



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde

**ELISEU DA COSTA CAMPOS**

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO-MG**

Uberaba/MG

2015



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde

ELISEU DA COSTA CAMPOS

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO-MG**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Atenção à Saúde.

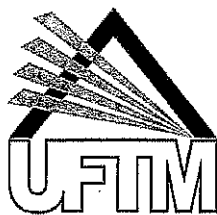
**Área de concentração:** Atenção à saúde das populações.

**Eixo temático:** Saúde do adulto e do idoso.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Uberaba/MG

2015



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde

**QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO-MG**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Atenção à Saúde.

**Área de concentração:** Atenção à saúde das populações.

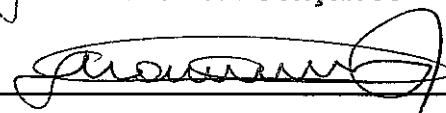
**Eixo temático:** Saúde do adulto e do idoso.

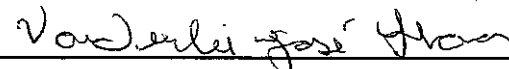
**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Uberaba-MG 17 de dezembro de 2015

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. \_\_\_\_\_  
  
Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
  
Denis da Silva Moreira

Prof. Dr. \_\_\_\_\_  
  
Vanderlei José Haas

**Dados Internacionais de Catalogação – CIP Brasil**

**Catalogação na fonte**

Dedico este estudo aos pacientes e  
trabalhadores do CAPS-AD que  
possibilitaram a realização do mesmo.

## **AGRADECIMENTOS**

**A Professora Doutora Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves**

**Ao Professor Doutor Vanderlei José Hass**

**A Rafaela Ribeiro Figueiredo**

**A Katia Ribeiro Figueiredo**

**Ao Donizete Figueiredo**

**Agradeço por se tornarem minha única família pelos dois anos de estudo**

## RESUMO

O uso indevido de drogas é uma questão mundial causando preocupações em pais, educadores, profissionais de saúde e a sociedade em geral. O consumo de drogas pela humanidade é um fenômeno antigo e nos acompanha desde as primeiras civilizações, mas seus desafios são atuais. Mulheres e homens desenvolvem perfis de consumo e enfrentamentos diferentes, sendo que as mulheres consumidoras de drogas carregam um maior estigma do que os homens. Faz-se essencial perceber as diferenças entre os sexos, promovendo melhor adesão ao tratamento proposto, possibilitando ao usuário que suas necessidades sejam ouvidas e suas particularidades respeitadas. No que tange a QV, são muitos os fatores que interferem positivamente ou negativamente. Entre eles podemos citar o suporte social, expectativas pessoais, estado mental e bem estar espiritual. QV é um conceito particular ao indivíduo ou sociedade, sendo essa combinação associada a variáveis como estado de saúde, satisfação no trabalho, questões econômicas, lazer e diversão, relações familiares, bem estar espiritual e o exercício de práticas prazerosas. A relação entre espiritualidade, saúde física e saúde mental, tem evidenciado resultados benéficos em doenças no coração, pressão sanguínea, funções do sistema imunológico, doenças infecciosas, processos de dor e mortalidade, influenciando diretamente na QV da população. A principal ferramenta estratégica de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil, atualmente, é o CAPS-AD. Estes são serviços de saúde mental comunitários do SUS, destinados a prestar acompanhamento, por equipe inter/multidisciplinar, a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. O objetivo do trabalho é Identificar as características sociodemográficas, QV e espiritualidade de usuários de álcool e outras drogas, segundo o sexo. Trata-se de um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa. Os usuários do CAPS-AD foram abordados nos meses de março, abril e junho de 2015, no dia de atendimento, dentro do espaço físico do CAPS-AD no período diurno, quando convidados a participar da pesquisa. A entrevista foi realizada em local privativo e de forma

