões de vida e passam a vivenciar a morosa realidade de situação de rua.

Dada essa instabilidade dos padrões de vida, os usuários ficam vulneráveis e, nessa lógica, “traça-se uma linha que liga momentos de abstinência à consecução de trabalho, moradia e ao restabelecimento de ligações afetivas importantes”, em que a pessoa deixa seu lar para viver nas ruas (RAUP; ADORNO, 2011, p. 57).

A vulnerabilidade pode ser compreendida como a forma com que o indivíduo enfrenta eventos adversos e adota certos comportamentos, sob a perspectiva de uma pessoa engajada em um sistema de relações e problemas de diferentes ordens, como sociais, políticas e econômicas, que influenciam nas suas escolhas e condições de vida (RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

As vivências em situações extremas e a relação com o início do abuso das drogas dependem de cada indivíduo, acredita-se que o uso/abuso seja influenciado por fatores ambientais, sociais e ainda pelos genéticos ou familiares (NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING, 2011b).

Ao tornar-se um usuário de droga, o comportamento deste passa a ser condicionado, na maior parte do tempo, na busca e na aquisição da substância, perdendo, muitas vezes, o interesse no que antes julgava importante, como foi mencionado, a falta de higienização, autocuidado, despreocupação com possíveis doenças e descuido com a saúde mental. A redução dos cuidados pessoais e a perda de envolvimento social e, principalmente, familiar acentuam essa condição de vulnerabilidade e descaso social (ALTAMIRANO; HERNÁNDEZ; GARCÍ, 2012).

A droga traz ao usuário sentimentos ambíguos, ao mesmo tempo em que produz euforia momentânea, prazer e sociabilidade, proporciona ao usuário sofrimento, comiseração e desconsolo. Além disto, percebeu-se a presença de sentimentos de vergonha, desespero, humilhação e consternação, as quais influenciaram negativamente na tomada de decisão pela busca de tratamento.

Estudos corroboram quando referem que a falta de cuidar de si acelera o quadro de instabilidade física e, especialmente, emocional. O usuário de droga, em geral, apresenta sentimentos de desvalia, dificuldades de interação e de

superar os obstáculos, assim como problemas de comunicação. Com isso, o usuário angustia-se, expressando suas emoções de modo impulsivo e descontrolado, em relação a outro indivíduo e família (CAPISTRANO et al., 2013).

Diante das mudanças de comportamento, quando o usuário adota um quadro de agressividade e irritabilidade notável, um dos principais elos rompidos são os laços familiares. Segundo as falas, os residentes acreditam que as famílias desempenham papel fundamental de cuidado, especialmente nesse período de abuso das drogas. O familiar com gestos de afetividade (ternura, amor, carinho) contribuiu significativamente para o reconhecimento da doença e da necessidade de busca pelo tratamento e, também, auxilia na minimização das repercussões físicas e sociais, provocadas pelo consumo da droga.

A família exerce uma função admirável na promoção da saúde e é o principal elo de motivação para o usuário manter-se em tratamento e para a manutenção da qualidade de vida. A coparticipação da família no tratamento apresenta-se como estímulo motivador, capaz de manter a força de vontade do usuário na sua recuperação e reinserção social (SIQUEIRA et al., 2015; KNIGHT, 2011).

Por isso, a família se apresenta como estrutura fundamental de cuidado e apoio na recuperação do usuário e precisa ficar atenta, e dar orientações, bem como expressar apoio as dimensões emocionais, intelectuais e de valores (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Um fato importante a ser ressaltado neste estudo é que os participantes estavam internados em abstinência das drogas e, portanto, apresentavam um olhar crítico a respeito de sua condição passada como usuários. Nesse sentido, eles reconheceram-se como principais responsáveis pela mudança e citaram a força de vontade e o amor próprio como principais subsídios para abandonar drogas, além de demonstrarem sentimentos de esperança e expectativa pós-tratamento.

O uso da droga causa sofrimento psíquico e com a associação do prazer, advindo do seu poder excitante, a ansiedade e ao medo, gera um ciclo de experiências que se sucedem, pois um leva ao outro. E, é nesses momentos que surge o desejo de mudança (SPADONI et al., 2014), pois esses são significativos na vida do usuário. Os eventos importantes que ocorrem na vida dos usuários e

que os motivam a buscar mecanismos de fuga da droga são nomeados pontos de virada ou *turning point*.

Estudos sugerem que os problemas relacionados as drogas podem ser associados à desordem de personalidade anti-social, impulsividade, bem como a outras características de ordem pessoal e interna do indivíduo do que a problemas no domínio externo (VRIEZE et al., 2012).

A dependência de drogas também tem sido associada a outras características em nível individual, como: a história da saúde mental, violência por parceiro íntimo, gênero e etnia. E, esses problemas de ordem mental podem atuar como uma barreira para a recuperação bem sucedida daqueles problemas de droga (GILBERT et al., 2012).

A busca pela descontinuidade do uso das drogas esteve albergada por fatores externos, como humilhação, falta de compreensão da população, despreparo de familiares e profissionais da saúde. Tais aspectos contribuíram negativamente no processo de busca por tratamento pelo usuário. Além disto, a despreparação e falta de apoio podem significar não somente a falta de motivação para o tratamento, mas uma dificuldade de assimilação e convívio na nova sociedade – formada por indivíduos diferentes, mas que se assemelham na questão da dependência química e são regidos por diferentes normas da sociedade. Percebem-se como reação psicológica inicial mais comumente a resistência e negação ao tratamento (DAMAS, 2013).

A supressão social, o estigma e o preconceito com os usuários de drogas são condições que contribuíram fortemente para a diminuição da baixa autoestima e para a perda do valor social do doente, tais condições contribuíram para a formação de uma visão e percepção ruim entre doente e sociedade.

## **CONCLUSÃO**

As falas dos entrevistados expressaram emoções e expectativas, foram sentimentos vivenciados por eles durante o período de abuso de drogas. Assim, os residentes, participantes do estudo, apresentavam alto consumo de drogas lícitas e ilícitas. Quanto ao perfil dos usuários no que tange aos aspectos sociodemográfico, clínico e tratamento, seguem as características descritas de outras pessoas em tratamento, referidos em outras pesquisas nacionais. Isto

permite inferir que as drogas afetam de diferentes modos as suas vidas, trazendo prejuízos pessoais e sociofamiliares.

As categorias emergiram a partir do conteúdo das falas dos residentes, participantes do estudo. No primeiro momento, os residentes expressaram suas experiências durante período de convivência com a droga e as possibilidades de entrar para a marginalização. No entanto, foram situações de sofrimento, abandono e perdas vivenciadas que os fizeram despertar para o recomeço. Dentre esses, o apoio da família e de amigos contribuiu fundamentalmente para essa mudança e os fez adquirir novos comportamentos, assim como de buscar tratamento.

A limitação do estudo ocorreu em virtude da técnica, em que alguns se expõem mais que outros. Além disso, a amostra foi de tamanho reduzido e os participantes foram de cenário com população de mesmo padrão social, o que impediu a generalização dos achados.

A adequada compreensão dos fatores implicados ao abuso de drogas e as barreiras encontradas pelos usuários, para limitar ou cessar com as drogas, são fundamentais para os profissionais no sentido de estabelecimento ou inclusão de novas estratégias e políticas públicas eficazes de tratamento.

## REFERÊNCIAS

ALTAMIRANO, M. V.; HERNÁNDEZ, J. L. A.; GARCÍ, A. L. M. Asertividad y consumo de drogas em estudantes mexicanos. **Act. Colom. Psicol.**, Bogotá, v. 15. n. 1, p. 131-141, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n1/v15n1a13.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

CAPISTRANO, F. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 234-241, abr./jun. 2013.

CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, DF: Cebrid: SENAD, 2010.

CORDERA, B. A. Letalidad asociada a drogas ilícitas. **Cuad. Méd. Soc.**, Santiago de Chile, v. 53, n. 2, p. 95-102, 2013.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DIAS, A. C.; ARAUJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de rachar los coorte com Histórico de Tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GAWRYSZEWSK, V. P.; MONTEIRO, M. G. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. **Addiction**, Abingdon, v. 109, n. 4, p. 570-577, Apr. 2014.

GILBERT, L. et al. Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. **Psychol. Addict. Behav.**, Indianapolis, v. 26, n. 2, p. 226-235, Jun. 2012.

GIORDANO, G. N. et al. Age, period and cohort trends in drug abuse hospitalizations within the total Swedish population (1975-2010). **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, n. 134, p. 355-361, 2013.

HANEY, M. Sy14-5cannabis use disorders: latest data on cannabinoid formulations, routes of administration and treatment. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 49, suppl. 1, p. i1-i69, 2014. Disponível em: <[http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/suppl\\_1/i14.5](http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/suppl_1/i14.5)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HERMETO, E. M. C. Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes: o papel das atividades socioculturais. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 1, p. 270-273, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3015.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

KNIGHT, K. E. Assortative mating and partner influence on antisocial behavior across the life course. **Journal of Family Theory and Review**, Minneapolis, v. 3, p. 198-219, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, R. M. P. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1691-1694, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a24.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING (NCSBN). **White paper: a nurse's guide to the use of social media**. 2011b. Disponível em: <[www.ncsbn.org/Section\\_II.pdf](http://www.ncsbn.org/Section_II.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.

RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, v. 4, p. 52-67, 2011.

REMENTERÍA, I. La función de utilidad del uso de las drogas y las culturas de su consumo. **Cuad. Méd. Soc.**, Santiago de Chile, v. 54, n. 1, p. 35-41, 2014. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860412>>. Acesso em: 10 Sept. 2014.

RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de 19 jovens. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 379-389, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0111>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SALES, C. A. et al. Music in human terminality: the family members' conceptions. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 138-145, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_19.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2013.

SILVA, F. A.; SILVA, E. S.; MEDINA, J. S. **Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicador prevencionista**. Assis: Triunfal Gráfica e Editora, 2012.