individual. Foram utilizados como instrumentos um questionário de *Perfil Sociodemográfico e Econômico*, o módulo *WHOQOL-bref* e o módulo *WHOQOL espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais* (SRPB). Concluímos que em relação aos usuários do CAPS-AD instituídos na região do Triângulo Mineiro, o álcool é apontado como a principal droga de início na maioria dos usuários. Foram encontrados escores que indicam o comprometimento da QV dos usuários. Esses dados contribuem para o direcionamento de intervenções de enfermagem e da equipe multiprofissional atuante no CAPS-AD. São escassos no Brasil, a realização de estudos em CAPS-AD utilizando escalas de avaliação traduzidas e validadas. O atendimento a estes usuários do CAPS-AD, deve ser condizente as realidades de cada sexo. Um ambiente masculino, pode intimidar o comparecimento e a adesão das mulheres. Se faz necessário desenvolver novos trabalhos científicos que abordem o tema da QV e da espiritualidade também na população do CAPS-AD. Tais pesquisas devem atentar as diferenças sociais, e biológicas que distinguem homens e mulheres, norteando assim, as ações de saúde e promovendo um SUS mais humano e integral.

Palavras chave: Espiritualidade. Qualidade de vida. Saúde mental. Saúde do adulto. Serviços de saúde mental.



## ABSTRACT

The misuse of drugs is a global issue causing concern for parents, educators, health professionals and society in general. Drug use by mankind is an ancient phenomenon and with us from the earliest civilizations, but their challenges are current. Women and men develop consumer profiles and different confrontations, and the women consuming drugs carry a greater stigma than men. It will be essential to realize the differences between the sexes, promoting better adherence to the proposed treatment, enabling the user that their needs are heard and respected their particularities. Regarding quality of life, there are many factors that interfere positively or negatively. Among them we can mention the social support, personal expectations, state of mind and spiritual well-being. Quality of life is a particular concept to the individual or society, and this combination associated with variables such as health, job satisfaction, economic, leisure and entertainment, family relationships, spiritual well-being and the exercise pleasurable practices. The relationship between spirituality, physical health and mental health, has shown beneficial results in heart disease, blood pressure, immune function, infectious disease, pain and death processes, directly influencing the population's quality of life. The main strategic tool for coping with the abuse of alcohol and other drugs in Brazil is currently the CAPS-AD. These are community mental health of the unique health care services intended to provide follow-up on inter / multidisciplinary team, people with problems related to abuse and dependence on alcohol and other drugs. The objective is to identify the sociodemographic characteristics, quality of life and spirituality of users of alcohol and other drugs, according to sex. This is an observational, cross and quantitative approach. Users of CAPS-AD were addressed in the galhs of March, April and June 2015, the day of service, within the physical space of CAPS-AD, during the day, when invited to participate. The interview was conducted in a private place and individually. Were used as instruments the Questionnaire Sociodemographic and Economic, the WHOQOL-bref module and the module WHOQOL-SRPB (spirituality, religiousness, and personal beliefs). We concluded that in relation to the CAPS-

AD users established in the region of the Triângulo Mineiro, alcohol is considered as the main early drug in most users. Scores were found indicating the low quality of life of users. These data contribute to the targeting of nursing interventions and multi-professional team active in CAPS-AD. They are scarce in Brazil, conducting studies in CAPS-AD using translated and validated rating scales. The care of these users on CAPS-AD should be consistent realities of each sex. A male environment can be intimidating attendance and membership of women. It is necessary to develop new scientific papers that address the topic of quality of life and spirituality also in CAPS-AD population. Such research should heed the social and biological differences that distinguish men and women, so guiding the health actions and promoting a more human SUS and integral.

Keywords: Spirituality. Quality of life. Mental health. Adult health. Mental health services.

## RESUMEN

El uso indebido de drogas es un problema mundial que causa preocupación para los padres, educadores, profesionales de la salud y la sociedad en general. El consumo de drogas por la humanidad es un fenómeno antiguo y con nosotros desde las primeras civilizaciones, pero sus retos son actuales. Las mujeres y los hombres desarrollan perfiles de los consumidores y los diferentes enfrentamientos, y las mujeres que consumen drogas llevan un estigma mayor que los hombres. Será esencial darse cuenta de las diferencias entre los sexos, la promoción de una mejor adherencia al tratamiento propuesto, lo que permite al usuario de que sus necesidades sean escuchadas y respetadas sus particularidades. En cuanto a la calidad de vida, hay muchos factores que interfieren positiva o negativamente. Entre ellos podemos mencionar el apoyo social, las expectativas personales, estado de ánimo y el bienestar espiritual. Calidad de vida es un concepto en particular para el individuo o la sociedad, y esta combinación asociada con variables como la salud, la satisfacción laboral, económico, de ocio y entretenimiento, las relaciones familiares, el bienestar espiritual y el ejercicio prácticas placenteras. La relación entre la espiritualidad, la salud física y la salud mental, ha demostrado resultados beneficiosos en la enfermedad cardíaca, la presión arterial, la función inmune, enfermedades infecciosas, los procesos de dolor, influyendo directamente en la calidad de vida de la población. La principal herramienta estratégica para hacer frente al abuso de alcohol y otras drogas en Brasil es actualmente el CAPS-AD. Estos son los servicios comunitarios de salud mental del SUS, destinadas a dar seguimiento en el equipo multidisciplinario, las personas con problemas relacionados con el abuso y la dependencia de alcohol y otras drogas. la meta es identificar las características sociodemográficas, de calidad de vida y espiritualidad usuarios de alcohol y otras drogas, según el sexo. Se trata de un estudio observacional, transversal y un enfoque cuantitativo. Los usuarios de CAPS-AD se abordaron en los meses de marzo, abril y junio de 2015, el día del servicio, dentro del espacio físico de CAPS-AD, durante el día, cuando sean invitados a participar. La entrevista se

llevó a cabo en un lugar privado e individual. Se utilizaron como perfil cuestionario sociodemográfico y económico, el módulo WHOQOL-bref y la espiritualidad módulo WHOQOL (SRPB), la religiosidad y creencias personales. Llegamos a la conclusión de que en relación con los usuarios de CAPS-AD establecidas en la región del Triángulo Mineiro, el alcohol se considera como la principal droga temprano en la mayoría de los usuarios. Se encontró puntajes que indica la calidad de vida comprometimiento de los usuarios. Estos datos contribuyen a la focalización de las intervenciones de enfermería y equipo multiprofesional activo en CAPS-AD. Ellos son escasos en Brasil, la realización de estudios en CAPS-AD utilizando traducido y validado escalas. El cumplimiento de estos usuarios CAPS-AD debe ser realidades consistentes de cada sexo. Un ambiente macho puede ser intimidante asistencia y membresía de las mujeres. Es necesario desarrollar nuevos trabajos científicos que abordan el tema de la calidad de vida y la espiritualidad también en población CAPS-AD. Esta investigación debe prestar atención a las diferencias sociales y biológicas que distinguen a los hombres y mujeres, por lo que guía las acciones de salud y la promoción de un SUS más humano e integral.

Palabras clave: Espiritualidad. Calidad de vida. Salud mental. Salud del adulto. Servicios de salud mental.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características sócio demográfica dos participantes inseridos junto aos CAPS-AD do Triângulo Mineiro/MG, 2015	39
Tabela 2	Distribuição do uso de primeira droga e idade do primeiro uso dos participantes inseridos junto aos CAPS-AD do Triângulo Mineiro/MG, 2015	40
Tabela 3	Caracterização dos Domínios do WHOQOL- bref dos participantes inseridos junto aos CAPS-AD do Triângulo Mineiro/MG, 2015	40
Tabela 4	Caracterização dos Domínios do WHOQOL-SRPB dos participantes inseridos junto aos CAPS-AD do Triângulo Mineiro/MG, 2015	41
Tabela 5	Comparação dos níveis de QV e espiritualidade entre Homens e Mulheres inseridos junto aos CAPS-AD do Triângulo Mineiro/MG, 2015	42

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b><i>ABEAD</i></b>	Associação Brasileira dos Estudos do Álcool e Outras Drogas
<b><i>CAPS</i></b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b><i>CAPS-AD</i></b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b><i>CAPSi</i></b>	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
<b><i>Dp</i></b>	Desvio padrão
<b><i>NAS</i></b>	Núcleos de Atenção Psicossocial
<b><i>OEDT</i></b>	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
<b><i>OMS</i></b>	Organização das Nações Unidas
<b><i>ONU</i></b>	Organização das Nações Unidas
<b><i>PTS</i></b>	Plano Terapêutico Singular
<b><i>QV</i></b>	Qualidade de Vida
<b><i>SNC</i></b>	Sistema Nervoso Central
<b><i>SUS</i></b>	Sistema Único de Saúde

<b><i>TCLE</i></b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b><i>THC</i></b>	Tetraidrocanabinol
<b><i>UA</i></b>	Unidades de Acolhimento
<b><i>WHOQOL</i></b>	World Health Organization for Quality of Life
<b><i>WHOQOL SRPB</i></b>	WHOQOL módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais
<b><i>WHOQOL-bref</i></b>	World Health Organization for Quality of Life – Versão Breve