SIQUEIRA, D. F. et al. Percepção de familiares sobre a iniciação do uso de crack por adolescente. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 948-954, jan./mar. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/23019-113023-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/23019-113023-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SPADONI, L. et al. Polidrogadição em usuários de crack como estratégia de enfrentamento do medo em moradores de rua. **Fronteiras**, Anápolis, v. 3, n. 2, p. 260-271, 2014.

VRIEZE, S. I. et al. Is the continuity of externalizing psychopathology the same in adolescents and middle-aged adults? A test of the externalizing spectrum's developmental coherence. **J. Abnorm. Child Psychol.**, New York, v. 40, n. 3, p. 459-470, Apr. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol 2011**. 2011b. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/)>. Acesso em: 13 out. 2013.

## 5.2 MANUSCRITO 2

### **Significados do apoio social na perspectiva dos usuários de drogas em tratamento<sup>1</sup>**

#### **RESUMO**

##### **Introdução**

O consumo abusivo de drogas causa prejuízos à saúde das populações usuárias, afetando sujeitos, famílias em diversos níveis sociais, sendo considerado um grave problema de saúde pública e, assim, vem sendo especialmente estudado no campo de apoio social e tratamento.

##### **Objetivo**

Conhecer na perspectiva dos usuários de drogas como eles percebem os apoiadores sociais e sua relação com a adesão ao tratamento.

##### **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Realizado em duas comunidades terapêuticas, com 25 residentes internados para tratamento. Aplicados roteiro de entrevista semiestruturado e uma questão norteadora, as entrevistas ocorreram no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015 e após foram gravadas em mídia digital e transcritas na íntegra, para análise foi utilizado o método de Bardin. Os participantes foram nomeados por pseudônimos de sentimentos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, nº 910.552.

##### **Resultados**

As interpretações das linguagens dos depoentes foram agrupadas em duas categorias temáticas: “Vivenciando o apoio informal na busca pela libertação do vício das drogas” e “A busca por uma rede social de apoio formal”.

##### **Discussão e conclusões**

Evidenciou-se, nos discursos, a presença de duas redes de apoio, a formal e informal. Ambas as redes sociais foram fundamentais para enfrentamento do abuso de drogas e representaram importante fonte de afeto, companheirismo, cuidado e amor, assim, necessitam atuar em conjunto, para promover um apoio holístico, voltando suas atenções para a promoção, prevenção e manutenção de uma vida com estabilidade e segurança.

**Palavras-chaves:** Apoio social, transtornos relacionados ao uso de substâncias, relações familiares, enfermagem,

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado “Motivações atribuídas por usuários de drogas ao acesso as comunidades terapêuticas para tratamento”, apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é considerado um problema de ordem social, não só em virtude de sua alta prevalência, mas, sobretudo, dos prejuízos à saúde das populações usuárias, afetando sujeitos, famílias em diversos níveis sociais, causando consequências biopsicossociais para a sociedade (ROJAS et al., 2011; MILLER et al., 2013).

O abuso de drogas tem se expandido e causado repercussões negativas nos distintos espaços e segmentos sociais. Conforme estimativa global da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), no período de 2007 a 2011, o consumo de droga ilícita cresceu cerca de 167-315 milhões, e, especialmente em 2011, ocorreram 211 mil mortes em decorrência do uso abusivo de drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

Segundo os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2006 a 2010, ocorreram 40.692 óbitos de pessoas em decorrência do uso de drogas, culminando com uma média de oito mil mortes ao ano. Pelos números alarmantes, a questão do uso de drogas no Brasil tem adquirido grande importância, sendo considerado um grave problema de saúde pública, especialmente no campo de apoio social e tratamento (OLIVEIRA et al., 2014).

O apoio social consiste em toda e qualquer informação que leva a pessoa a acreditar que é cuidada, amada, estimada e valorizada e que pertence a uma rede de comunicação e obrigação mútua; é, também, qualquer informação, falada ou não, que envolve auxílio material ou não, oferecida por grupos ou indivíduo, com os quais haveria contatos sistemáticos, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (BIN et al., 2014).

O apoio social possui uma estrutura e uma função. A estrutura é formada pelo apoio social formal e informal e pelos indivíduos com quem se tem uma relação interpessoal e pelas ligações entre eles. As relações formais são compostas por profissionais da saúde, organizações, instituições, entre outros, e as informais são compostas pela família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade e ligações entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima e/ou envolvimento (FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012).

Nesse sentido, confere como funcionalidade ser um sistema complexo e dinâmico que envolve os usuários e suas redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, dessa forma, enfrentar novas situações, podendo ter como fontes principais os familiares e os profissionais da saúde (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2012).

Logo, compreender como os apoiadores envolvidos no processo de abuso de drogas e recuperação da saúde são percebidos, a partir não de quem fala sobre elas – profissionais da saúde, ensino, juízes, defesa civil –, mas de quem as consome – usuários de drogas –, é extremamente importante. E, ao abordar quaisquer aspectos da vida de um usuário, é preciso considerar tanto o contexto em que é realizado o uso como a presença e o papel desempenhado pelos apoiadores enredados nesse processo de mudança. Deste modo, têm-se como objeto de estudo os sentimentos atribuídos pelo usuário de drogas à ação de acessar os serviços de reabilitação para seu tratamento.

A necessidade de compreender os significados de apoio social, na percepção dos residentes internados nas CT em estudo, especialmente quanto às atribuições de potencialidade e fragilidade dos apoiadores sociais, é fundamental para o fortalecimento e mudança de comportamento dos apoiadores envolvidos.

E é de grande relevância para o meio científico e poderá contribuir com as equipes de saúde com novas propostas de intervenção e abordagem no processo de reabilitação nos diferentes contextos da atenção à saúde dos usuários de drogas.

Diante deste contexto, tem como questão de pesquisa: quais as motivações atribuídas pelos usuários de drogas a acessarem voluntariamente as Comunidades Terapêuticas para seu tratamento? E, como objetivo conhecer, na perspectiva dos usuários de drogas, como eles percebem os apoiadores sociais e sua relação com a adesão ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo proporciona a compreensão em profundidade do contexto do problema e preocupa-se com aspectos da realidade que não podem

ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 2010; POLLIT; BECK, 2011).

O estudo foi desenvolvido na cidade de Maringá, Paraná, em duas Comunidades Terapêuticas (CT), que oferecem o serviço de reabilitação, uma para homens e outra para mulheres. As CT caracterizam-se por ser um modelo de serviço centrado na abstinência de drogas e por proporcionar tratamento, visando à recuperação, trabalhando-se a autoestima, reintegração familiar, moral e social (FERNÁNDEZ, 2011).

Para a seleção dos participantes, foram adotados como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, estar em tratamento nas CT, referir internação voluntária, não apresentar problemas secundários de saúde ou limitações cognitivas que impossibilitem a realização da entrevista. Nesse sentido, todos os residentes que se enquadravam nos critérios participaram da pesquisa, sendo 13 vinculados à CT feminina e 12 residentes da CT masculina, totalizando 25 entrevistas.

A realização das entrevistas foi possível mediante uma aproximação inicial com os prováveis participantes durante três visitas prévias às CT. Após contato, foi solicitado às instituições um local reservado para se realizar as entrevistas com os residentes. Os participantes foram esclarecidos sobre os aspectos éticos referentes ao estudo, procederam à leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma ficou em posse do residente e a outra com a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015 e foi constituída por três etapas: análise documental dos registros individuais dos residentes em tratamento nas CT, entrevista semiestruturada, somados a uma questão norteadora: Quais foram as pessoas ou grupos que te apoiaram no processo de enfrentamento e libertação do vício das drogas? E observação não participante com posterior elaboração dos diários de campo.

As mesmas foram realizadas individualmente e ocorreram em um único encontro com cada participante. Para tanto, foram gravadas, em sua totalidade, em mídia digital e com permissão do residente e tiveram duração média de 45 min. Ao final de cada entrevista, foram registrados no diário de campo as

impressões, observações e dados inerentes à pesquisa, sob a ótica da pesquisadora. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas integralmente para o software Microsoft Office Word 10,0, respeitando-se os sentidos das falas.

A análise dos depoimentos ocorreu por meio do processo analítico e descritivo a partir do referencial de Análise de Conteúdo de BARDIN. Esse método é composto por três fases: pré-análise, correspondente à organização propriamente dita e tem os objetivos de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais; exploração do material, que consiste na administração sistemática das decisões tomadas, seja por codificação, desconto ou enumeração; e, tratamento dos resultados, cujo objetivo é o estabelecimento de relações entre a realidade que é vivenciada com a intuição e reflexão, aprofundando conexões de ideias e formulando propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais (BARDIN, 2011).

A fim de se assegurar o anonimato e garantir a confidencialidade das informações dos participantes e não os nomear de forma genérica (entrevista 1, entrevista 2...), optou-se por utilizar pseudônimos com nome de sentimentos. Para tal, buscaram-se as peculiaridades expressas por eles e apreendidas por mim durante o encontro e registrado no diário de campo.

A pesquisa foi submetida para apreciação das comissões científicas das CT e, após aceite, foi encaminhada para o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, e obteve parecer de aprovado sob o N° 910.552.

## **RESULTADOS**

Compuseram os resultados deste estudo 25 residentes internados em duas CT para reabilitação do abuso de drogas. Destes, 13 eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino com a faixa etária entre 18 a 54 anos. No período da realização das entrevistas, a maioria dos residentes eram brancos e solteiros, e possuía de um a três filhos. Quanto à escolaridade, a maioria havia concluído ensino médio completo e, com relação à ocupação, quatro possuíam vínculo empregatício, e os demais estavam desempregados.

No que tange ao consumo de drogas, entre os residentes evidenciou-se a bebida alcoólica (20), seguida da maconha (12), cocaína (11) e, por fim, do crack

(10). A faixa etária de iniciação ao abuso de drogas ficou entre nove a 47 anos. Dos residentes masculinos, nenhum mencionou problemas secundários de saúde, porém, entre as mulheres, três delas relataram possuir problemas secundários de saúde: hipertensão arterial sistêmica, cirrose hepática e epilepsia. Quanto às internações anteriores, 17 residentes já estiveram internados, no entanto apenas cinco relataram ter concluído o tratamento.