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
1.1 ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA	22
1.2 CAPS-AD	26
<b>2-JUSTIFICATIVA</b>	<b>31</b>
<b>3-OBJETIVO</b>	<b>32</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
<b>4-HIPÓTESE</b>	<b>32</b>
<b>5-MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>32</b>
5.1 LOCAL DE ESTUDO	33
5.2 AMOSTRA	34
5.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	34
5.3.1 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	34
5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
5.5 INSTRUMENTOS	35
5.6 PROCESSAMENTO DE DADOS	37
5.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS	37
<b>6-RESULTADOS</b>	<b>38</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS DO CAPS-AD NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO	38
6.2 NÍVEIS REFERIDOS DE QV EM USUÁRIOS DO CAPS-AD NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO	40
6.3 NÍVEIS DE ESPIRITUALIDADE REFERIDOS PELOS USUÁRIOS DO CAPS-AD NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO	41
6.4 COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE QV E ESPIRITUALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES EM ATENDIMENTO NO CAPS-AD NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO	42



<b>7- DISCUSSÃO</b>	<b>42</b>
7.1 QUALIDADE DE VIDA	47
7.2 ESPIRITUALIDADE	48
<b>8- Conclusão</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>

**APÊNDICE**

**ANEXOS**

## 1 INTRODUÇÃO

O uso indevido de drogas é uma questão mundial causando preocupações em pais, educadores, profissionais de saúde e a sociedade em geral. O consumo de drogas pela humanidade é um fenômeno antigo e nos acompanha desde as primeiras civilizações, mas seus desafios são atuais (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é toda substância química que, quando administrada ou consumida, modifica uma ou mais funções de um organismo, com exceção daquelas substâncias necessárias para a manutenção da saúde (OMS, 2014). Já Leite (1999) a define como toda substância usada para fins terapêuticos, no tratamento físico ou mental.

O consumo de substâncias químicas é uma característica comum a populações da maioria dos países, sendo que o tabaco e o álcool são os mais frequentes. Variáveis ambientais, biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, atuam em conjunto influenciando o consumo dessas substâncias, e isto se deve à interação entre o agente (a droga), o sujeito (o indivíduo e a sociedade) e o meio (contexto socioeconômico e cultural) (MIGOTT, 2008).

As drogas lícitas são aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas livremente, respeitando a legislação vigente em cada país, portanto, são aceitas pela sociedade. Os dois principais exemplos de drogas lícitas na nossa sociedade são o cigarro e o álcool. Outros exemplos de drogas lícitas: anorexígenos (moderadores de apetite), benzodiazepínicos (remédios utilizados para reduzir a ansiedade). Já drogas como a cocaína, a maconha, o crack, a heroína, são drogas ilícitas, ou seja, são drogas cuja comercialização é proibida pela legislação no Brasil e na maioria dos países. O consumo de drogas ilícitas está fortemente ligado a criminalidade e a violência social. São os aspectos legais que permitem o consumo do álcool e cigarro em um país, enquanto proíbe o consumo da maconha ou crack, por exemplo (PINSKY; BESSA, 2004).

Existem quatro vias principais de administração de drogas. A via oral é o método mais comum de uso por facilitar a ingestão sem necessidade de técnicas ou instrumentos específicos, sendo usada principalmente para ingestão de líquidos e comprimidos. A via transdérmica, é a aplicação da substância sobre as mucosas ou pele como a boca, nariz ou olhos. Na inalação a substância é rapidamente absorvida pela corrente sanguínea através do pulmão. A via injetável pode se apresentar em três formas: subcutânea (sob a pele), intramuscular (dentro do musculo) e endovenosa (dentro da veia), (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

As drogas também podem ser classificadas por sua origem e estrutura química em três grandes grupos: drogas naturais (derivadas de plantas com elementos psicoativos); semissintéticas (derivadas de manipulação química em drogas naturais); sintéticas (produzidas através de processos químicos), (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

A palavra droga remete popularmente a uma coisa “ruim”, mas cientificamente é uma substância química que altera uma ou mais funções do organismo. As drogas que tem uma atração pelo sistema nervoso são nomeadas de drogas psicotrópicas, sendo o termo “*psico*” relativo a mente, pensamento ou razão. Já o termo “*trópico*” está relacionada ao sentido de atração ou tropismo, dando assim o significado de uma substância que é atraída e atua alterando as funções do pensamento ou razão. As drogas psicotrópicas podem ser classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem em nosso Sistema Nervoso Central (SNC), podendo ser depressoras, estimulantes ou perturbadoras (BRASIL, 2011).