Por meio da exploração e análise do conteúdo das falas dos participantes emergiram duas categorias: “Vivenciando o apoio informal na busca pela libertação do vício das drogas” e “A busca por uma rede social de apoio formal”.

### **Vivenciando o apoio informal na busca pela libertação do vício das drogas**

Os depoentes discorreram sobre os principais componentes da rede social de apoio informal e, assim, mencionaram suas famílias, em especial a ajuda dos pais e irmãos e ainda de seus sogros como fonte importante de cuidado e fortalecimento das relações familiares nesse período de intensos prejuízos, emocionais, físicos e financeiros, causados pelo abuso de drogas.

“Minha família sempre me apoiou, graças a Deus! Minha mãe e meus irmãos, minha mãe sempre foi tudo para mim e nós para ela. Ela criou sete filhos sozinha, e nenhum nunca usou droga, fui eu que comecei a fazer isso, mas ela nunca desistiu de mim. Ela sempre me falava para eu parar com isso, sempre abriu os meus olhos e dos meus irmãos, sobre esse mundo das drogas” **(Otimismo)**.

“Minha família me apóia muito. Eles são a base para eu procurar por diversas vezes ajuda, mas agora minha sogra também tem me ajudado muito, meu relacionamento com meus pais melhoraram muito também. O apoio deles tem sido fundamental, porque quando a gente não tem o apoio da família a gente acaba desistindo” **(Esperança)**.

Por outro lado, nem todos os residentes puderam se apoiar integralmente na família, para vivenciar esse período de uso de droga, como disposto na alocação abaixo:

“A minha mãe me apóia, mas o meu pai não. Ele tem aquele jeito dele lá, ele é mais grosso, me fala que eu faço vergonha para a família, mesmo eu estando aqui, ele fala, mas eu sei que ele fala desse jeito porque quer ver minha

mudança, e, minha família é muito boa, me passa confiança, eles são muito honestos” (**Perseverança**).

Os residentes relataram ainda que, mesmo diante da separação conjugal, influenciada em grande maioria pelo uso das drogas, seus ex-cônjuges representaram importante fonte de companheirismo e se doaram para ajudar na reabilitação.

“A minha ex-mulher era técnica de enfermagem, então ela sempre me aconselhou a procurar ajuda, mas ela me falava que eu tinha que parar por conta própria, porque não adiantava eu sair de um vício e entrar em outro, e eu partilhava dessa mesma opinião dela” (**Carisma**).

“Quando eu estava na rua quem mais me apoiou foi a mãe da minha filha, ela me via na rua e vinha atrás de mim, ela achava que se eu ficasse com a minha filha eu iria parar de ficar atrás de droga, e ela sempre me falou que a menina queria me ver, que estava com saudade de mim [...] e é bom ter a família por perto para te fortalecer, para você saber que não está sozinho” (**Carinho**).

Outros membros, referidos na rede de apoio social informal, foram os amigos que, em alguns casos, foram também fonte única de apoio e cuidados recebidos.

“Mas assim, eu não tive nenhum amigo ou conhecido que deixou de ficar perto de mim por causa do uso das drogas, todos eles falavam que eu tinha que procurar ajuda e me apoiavam muito, muitas vezes até mais que minha família” (**Vontade**).

“Eu decidi pedir ajuda para uma amiga minha, porque tem isso também, a sociedade penaliza muito o usuário, mais quando a gente pede ajuda ou demonstra vontade de parar as pessoas tem que relevar isso também, e minha família não conseguiu lutar comigo, porque não é mentira nossa quando a gente quer mudar, e assim essa amiga viu a minha vontade de parar e me ajudou” (**Conquista**).

Como é possível depreender das falas, a rede de apoio social informal foi composta ainda por indivíduos que não possuíam quaisquer vínculos com os usuários, e, assim, muitos foram abordados por pedestres dispostos a oferecer um gesto de carinho e solidariedade, e, em outras situações, para proferir palavras de desprezo e enojamento diante da situação.

“Tem muita gente na rua que a gente não conhece que vem falar de Deus para a gente, as vezes fala uma palavra de incentivo, as vezes eu tinha costume de passar em muitos lugares, e tinha gente que você acabava pegando amizade só de passar ali, então eles sempre falavam alguma coisa para te incentivar, só coisas boas” **(Carinho)**.

“Tem pessoas da rua que te ajuda de bom coração e tem pessoas que te escracham, te levam lá embaixo, te deixam pior ainda” **(Indecisão)**.

O encontro com a rede de apoio social informal, representada pela família, sogros, ex-esposas, amigos e pedestres, foi considerado uma estratégia de apoio, segura e acolhedora e que em distintos momentos apresentou-se resolutiva, especialmente no resguardo ofertado em ocasiões de intenso sofrimento emocional e moral, vivenciado pelos residentes.

### **A busca por uma rede social de apoio formal**

O enfrentamento do abuso das drogas esteve amparado ainda por uma rede social de apoio formal, sendo esta composta no presente estudo por profissionais de saúde e grupos de ajuda, vinculados às CT. Segundo discursos dos depoentes, o encontro com esses apoiadores deu-se de duas formas: positiva e negativamente. Ademais, o encontro em grande maioria foi motivado pela busca do próprio usuário, e não por iniciativa dos profissionais da saúde.

“Todos os profissionais que me aconselharam do postinho perto de casa e tudo, me ofereciam medicamento e eu, já tinha na minha cabeça que eu não queria trocar uma droga por outra, então pouco me ajudava esse tipo de ajuda” **(Carisma)**.

“As moças do CRAS me procuraram depois que eu fui lá pedir ajuda, elas me ajudaram a encontrar aqui, mas antes elas não tinham me procurado não, então eu falei que queria ajuda e elas falaram que tinha essa casa aqui e que iriam tentar me colocar aqui, que iriam me trazer aqui para eu conhecer e fazia meus exames tudo” **(Preocupação)**.

No entanto, a grande maioria dos depoimentos acusou a falta desses profissionais, principalmente os da área da saúde, no momento de maior criticidade do abuso de drogas, nomeados, pelos residentes entrevistados, de fundo do poço.

“Nunca ninguém veio conversar comigo na rua sobre isso, nem quando eu fui internado por causa de droga, ninguém me falou para parar de usar sabe, nunca me motivaram a parar, apenas faziam a parte deles, davam medicamentos” **(Aceitação)**.

“Tinha um médico que era amigo meu e tudo que usava também, então eu nunca conheci ninguém que pudesse me ajudar, ninguém me ofereceu ajuda, eu acho que se tivesse profissionais com uma sensibilidade de estudar melhor essas coisas, e que se propusesse vir até nós para conversar e orientar a situação seria outra, e o pessoal da enfermagem tinha que abordar a gente na rua, no meio da boca mesmo e dar orientação, é difícil sair da boca e entrar na sociedade, tinha que ter mais clínicas como essa, tinha que ter muito mais programa para nos ajudar, porque veja o meu exemplo, essa amiga minha chegou e me ajudou e deu certo, ou seja é menos um viciado na rua, e ela não é nada de saúde nem nada, mais foi a mão que me ajudou quando eu precisava e não quando ela achava que eu precisava” **(Paciência)**.

A partir dos depoimentos, é possível notar ainda que os grupos de ajuda, ligados às CT, assumem a importante função de cuidado, na oferta de alimento, vestimentas e conforto espiritual nos momentos de fragilidades dos usuários.

“Olha eu vou falar algo que eu considero muito sério para você, quem mais ajuda são os grupos das CT e igrejas, mais não são todas também, tem os dias certos de cada uma, então eles dão alimento, dão uma palavra de conforto, ofereciam internação nas casas de apoio e assim nesse tempo de 8 anos de rua mesmo, eu nunca vi uma Kombi da prefeitura levar uma marmita, nunca vi um médico, um enfermeiro, um assistente social” **(Determinação)**.

“Eles vinham atrás nós, e me encontravam caída na rua, me ajudavam, ofereciam internação, muitas vezes me levaram para a casa, mais eu que nunca quis, ainda não era o momento, mais eles sempre me ajudavam na rua” **(Paixão)**.

O encontro com apoio social formal deu-se por meio da presença de profissionais da saúde e grupos de ajuda vinculados às CT, essa rede de suporte atua de duas formas: negativa, principalmente por parte profissional, e positiva, por parte dos grupos de ajuda vinculados à CT.

## DISCUSSÃO

O consumo de drogas transformou-se numa preocupação mundial, em função da sua grande prevalência e dos riscos que pode acarretar e, assim, é cada vez mais considerado um problema para as diversas esferas públicas e privadas envolvidas (VALENTIM; SANTOS; PAIS-RIBEIRO, 2014).

Nesse sentido, a partir da necessidade urgente de se elaborar e implementar tratamentos eficazes, foram identificados, em nível internacional, alguns princípios básicos para se direcionar o tratamento do uso de drogas e deve-se considerar o abuso de drogas como uma doença.

Assim, o tratamento deve ser acessível, atender às necessidades específicas em relação ao gênero, idade e tipo de substância, adotar métodos de intervenções breves, tratamentos cognitivo-comportamentais, estratégias de enfrentamento com foco na prevenção da recaída, programas de desintoxicação, acompanhamento e apoio social (ROJAS et al., 2011).

A partir da pesquisa foi possível apreender os principais apoiadores, sensibilizados no processo de busca pelo tratamento do abuso de drogas. Esses foram classificados quanto apoiador informais e formais e foram compostos neste estudo por famílias, familiares, amigos, ex-cônjuge e pedestres sem vínculo afetivo aparente com os residentes e profissionais da saúde e grupos de ajuda, vinculados às CT, respectivamente.

Ao se analisar os achados da literatura, é possível compreender essa afirmativa de composição social e ainda incluir outros apoiadores nesse processo, que para o estudo em questão não foram mencionados, como filhas, avós, bisavós, irmãs e vizinhos que compõem a rede social de apoio informal, além das relações de trabalho ou estudo (creche, escola), agências sociais (unidade de saúde, ACS, médico,) e relações comunitárias (igreja e farmácia) que compõem a rede de apoio formal (ALEXANDRE et al., 2012).

Assim, os familiares, família e amigos proporcionam um foco de discussão de grande relevância, uma vez que foram mencionados como principais componentes do grupo de apoio informal para descontinuidade do abuso das drogas. Por conviverem diariamente com os usuários, muitos assumem os cuidados e mantêm a lealdade do vínculo afetivo e tornam-se importantes agentes motivadores no processo de tratamento.

As relações familiares e afetivas saudáveis entre pais, irmãos, amigos servem como fator de proteção para toda a vida, esse padrões saudáveis de relações associam-se intrinsecamente a uma rede de apoio que possa ser ativada, em momentos críticos, fomentando o sentimento de pertença, busca de soluções, atividades compartilhadas, aumento do vínculo e interação social, e essa influência mútua auxilia no desenvolvimento pleno das potencialidades dos indivíduos e é um gratificante fator protetor, uma fonte de amor, afeto e cuidado (BERNARDY; OLIVEIRA; BELLINI, 2011; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2014).

Não obstante, as famílias em especial precisam ser inseridas no contexto das estratégias de atenção, implementadas pelos profissionais de saúde, pois há tensões ao cuidar de seu familiar dependente de drogas, o que as deixa por vezes fragilizadas e desesperançadas. Logo, o sistema de saúde deve realizar intervenções com essas famílias, buscando apoiá-las e fortalecê-las para o enfrentamento do uso de drogas na família (BECK JÚNIOR; SCHNEIDER, 2012; SOCCOL et al., 2015) uma vez que ocupa a linha de frente do cuidado e apoio.

Ter uma rede de apoio social informal atuante pode contribuir para a resolução de distintos problemas. O apoio foi recebido ainda por ex-cônjuges e amigos, que foram considerados componentes de extrema importância, e reforçou os laços de confiança e amparo para os usuários, principalmente nos momentos de intensa necessidade de cuidado e conforto.

Algo relevante a ser dito é o fato de que os principais apoiadores e ex-companheiros são representados pela figura feminina. Entre as mulheres, apenas uma relatou receber apoio do ex-cônjuge, o que difere dos discursos masculinos, dos quais a grande maioria diz ter recebido apoio das atuais ou ex-companheiras.

Contrário a esse achado, estudo recente aponta os cônjuges e amigos como importante fator de risco e não de cuidado para a descontinuidade do abuso de drogas. As amizades e familiares são influentes para o uso de drogas, especialmente por serem companhias de bares, festas e momentos de interação em casa, e nota-se que essas ainda possuem negativas influências enquanto fonte de apoio e confiança para busca de reabilitação (SLOBODA; GLANTZ; TARTER, 2012; ROGERS et al., 2012).

Os residentes deparam-se ainda com o (des)apoio da comunidade em geral, durante o período em que se encontravam em situação de rua ou

vivenciando a vulnerabilidade social; muitas foram as palavras de apoio, gestos de carinho e solidariedade encontrada, no entanto muitos vivenciaram o desprezo e a falta de compaixão oriunda dos pedestres. Na sociedade contemporânea, fragmentada e individualista, a coletividade social perdeu sua capacidade de estabelecer uma moral com aceitação universal, e tanto os valores religiosos tradicionais quanto os da sociedade são variáveis (PEREIRA et al., 2015).

Fica evidente, por meio da análise dos discursos, que a busca pelo apoio social formal disponível não sanou a carência social e não foi resolutive para os problemas vivenciados pelos usuários de drogas. Nos momentos relevantes e críticos para o usuário, como por ocasião da procura pela unidade básica de saúde e hospitais, em nenhum momento esses indivíduos foram abordados e sensibilizados quanto aos problemas decorrentes do uso e os principais meios disponíveis nos sistemas de saúde para auxiliar na sua recuperação.

Nota-se, nas alocações, que os residentes aguardavam a visita de enfermeiros, médicos, assistentes sociais, equipes de atenção básica e as vinculadas aos programas de prevenção ao uso de drogas, demonstrando, assim, a falta de periodicidade programada pela equipe do programa de saúde da família e dos demais grupos que deveriam estar acompanhando essas famílias com usuários de drogas.

Essa falta de apoio e oferecimento de suporte potencializou, no usuário, os sentimentos de solidão, abandono, impotência, desamparo e desesperança. Sabe-se que os principais sentimentos impulsores de motivação para descontinuidade do abuso de drogas é a esperança. Pois é ela que impulsiona o homem a seguir em frente, uma vez que sustenta a abertura para as diversas possibilidades do futuro ao nutrir a capacidade de sonhar e caminhar (SALES et al., 2014).

Nesse sentido, é fundamental a participação das redes de apoio formal como fonte acolhedora de cuidado, a fim de fornecer orientações no processo de recuperação da saúde física e mental, aplicadas ao tratamento do abuso de drogas. O enfermeiro tem o importante papel de trabalhar de forma holística na prestação de assistência de enfermagem ao abuso de drogas, suas atividades consistem na implantação do tratamento tradicional, baseado na abstinência, com ou sem intervenções farmacológicas, institucionalizando o paciente, devendo,

assim, dispor de novos olhares e percepções sobre a problemática da abordagem aos usuários de drogas e suas famílias (MAGALHÃES; MONTEIRO; FIQUEIREDO, 2013).

Nesse contexto, a enfermagem tem um amplo espaço para trabalhar com as famílias, orientando-as e capacitando-as para o cuidado, bem como as auxiliando nas relações familiares. Para que as equipes de enfermagem e de saúde possam contribuir substancialmente com as famílias, faz-se necessário que conheçam e integrem a rede social dessas pessoas. Assim, é preciso reconhecer que a integração entre o sistema familiar, a rede social e os cuidados de enfermagem se constitui como importante estratégia para se lidar com diversas situações impostas (FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012).

Os residentes relataram ainda que os principais apoiadores formais são os grupos de autoajuda, ligados às CT, esses grupos de ajuda conferem conforto, acolhimento e acima de tudo não assumem um tratamento impositivo, e sim voltado para a voluntariedade de adesão ao tratamento. E, ainda, exprimem um importante sentimento afetivo; o simples de fato de chamar o usuário pelo nome e de entregar-se voluntariamente ao outro é um importante escape de motivação e auxilia a diminuir o estigma de invisibilidade que norteia os usuários de drogas. E por isso tornou-se primeira opção de escolha de muitos usuários para deixar-se cuidar.

Estudo sugere que os usuários de drogas estão recorrendo cada dia mais aos serviços de internação integral como primeiro grupo de cuidado e, isso, pode estar associado com o recurso de tratamento utilizado, que os afasta do convívio social e, conseqüentemente, das condições ambientais que favorecem a manutenção do comportamento de uso das substâncias. Com efeito, nas últimas décadas tem havido uma expansão da utilização das CT (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

As CT são modelos de tratamento com características diferentes dos modelos tradicionais, que utilizam o ambiente e o próprio usuário na promoção do aprendizado e das mudanças necessárias para se romper com o ciclo da dependência, que envolve o uso, abstinência e recaída (FRACASSO, 2011).

Torna-se evidente que ambas as redes sociais de apoio necessitam atuar em conjunto, para que haja um apoio holístico a essa população, voltando suas

atenções para a promoção, prevenção e manutenção de uma vida com estabilidade e segurança.

## **CONCLUSÕES**

O apoio social implica necessidade de tempo, afeto, indulgência e empatia pelo outro, assim, este estudo não teve como objetivo avaliar o apoio recebido por família, amigos, cônjuges, indivíduos sem vínculos afetivos com os residentes, profissionais de saúde e grupos de ajuda em relação ao apoio social oferecido e sim, qualitativamente, a disponibilidade de procura e oferta de ajuda por ambos os envolvidos nesse processo de enfrentamento do abuso de drogas.

Entretanto, após análise dos discursos, foi possível observar a importância da família, amigos, ex-cônjuge e atuais e os grupos de ajuda vinculados às CT como fonte de apoio, o que não ocorreu com a equipe de profissionais de saúde e outras esferas pouco envolvidas com o tratamento da descontinuidade do abuso de drogas. O apoio recebido foi considerado significativo e foi apresentado na forma oferta de alimentos, higienização, acolhimento em CT e palavras de conforto espiritual.

Para o usuário, o sofrimento é uma experiência singular, mas, para as equipes de saúde, a situação de estresse, desamparo, dor e perda de vínculos afetivos, percebida pelos usuários, podem fazer parte da rotina, suscitando nos usuários uma ambiguidade de sentimentos, frente a essas díspares fontes de cuidado, ora de invisibilidade social e ora de inclusão nesse mesmo meio.

Dentre as limitações do presente estudo, podem-se mencionar as dificuldades em se mensurar a força que cada grupo de apoio representa para os usuários de drogas e, por se tratar de estudo qualitativo, o tamanho da amostra utilizada é representativo apenas para os locais investigados, não sendo possível extrapolar ou generalizar os resultados para outros contextos.

Sugerem-se uma reorganização e participação mais efetivas das redes de apoio formal haja vista que as atribuições que competem especialmente a esse grupo estão pautadas no seguimento de protocolos e diretrizes assistenciais. O envolvimento com os grupos de apoio fortaleceria as ações desempenhadas por ambas as forças de apoio.

E, assim, especialmente as equipes de enfermagem, que foram mencionadas como falha, devem operar ativamente na detecção precoce desses indivíduos e trabalhar funcionalmente na prevenção da saúde mental e física dos usuários e solidarizar-se não apenas com os usuários, mas também com os grupos familiares e comunidades que cercam essa população, a fim de conservar e promover a manutenção da qualidade de vida dos usuários de drogas.

## REFERENCIAS

ALEXANDRE, A. M. C. et al. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 272-279, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BECK JÚNIOR, A.; SCHNEIDER, J. F. Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família. **Rev. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 60-79, 2012.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; BELLINI, L. M. Jovens infratores e a convivência com drogas no ambiente familiar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 589-596, 2011.

BIN, G. et al. Significados de apoio social de acordo com pessoas submetidas à revascularização do miocárdio: estudo etnográfico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2014

FERNÁNDEZ, A. J. M. El método de comunidad terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las ciencias sociales. **Revista Adicción y Ciencia**, Sevilla, v. 1, n. 4, p. 1-13, 2011.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2012.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-69.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 52-58, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100008>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

GONÇALVES, M. A. S.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 61-69, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p61-69>>. Acesso em: 28 set. 2014.

MAGALHÃES, J. M.; MONTEIRO, C. F. S.; FIQUEIREDO, M. L. F. Concepção de adolescentes sobre a prevenção do uso de crack. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 28-35, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3450/pdf\\_1150](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3450/pdf_1150)>. Acesso em: 28 set. 2014.

MILLER, M. W. et al. Alcohol and Drug Abuse Among U.S. Veterans: Comparing Associations With Intimate Partner Substance Abuse and Veteran Psychopathology. **J. Trauma. Stress**, New York, v. 26, n. 1, p. 71-76, Feb. 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, E. N. et al. Clinical aspects and care production in a Brazilian psychosocial care center of alcohol and other drugs (CAPS AD). **Issues Ment. Health Nurs.**, New York, v. 35, n. 5, p. 356-363, May 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/01612840.2013.869286>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PEREIRA, R. A. et al. O desafio da prevenção às drogas na sociedade atual: análise de cinco modelos de prevenção universal ao uso indevido de drogas. **Rev. Científic@**, Goianésia, v. 2, n. 1, p. 114-130, 2014.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artamed, 2011.

ROGERS, J. D. et al. Perceptions of neighborhood social environment and drug dependence among incarcerated women and men: a cross-sectional analysis. **Subst. Abuse Treat. Prev. Policy**, London, v. 7, p. 39, 2012.

ROJAS, E. et al. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. **Salud Ment.**, Mexico, v. 34, n. 4, p. 351-365, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a8.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

SALES, C. A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 659-667, jul./ago. 2014.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Estrutura, relações e antecedentes do uso de drogas em famílias de usuários de crack. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 527-534, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21282>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SLOBODA, Z.; GLANTZ, M. D.; TARTER, R. E. Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. **Subst. Use Misuse**, Monticello, v. 47, n. 8-9, p. 944-962, Jun./Jul. 2012.

SOCCOL, K. L. S. et al. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 549-557, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. Vienna: UNODC, 2013.

VALENTIM, O. S.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Vulnerability to Stress in People with Alcoholism. **Rev. Portuguesa Enferm. Saúde Mental**, Porto, n. spec., p. 76-81, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 set. 2015.

## 6 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO

Este estudo foi conduzido pela metodologia de abordagem qualitativa com técnica de análise temática de Bardin, e esse método me permitiu apreender as motivações atribuídas por usuários de drogas para o acesso ao tratamento em comunidades terapêuticas e, com isso, conhecer os apoiadores sociais, considerados essenciais nesse processo de libertação do vício das drogas.

Ao me aproximar das vivências desses participantes, por meio de suas alocações, foi possível destacar alguns pontos fundamentais a serem considerados no cuidado ao indivíduo usuário de drogas. A partir dessa reflexão, espero contribuir para a assistência e tratamento dos usuários de drogas de maneira integral, para que, assim, seu atendimento seja realizado, visando-se a suas distintas dimensões.

Ao compartilhar das experiências expressas pelos residentes, foi possível transpor-me, por muitas vezes, ao espaço em que os mesmos vivenciavam suas dores, angústias, medos, inseguranças, solidão e limitações. Foi possível compreender que seu cotidiano estava imerso a um cenário de extrema vulnerabilidade.

Assim, em meio a essa consternada vivência com a ambiguidade de sentimentos e sensações, eles conseguiram assumir a sua doença e foram encorajados, na maioria das vezes, por ínfimos apoiadores sociais que pertenciam a sua realidade ou não, e esses foram representados pela família, amigos, companheiros, profissionais da saúde e grupos de ajuda. E, assim, encontraram inúmeros ensejos de carinho, acolhimento, que os conduziram à busca pelo tratamento e ressignificar suas vidas (Figura 3).

Figura 3 – Sentimentos vivenciados pelos residentes das comunidades terapêuticas, Maringá, 2015.



No que tange ao cuidado oferecido pelos apoiadores sociais, a rede informal assumiu importante função de cuidado, oferta de carinho e acolhimento, e seus componentes foram considerados fundamentais nos processos de enfrentamento e motivação para a descontinuidade do abuso de drogas. Quanto aos apoiadores formais, principalmente representados, neste estudo, segundo depoimentos, pelos profissionais de saúde, apresentaram-se negativamente, pois se sentem abandonados, descuidados e não veem esses profissionais como componentes atuantes e sim sentem-se à mercê de um cuidado parcial, pouco efetivo e desmotivador.

No entanto, essa rede formal é integrada ainda por grupos de ajuda, vinculados às CT, que ofertam desde o cuidado básico, focado na alimentação e higienização, ao cuidado da saúde mental, transmitindo palavras de conforto, espiritualidade, apoio para internação e reinserção social para aqueles que vivem na invisibilidade.

Assim, os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, devem olhar o contexto do cuidado aos usuários de drogas de forma holística e implementar suas estratégias de tratamento de forma integralizada e acima de

tudo conhecer sua população alvo e família, para que possam oferecer mais segurança e domínio ao fornecer elementos para o cuidado. Além disso, precisam compreender o sentimento desses indivíduos e escutar suas reais necessidades, como cada um desses deseja ser tocado e, sem qualquer outra pretensão, deseja receber o cuidado, dessa forma o profissional demonstrará o desejo e compromisso ao cuidar.

Esta pesquisa apresentou algumas limitações, destaco, como ponto negativo, o fato de que, ao discursarem livremente sobre os aspectos de fragilidades e busca de novo sentido a suas vidas, os participantes acabavam em alguns períodos perdendo o foco da questão norteadora. Era então necessário retomar o objetivo principal do estudo, por meio de questões curtas de apoio, com intuito de alcançar a proposta real da pesquisa. Outra dificuldade foi tratar com a emoção demonstrada pelos residentes durante as entrevistas, e, como era preciso um resgate de vivências, muitos choraram e solicitaram um momento, o que foi respeitado por mim.

O tratamento do abuso de drogas é acima de tudo a busca de uma ressignificação de vida, envolve uma mudança intensa, abstrusa, marcada por erros e escorregões como qualquer processo de modificação de comportamento, assim cabe à família, ao meio social e à equipe de profissionais vinculados ao indivíduo motivá-lo para tal. Dessa forma, pretendo despertar um olhar humanístico sobre os usuários de drogas e chamar a atenção quanto às políticas e propostas de tratamento já implantadas, que necessitam ser apreendidas integralmente por todas as esferas envolvidas, pois sua aplicabilidade tem sido realizada de forma deficiente, e, ao invés de trazer o usuário para perto, estamos distanciando o alvo da linha do cuidado.

## **7 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

A discussão sobre as motivações e os apoiadores sociais envolvidos no enfrentamento e tratamento do abuso de drogas foi evidenciada neste estudo. E, ao me aproximar de tais vivências ilustradas durante as entrevistas, percebo a mudança manifestada em mim frente à abordagem desses pacientes. A partir de uma longa reflexão durante o desenvolvimento deste estudo, é possível perceber que algumas medidas de manejo, descritas em livros e apreendidas com os ensinamentos acadêmicos, necessitam ser revisadas e novas perspectivas de abordagem aos usuários de drogas devem ser implantadas, a fim de assegurar uma assistência com especificidade, equidade e com qualidade, e para isso é fundamental maior envolvimento profissional para com sua prática.

Reforço, por meio dos resultados aqui encontrados, somados ao crescente número de usuários de drogas de abuso e os impactos ocasionados em decorrência desse aumento mundialmente, a necessidade de se investir na formação acadêmica de profissionais com singularidade e que possuam um olhar diferenciado frente aos usuários de drogas.

Tenho de considerar o relevante papel dos profissionais de saúde na qualidade da assistência aos usuários de drogas, ofertada pelos serviços de atenção básica, serviços de atenção psicossocial, hospitalar e comunidades terapêuticas, no entanto foi manifestada neste estudo a necessidade da busca constante por melhorias da prática de cuidado, exercida atualmente.

Por isso é fundamental a aproximação com o tema desde o período da graduação, vislumbrando-se a formação de um profissional que valorize sua atuação e reconheça sua importância como agente transformador do cenário atual. Ao aprimorar sua formação, esse profissional estará em constante inquietação e assim surgirá nova motivação para realização de pesquisas que contribuam para avanços do conhecimento e o aprimoramento do cuidado, não apenas da enfermagem, mas das equipes ampliadas na assistência em saúde.

Nesse contexto, o papel do enfermeiro dentro da equipe de atenção à prevenção e recuperação de usuários de drogas não deve ser reduzido apenas à

execução de técnicas e registro de informações. Para a enfermagem, o cuidado vai além do exercer de procedimentos, por meio de administração de medicamentos, curativos, banhos, contemplados pelas esferas biológicas, mas busca, na empatia, respeito, afeto, preocupação, escuta e acolhimento, abranger as dimensões psicológicas, sociais e espirituais do paciente e também da rede social de apoio que os circunda.

Por fim, este estudo me induz a uma reflexão que contribui e aponta implicações para o ensino, pesquisa e prática de enfermagem, percebo que a assistência de enfermagem à saúde dos usuários de drogas não se limita ao cuidado com a doença e aponta para uma necessidade eminente em investir na melhoria da atenção psicossocial integralmente. Com isso, o papel do enfermeiro na saúde coletiva é reforçado porque há inúmeros fatores a serem considerados na qualidade de vida dos usuários e no seu processo de ressignificação.

## REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, A. A. et al. La investigación cualitativa en el fenómeno de las drogas: el caso del programa regional de capacitación en investigación para enfermeros en el estudio del fenómeno de las drogas en américa latina. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Droq.**, Ribeirão Preto, v. 6, n.1, p. 7-14, 2010.
- ALBERT EINSTEIN. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Álcool e drogas sem distorção**: motivação para a mudança. São Paulo: NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein, 2015. Disponível em: <[www.einstein.br/alcooledrogas](http://www.einstein.br/alcooledrogas)>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- ALEXANDRE, A. M. C. et al. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 272-279, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- ALTAMIRANO, M. V.; HERNÁNDEZ, J. L. A.; GARCÍ, A. L. M. Asertividad y consumo de drogas em estudantes mexicanos. **Act. Colom. Psicol.**, Bogotá, v. 15. n. 1, p. 131-141, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n1/v15n1a13.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.
- ANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Aplicação do processo de enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n.1, p. 62-70, 2014.
- ANTUNES, F. et al. uso do álcool associado à violências: dados de um centro de assistência toxicológica. In: CONGRESSO CIENTÍFICO DA REGIÃO CENTRO-OCIDENTAL DO PARANÁ, 4., 2011, Campo Mourão. **Anais...** Campo Mourão: Colégio e Faculdade Integrado de Campo Mourão, 2011. Disponível em: <[http://www.grupointegrado.br/concepar2011/?action=anais\\_resumo&id=837](http://www.grupointegrado.br/concepar2011/?action=anais_resumo&id=837)>. Acesso em: 12 maio 2014.
- ARALDI, J. C. et al. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Florianópolis, v.16, n. 40, p.135-146, jan./mar. 2012.
- ASSIS, F. R. E. R.; FERREIRA, E. B. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 53-59, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e / ou similares do Brasil? Quantas são as capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BECK JÚNIOR, A.; SCHNEIDER, J. F. Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família. **Rev. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 60-79, 2012.

BENCHAYA, M. C. et al. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p. 238-244, 2011.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; BELLINI, L. M. Jovens infratores e a convivência com drogas no ambiente familiar. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 589-596, 2011.

BESSA, M. A.; BOARATI, M. A.; SCIVOLETTO, S. Crianças e adolescentes. In: DIEHL, A. (Colab.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 359-374.

BIN, G. et al. Significados de apoio social de acordo com pessoas submetidas à revascularização do miocárdio: estudo etnográfico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 1 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS 2004**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em: 9 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 4. ed. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de ago. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Brasília, DF, 2011c. Relatório de Gestão 2007-2010.

BYE, E. K.; ROSSOW, I. The impact of drinking pattern on alcohol - related violence among adolescent: an international comparative analysis. **Drug and Alcohol Review**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 131-136, 2010.

CAPISTRANO, F. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 234-241, abr./jun. 2013.

CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, DF: Cebrid: SENAD, 2010.

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C. F. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Cebrid, 2006. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

CARNEIRO, H. Breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p.11-26.

CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: eco mapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.13, n. 2, p. 321-331, 2012.

CELLARD, A. A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-315.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: UNIFESP, 2003.

CHANG, Y.; YANG, M. Nurses' attitudes toward clients with substance use problems. **Perspectives in Psychiatric Care**, Hillsdale, v. 49, n. 2, p. 94-102, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº. 466 de 2012. **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

CORDERA, B. A. Letalidad asociada a drogas ilícitas. **Cuad. Méd. Soc.**, Santiago de Chile, v. 53, n. 2, p. 95-102, 2013.

CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 84-92, 2014. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2014.

CUNHA, A. C. M. da. O consumo de drogas drug-use. **Rev. Bras. Psicodrama**, São Paulo, v. 20, n. 1, jun. 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932012000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932012000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 4 mar. 2015.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DEL PRETTE, A.; DELL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. 8. ed. Petrópolis, RJ,: Vozes, 2010.

DIAS, A. C.; ARAUJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de racha los coorte com Histórico de Tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. **Prevenção do uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros municipais**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2012. p. 347-355.

DUARTE, P. do C. A. V. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. p.132.

ESPIRITO SANTO. Secretária de Saúde. **Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado do Espírito Santo**. Vitória, 2012. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/MANUAL\\_REVISADO\\_FINAL.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/MANUAL_REVISADO_FINAL.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2014.

FERNÁNDEZ, A. J. M. El método de comunidad terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las ciencias sociales. **Revista Adicción y Ciencia**, Sevilla, v. 1, n. 4, p. 1-13, 2011.

FIESTAS, F.; PONCE, J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. **Revista Peruana de Medicina: experimentale y salud publica**, Lima, v. 29, n. 1, p. 12-20, mar. 2012.

FIGLIE, N. B. Entrevista Motivacional. In: SEIBEL, S. D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 349-336.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 18-25, jan./mar. 2012.

FONSECA, A. M. et al. Comparison between two household surveys on psychotropic drug use in Brazil: 2001 and 2004. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 663-670, 2010.

FORMIGONI, M. L. O. de S. (Coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 5. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s321-s330. 2012.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-69.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 888-895, 2005. Número especial.

GALLASSI, A. D.; SANTOS, V. O abuso de drogas: desafios e alternativas para a prática do profissional de saúde no Brasil. **Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 50, p. 51-57, 2013.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 753-761, maio-jun. 2011. Número especial.

GAWRYSZEWSK, V. P.; MONTEIRO, M. G. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. **Addiction**, Abingdon, v. 109, n. 4, p. 570-577, Apr. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GILBERT, L. et al. Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. **Psychol. Addict. Behav.**, Indianapolis, v. 26, n. 2, p. 226-235, Jun. 2012.

GIORDANO, G. N. et al. Age, period and cohort trends in drug abuse hospitalizations within the total Swedish population (1975-2010). **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, n. 134, p. 355-361, 2013.

GOMES, F. D.; ALVES, S. M. C. Os projetos de lei sobre drogas ilícitas e o princípio da dignidade da pessoa humana. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, DF, v. 2, n.2, p. 276-293, jul./dez. 2013. Cad. 3.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 52-58, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100008>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

GONÇALVES, M. A. S.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 61-69, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p61-69>>. Acesso em: 28 set. 2014.

GOULART, D. C. S. et al. Apoio intersetorial às famílias de dependentes de álcool e outras drogas. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 19, n. 2, p. 174-208, jul./dez. 2013.

GUZMÁN, F. Fatores de risco interpessoais no consumo de drogas ilícitas em adolescentes jovens marginais de bandos juvenis. [Editorial]. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 6, maio/jun. 2008.

HANEY, M. Sy14-5cannabis use disorders: latest data on cannabinoid formulations, routes of administration and treatment. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 49, suppl. 1, p. i1-i69, 2014. Disponível em: <[http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/suppl\\_1/i14.5](http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/suppl_1/i14.5)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HERMETO, E. M. C. Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescentes: o papel das atividades socioculturais. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 1, p. 270-273, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3015.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

IBGE. **Cidades@ Maringá – PR**: estimativas de população, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. 2012. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/resultados/alcool/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

KNIGHT, K. E. Assortative mating and partner influence on antisocial behavior across the life course. **Journal of Family Theory and Review**, Minneapolis, v. 3, p. 198-219, 2011.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 621-631, 2010.

LARANJEIRA, R. et al. **Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília, DF: SENAD, 2007.

MACHADO, A. R. **Políticas públicas em álcool e outras drogas**. São João Del Rey: Ed. da UFSJ, 2010.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 801-821, 2007.

MAGALHÃES, J. M.; MONTEIRO, C. F. S.; FIQUEIREDO, M. L. F. Concepção de adolescentes sobre a prevenção do uso de crack. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 28-35, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3450/pdf\\_1150](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3450/pdf_1150)>. Acesso em: 28 set. 2014.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.14, n.1, p. 166-177, 2011.

MARINGÁ. **Associação Maringá Apoiando a Recuperação de Vidas: MAREV**. Disponível em: < <http://www.marev.com.br/site/artigos/>> Acesso em: 1 maio 2014.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**. Maringá, 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. **Projeto de diretrizes: abordagem geral do usuário de substâncias com o potencial de abuso**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2008. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/001.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/001.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2014.

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 2. ed. New York, Harper &. Row, 1970.

MIGUEL, A. Q. C.; GAYA, C. M. Técnicas e terapias comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência química. In: LARANJEIRA, R.; ZANELATTO, N.A (Org.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 313-330.

MILLER, M. W. et al. Alcohol and Drug Abuse Among U.S. Veterans: Comparing Associations With Intimate Partner Substance Abuse and Veteran Psychopathology. **J. Trauma. Stress**, New York, v. 26, n. 1, p. 71-76, Feb. 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 344-348, 2012.

MONTEIRO, R. M. P. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1691-1694, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a24.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MOTA, D. C. B. **Avaliação da implementação das Políticas Públicas sobre o álcool e outras drogas em nível Municipal**. 2011. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal de Psicologia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING (NCSBN). **Use Disorder Innursing**: a Resource Manual and Guidelines for Alternative and Disciplinary Monitoring Programs. United States of America: NCSBN, 2011a.

NATIONAL COUNCIL OF STATE BOARDS OF NURSING (NCSBN). **White paper**: a nurse's guide to the use of social media. 2011b. Disponível em: <[www.ncsbn.org/Section\\_II.pdf](http://www.ncsbn.org/Section_II.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

OLIVEIRA, E.; MEDONÇA, J. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. **Online Braz. J. Nurs.**, Niterói, v. 11, no.1, p.11-17, 2012.

OLIVEIRA, E. N. et al. Clinical aspects and care production in a Brazilian psychosocial care center of alcohol and other drugs (CAPS AD). **Issues Ment. Health Nurs.**, New York, v. 35, n. 5, p. 356-363, May 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/01612840.2013.869286>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

OLIVEIRA, M. L. F. A concepção explicativa do conceito de vulnerabilidade e a enfermagem. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 623-623, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. 10. ed. rev. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abuso de substância**. 2012. Disponível em: <[HTTP://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/)>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PADIN, M. F. R.; RIBEIRO, M.; SAKIYAMA, H. M. T. **Prevenção da recaída e treinamento de habilidades sociais**: o tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 337-350.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construção de alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicol Soc.**, Belo Horizonte, v. 23, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, R. A. et al. O desafio da prevenção às drogas na sociedade atual: análise de cinco modelos de prevenção universal ao uso indevido de drogas. **Rev. Científic@**, Goianésia, v. 2, n. 1, p. 114-130, 2014.

PINA, A. P. B. **Investigação e estatística com EpiInfo**. Lisboa: Gabinete de Investigação e Estatística. Delegação Regional do Instituto da Droga e Toxicodependência, 2006.

POLICK, T. **How to care for patients who abuse alcohol**. 2012. Disponível em: <<https://nursinglink.monster.com/benefits/articles/21500-how-to-care-for-patients-who-abuse-alcohol?print=true>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POZZA, A. M. et al. A influência familiar no envolvimento dos jovens com as drogas. **Rev. Eletr. Interdisciplinar**, Campinas, SP, v. 2, n. 6, p. 154, 2011. Disponível em: <<http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/123>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Toward a comprehensive model of change. In: MILLER, W. R.; HEALTHER, N. (Ed.). **Treating addictive behaviors processes of change**. New York: Plenum Press, 1986. p. 3-27.

RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, v. 4, p. 52-67, 2011.

REMENTERÍA, I. La función de utilidad del uso de las drogas y las culturas de su consumo. **Cuad. Méd. Soc.**, Santiago de Chile, v. 54, n. 1, p. 35-41, 2014. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4860412>>. Acesso em: 10 Sept. 2014.

REZENDE, E. P.; RIBEIRO, M. **Crêterios diagnôsticos de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias**: o tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 33-42.

RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUAILIBI, L. B. Avaliação de fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.226-238.

ROGERS, J. D. et al. Perceptions of neighborhood social environment and drug dependence among incarcerated women and men: a cross-sectional analysis. **Subst. Abuse Treat. Prev. Policy**, London, v. 7, p. 39, 2012.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 31-41, 2008.

ROJAS, E. et al. Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. **Salud Ment.**, Mexico, v. 34, n. 4, p. 351-365, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a8.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de 19 jovens. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 379-389, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0111>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SALES, C. A. et al. Music in human terminality: the family members' conceptions. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 138-145, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_19.pdf)>. Acesso em: 2 set. 2013.

SALES, C. A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 659-667, jul./ago. 2014.

SANTOS, F. S.; INCONTRI, D. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 488-497, 2010.

SCHABELL, C. **Mediação familiar de conflitos**: dependência de drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. de. A dependência de álcool, cocaína e cracke transtornos psiquiátricos. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, DF, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHENKER, M. O desafio da drogadicção na sociedade contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 618-618, 2010.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Estrutura, relações e antecedentes do uso de drogas em famílias de usuários de crack. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 527-534, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21282>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SHENKER, M.; MINAYO, M. C. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2005.

SILVA, F. A.; SILVA, E. S.; MEDINA, J. S. **Uso de drogas psicoativas**: teorias e métodos para multiplicador prevencionista. Assis: Triunfal Gráfica e Editora, 2012.

SILVA, J. et al. Uso de drogas ilícitas em sete países da América Latina: perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, p. 763-769, 2009. Número especial. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000700002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000700002)>. Acesso em: 26 jul. 2014.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. Atitudes e comportamentos de adolescentes em relação à ingestão de bebidas alcoólicas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1063-1069, 2011.

SILVEIRA, C. M. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

SILVINO, M. C. S. et al. Operacionalização de evento sentinela para vigilância do uso de drogas de abuso. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2 p. 59-66, 2012.

SIQUEIRA, D. F. et al. Percepção de familiares sobre a iniciação do uso de crack por adolescente. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 948-954, jan./mar. 2015. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/bce-sdi/Meus%20documentos/Downloads/23019-113023-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SLOBODA, Z.; GLANTZ, M. D.; TARTER, R. E. Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. **Subst. Use Misuse**, Monticello, v. 47, n. 8-9, p. 944-962, Jun./Jul. 2012.

SOCCOL, K. L. S. et al. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 549-557, 2013.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 374 – 383, abr./jun. 2012.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SPADONI, L. et al. Polidrogadição em usuários de crack como estratégia de enfrentamento do medo em moradores de rua. **Fronteiras**, Anápolis, v. 3, n. 2, p. 260-271, 2014.

TAVARES, G. P.; ALMEIDA, R. M. M. Violência, dependência química e transtornos mentais presidiários. **Estudos. Psicol.** Campinas, SP, v. 27, n. 4, p. 545-552, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/12.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. New York: UNODC, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. Vienna: UNODC, 2013.

VALENÇA, C. N. et al. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: Reflexão ética parágrafo a Enfermagem **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 562-567, 2013.

VALENTIM, O. S.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Vulnerability to Stress in People with Alcoholism. **Rev. Portuguesa Enferm. Saúde Mental**, Porto, n. spec., p. 76-81, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 set. 2015.

VARELA, D. S. S. et al. Faces da família frente ao processo de drogadição e encarceramento dos usuários: uma reflexão. **Rev. Enferm. UFPI.**, Piauí, v. 3, n. 2, p. 115-120, 2014.

VRIEZE, S. I. et al. Is the continuity of externalizing psychopathology the same in adolescents and middle-aged adults? A test of the externalizing spectrum's developmental coherence. **J. Abnorm. Child Psychol.**, New York, v. 40, n. 3, p. 459-470, Apr. 2012.

WAGNER, M. F. et al. O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 255-273, 2010.

WORD DRUG REPORT. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **O desafio das novas substâncias psicoativas**. New York, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**. Geneva, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The state of the world's children 2011. **Adolescence: an age of opportunity**. New York: United Nations Children's Fund., 2011a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Status Report on Alcohol 2011**. 2011b. Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/)>. Acesso em: 13 out. 2013.

ZANELATTO, N. A. **Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 172-178.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Entrevistado nº \_\_\_\_\_

**1. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

1.1 Sexo: ( ) M ( ) F

1.2 Idade: \_\_\_\_\_

1.3 Cor de pele: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Outra : \_\_\_\_\_

1.4 Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Separado/ divorciado ( ) Relação estável

1.5 Filhos: ( ) Não ( ) Sim, quantos? \_\_\_\_\_

1.6 Escolaridade (anos estudados): \_\_\_\_\_

1.7 Cidade de residência: \_\_\_\_\_

1.8 Zona de residência: ( ) Urbana ( ) Rural ( ) Periferia ( ) Em situação de rua.

1.9 Profissão: \_\_\_\_\_

1.10 ( ) Empregado ( ) Desempregado

1.11 Renda Familiar: \_\_\_\_\_

1.12 Religião: \_\_\_\_\_

**2. DADOS SOBRE A INTERNAÇÃO**

2.1 Tempo de internação e fase do tratamento: \_\_\_\_\_

2.2 Faz algum tratamento de saúde? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. DADOS SOBRE O PADRÃO DE USO DE DROGAS DE ABUSO**

3.1 Qual droga você já fez uso? \_\_\_\_\_

3.2 Com que idade começou a usar drogas? \_\_\_\_\_

3.3 Possui antecedentes familiares sobre consumo do uso de drogas? Se Sim. Quem. Qual droga? \_\_\_\_\_

3.4 Já esteve hospitalizado ou internado para tratamento do uso da droga? ( ) Não ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

**4. QUESTÃO NORTEADORA**

**4.1 Conte-me quais foram os motivos que te levaram ao uso de drogas/ Quais os motivos para o tratamento em Comunidade Terapêutica/ Quais foram as pessoas ou grupos que te apoiaram no processo de enfrentamento e libertação do vício das drogas?**

Questão de apoio:

4.2 Qual foi o momento que você decidiu que deveria parar com o uso de drogas? Você poderia relatar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada; "**MOTIVAÇÕES ATRIBUÍDOS POR USUÁRIOS DE DROGAS AO ACESSO AS COMUNIDADES TERAPEUTICAS PARA TRATAMENTO**", que faz parte do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e será realizada pela mestranda Michele Cristina Santos Silvino, da Universidade Estadual de Maringá, sob orientação da Profa. Dra. Catarina Aparecida Sales.

A pesquisa supracitada tem como objetivo: Apreender os fatores motivacionais atribuídos pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento. Sua participação é muito importante para alcançar os objetivos deste estudo, e ela se daria respondendo a uma entrevista com questões abertas e fechadas, versando entre outras coisas, sobre: Dados socioeconômicos, demográficos e compreender as causas de recaídas no tratamento terapêutico e qual foi o ponto de virada para busca do tratamento terapêutico. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar do estudo, deixar de responder as perguntas que por ventura lhe causem constrangimento ou desconforto, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os registros gravados serão transcritos na íntegra e arquivados por cinco anos, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98. Após este prazo, os mesmos serão descartados.

Informamos que poderão ocorrer possíveis desconfortos ao responder o questionário, considerando-se a natureza das informações, mas que neste caso você poderá suspender as respostas imediatamente. Não estão previstos benefícios diretos e imediatos por sua participação no estudo, contudo, o retorno dos benefícios do estudo à instituição se dará pela apresentação dos resultados e sugestões emanadas desta investigação ao Centro de Recuperação Casa do Oleiro, acreditamos que este estudo possa contribuir para o levantamento das necessidades e compreensão do uso de drogas e contribua para a construção de estratégias que os mantenham na condição de abstinentes.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

É importante que fique ciente de que as informações fornecidas são consideradas estritamente confidenciais, que ficarão antes de serem excluídas armazenadas por cinco anos de forma digital e que serão divulgados apenas os resultados globais desta pesquisa.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa realizada pela mestranda Michele Cristina Santos Silvino.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Eu, **MICHELE CRISTINA SANTOS SILVINO**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

#### Orientadora:

Profª Drª Catarina Aparecida Sales  
Telefone (44) 3011-4494 Avenida Colombo nº 5.790  
Maringá- PR – CEP 87020-900

#### Entrevistadora:

Michele Cristina Santos Silvino  
Telefone (44) 8807-8288  
Avenida Colombo nº 5.790 Maringá- PR – CEP 87020-900

#### Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida:

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

**Endereço:** Av. Colombo, 5.790. Câmpus Sede da UEM. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá - Pr. Tel.: (44) 3011-4444

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada; "**MOTIVAÇÕES ATRIBUÍDOS POR USUÁRIOS DE DROGAS AO ACESSO AS COMUNIDADES TERAPEUTICAS PARA TRATAMENTO**", que faz parte do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e será realizada pela mestranda Michele Cristina Santos Silvino, da Universidade Estadual de Maringá, sob orientação da Profa. Dra. Catarina Aparecida Sales.

A pesquisa supracitada tem como objetivo: Apreender os fatores motivacionais atribuídos pelos usuários de drogas para a descontinuidade do uso e busca pelo tratamento. Sua participação é muito importante para alcançar os objetivos deste estudo, e ela se daria respondendo a uma entrevista com questões abertas e fechadas, versando entre outras coisas, sobre: Dados socioeconômicos, demográficos e compreender as causas de recaídas no tratamento terapêutico e qual foi o ponto de virada para busca do tratamento terapêutico. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar do estudo, deixar de responder as perguntas que por ventura lhe causem constrangimento ou desconforto, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os registros gravados serão transcritos na íntegra e arquivados por cinco anos, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98. Após este prazo, os mesmos serão descartados.

Informamos que poderão ocorrer possíveis desconfortos ao responder o questionário, considerando-se a natureza das informações, mas que neste caso você poderá suspender as respostas imediatamente. Não estão previstos benefícios diretos e imediatos por sua participação no estudo, contudo, o retorno dos benefícios do estudo à instituição se dará pela apresentação dos resultados e sugestões emanadas desta investigação a Associação Beneficente Casa de Nazaré, acreditamos que este estudo possa contribuir para o levantamento das necessidades e compreensão do uso de drogas e contribua para a construção de estratégias que os mantenham na condição de abstinentes.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

É importante que fique ciente de que as informações fornecidas são consideradas estritamente confidenciais, que ficarão antes de serem excluídas armazenadas por cinco anos de forma digital e que serão divulgados apenas os resultados globais desta pesquisa.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa realizada pela mestranda Michele Cristina Santos Silvino.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Eu, **MICHELE CRISTINA SANTOS SILVINO**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### Orientadora:

Profª Drª Catarina Aparecida Sales  
Telefone (44) 3011-4494 Avenida Colombo nº 5.790  
Maringá- PR – CEP 87020-900

### Entrevistadora:

Michele Cristina Santos Silvino  
Telefone (44) 8807-8288  
Avenida Colombo nº 5.790 Maringá- PR – CEP 87020-900

### Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida:

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP)  
envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

**Endereço:** Av. Colombo, 5.790. Câmpus Sede da UEM.  
Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da  
UEM. CEP 87020-900. Maringá - Pr. Tel.: (44) 3011-4444

**ANEXOS**

**ANEXO A**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO CENTRO DE RECUPERAÇÃO CERCO**

Centro de Recuperação Casa do Oleiro  
Organização não governamental



Maringá, 14 de Novembro de 2014.

Declaramos para devidos fins que somos de **PARACER FAVORÁVEL**, a execução da pesquisa sob coordenação da Profª Drª Catarina Aparecida Sales e pesquisadora participante Michele Cristina Santos Silvino, com os residentes do **Centro de Recuperação Casa do Oleiro** internados a fim de receber apoio e orientação psicossocial e espiritual para superação da dependência química. A pesquisa está intitulada: **Percepção do dependente químico sobre o processo de recuperação**, tendo como objetivo, apreender os fatores motivacionais para descontinuidade do uso de drogas de abuso na percepção do dependente químico em processo de recuperação. O estudo está vinculado ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Pastora Áurea  
Fundadora e Diretora Interna  
Casa do Oleiro F: 9838-8063

Aurea Nazaré de Souza  
Diretora Interna

CERCO - Cent. Rec. Casa do Oleiro  
R. Maria de F. Marangoni, 1657  
Fone: (44) 3259-2233  
CNPJ: 02.761.899/0001-90  
CEP: 87060-370 - Maringá - PR

**ANEXO B**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CASA DE NAZARÉ**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
 ESCLARECIDO INSTITUCIONAL**  
 Associação Beneficente Casa de Nazaré

Maringá, 18 de Novembro de 2014,

Declaramos para devidos fins que emitimos um **PARACER FAVORÁVEL**, a execução da pesquisa coordenada pela Profª Drª Catarina Aparecida Sales e pesquisadora participante Michele Cristina Santos Silvino, com as residentes da **Associação Beneficente Casa de Nazaré** internadas para tratamento do uso de drogas de abuso. A pesquisa está intitulada: **Percepção do dependente químico sobre o processo de recuperação**, tendo como objetivo, apreender os fatores motivacionais para descontinuidade do uso de drogas de abuso na percepção do dependente químico em processo de recuperação. O estudo está vinculado ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

*Valde Souza*

Valde Souza Soares de Souza

Presidente Associação Beneficente Casa de Nazaré

Valde Souza Soares de Souza  
 PRESIDENTE  
 Casa de Nazaré

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE CASA DE NAZARÉ

Rua. Rio Sarantóia, 1391  
 Fone: (41) 3029-6232  
 CNPJ: 01.118.501/0007-12  
 CEP: 8043490 - Maringá - PR

## ANEXO C

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UEM



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO SOBRE O PROCESSO DE

**Pesquisador:** Catarina Aparecida Sales

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37230514.5.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 910.552

**Data da Relatoria:** 30/11/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Aprender os fatores motivacionais para descontinuidade do uso de drogas de abuso na percepção do dependente químico em processo de recuperação.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As drogas de abuso são substâncias com capacidade de modificar o sistema fisiológico, e são utilizadas com ou sem intenção de beneficiar o organismo receptor. São diferentes dos fármacos, substâncias de estrutura química definida, pois são capazes de modificar o sistema fisiológico em benefício do organismo receptor. Deste modo, elas podem ser classificadas conforme o mecanismo de ação ou efeito que elas causam no sistema nervoso central (SNC), pois elas atuam alterando o psiquismo, na forma de sentir, de pensar e de agir. As alterações do psiquismo dependem do tipo de droga ingerida, sendo divididas em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC (CARLINI et al., 2010). O consumo abusivo de substâncias psicoativas

<b>Endereço:</b> Av. Colombo, 5790, UEM-PPG	
<b>Bairro:</b> Jardim Universitário	<b>CEP:</b> 87.020-900
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> MARINGÁ
<b>Telefone:</b> (44)3011-4444	<b>Fax:</b> (44)3011-4518
	<b>E-mail:</b> copep@uem.br



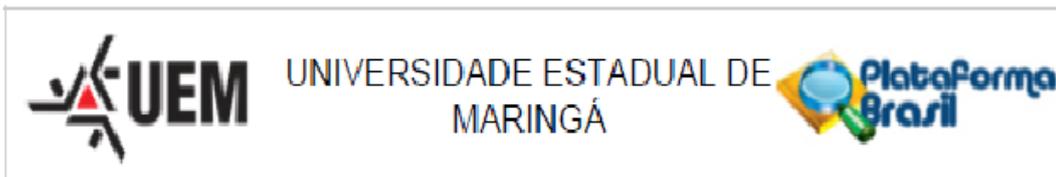
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Formoc: 010.582

compreende um relevante problema de saúde pública mundialmente. Somente a partir do século XX, o consumo se transformou em uma preocupação mundial, em decorrência do seu uso abusivo e por consequências dos seus prejuízos sociais e patológicos (OLIVEIRA, MONTEIRO, 2012). Buscando reduzir o consumo a partir do ano de 1998, o Brasil deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema, que contempla ações referentes à prevenção, tratamento e à recuperação de danos do uso de drogas lícitas e ilícitas, bem como a reinserção social de usuários e dependentes, com a promoção de atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2014). A diversidade de problemas e de pessoas envolvidas com as drogas permite dizer que o abuso de substâncias psicoativas é um problema de grande magnitude. Diante deste contexto, o que mais preocupa é a repercussão devastadora das consequências do uso. Fato é que o consumo indevido dessa substância está associado a inúmeros problemas de ordem biológica, psicológica e social, além de possibilitar na maioria das vezes a perda de vínculos importantes e consequências tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade onde ele se encontra inserido (ANDEKOKEN, SIQUEIRA, 2014). O presente estudo objetiva apreender os fatores motivacionais para descontinuidade do uso de drogas de abuso na percepção do dependente químico em processo de recuperação. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido na cidade de Maringá, no noroeste do Estado do Paraná. O município de Maringá possui atualmente sete Comunidades Terapêuticas (CT) em funcionamento onde 180 pessoas recebem tratamento, com duração de três a nove meses. Dentre as CTs, escolheu-se a para realização deste estudo o Centro de Recuperação Casa do Oleiro (CERCO) e Associação Beneficente Casa de Nazaré. A coleta de dados será constituída por análise documental dos registros individuais dos pacientes das CTs, aplicação dos roteiros de entrevista semiestruturada aos usuários, e observação não participante com posterior elaboração dos diários de campo. Os sujeitos serão esclarecidos sobre os aspectos éticos envolvendo a pesquisa e se aceite em participar será solicitado ao usuário assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Essa pesquisa respeitará os princípios éticos da investigação com seres humanos, conforme os preceitos da Resolução de 466 de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional da Saúde (CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE, 2012). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido na cidade de Maringá, no noroeste do Estado do Paraná. O município de Maringá conta com uma rede de tratamento em saúde mental composta por um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas III (CAPS-AD), um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), um serviço de

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: coperp@uem.br



Continuação do Parecer: 910.552

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 11 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**