Como depressoras do SNC (nomeados de psicolépticos), podemos citar o álcool; soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono); barbitúricos, alguns benzodiazepínicos; ansiolíticos (acalmam; inibem a ansiedade). As principais drogas pertencentes a classificação dos benzodiazepínicos, por exemplo, são o diazepam e o lorazepam (RAUPP; MILNITSKY, 2009). Como opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência) temos como exemplos: morfina, heroína, codeína, meperidina, os Inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores).

Classificamos como estimulantes do SNC (nomeados de psicoanalépticos, noanalépticos, timolépticos), drogas como exemplo, os anorexígenos (diminuem a fome). As principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas como a dietilpropiona e fenproporex. Também como estimulantes citamos a cocaína, crack ou merla (RAUPP; MILNITSKY, 2009).

Por último as denominadas perturbadoras do SNC, nomeados de psicoticomiméticos, psicodélicos, alucinógenos, psicometamórficos e outros. De origem natural (reino vegetal e reino funghi) temos a Mescalina (derivada do cacto mexicano), o THC (presente na maconha), a Psilocibina (de certos cogumelos) e o Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca). De origem sintética destaca-se o LSD-25, o "Êxtase" e os anticolinérgicos (Artane®, Bently®). Historicamente, o uso abusivo dessas substâncias químicas tem sido abordado por uma ótica médica, porém, suas implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas se mostram evidentes, e devem ser consideradas na compreensão integral do problema, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, e em diferentes contextos (RAUPP; MILNITSKY, 2009).

Em relação ao perfil do usuário de drogas podemos distinguir de quatro maneiras: Usuário experimentador, usuário ocasional, usuário habitual e o usuário dependente. O usuário experimentador é aquele que experimenta alguma droga para saber o que é ou, como é o efeito. Normalmente ele é motivado pelo desejo de ter novas experiências ou porque é incentivado pelo grupo que esta inserido a procura de aceitação. Pode também ser influenciado pela publicidade produzida pela mídia, dentre outros fatores. Se enquadra neste perfil, usuários que tem apenas uma experiência com a droga (ESPINHEIRA, 2004).

O usuário ocasional é aquele que usa a droga em ocasiões esporádicas, geralmente em comemorações ou festas, mas sem desenvolver uma dependência à substância, e sem prejuízo das relações pessoais ou profissionais (ESPINHEIRA, 2004).

Já o usuário habitual utiliza frequentemente ou rotineiramente a droga de preferência. Neste perfil, o usuário já enfrenta questões financeiras, familiares e profissionais para manter o consumo regular, já demonstrando sinais de dependência. Esta fase é muito próxima a dependência química (ESPINHEIRA, 2004).

O dependente é aquele que vive em função da droga de maneira obstinada. Nesta etapa o usuário tem suas relações e vínculos comprometidos, muitas vezes sendo isolado socialmente e levado a marginalização devido sua dificuldade em manter a rotina no trabalho e na família (ESPINHEIRA, 2004).

Para a OMS a dependência química é uma doença que causa alteração da estrutura e funcionamento normal da pessoa, gerando inúmeros problemas sociais, familiares, físicos e espirituais. Sem tratamento adequado do quadro de dependência, o dependente tende a uma piora progressiva de sua condição física, mental e social (BRASIL, 2011).

No Brasil, o consumo indiscriminado de drogas é considerado um problema de saúde pública e também um grave problema social, afetando os mais diversos níveis profissionais e intelectuais. As consequências sociais dessa prática atualmente, podem ser comparadas a uma epidemia (BRASIL, 2011).

O uso indiscriminado de drogas, além de causar danos que podem ser devastadores e irreparáveis à saúde do usuário, desestrutura as famílias e esfacela vidas no contexto físico, psicológico e social. Os atuais índices do consumo de drogas demonstram que os mecanismos usados, não têm sido eficazes no controle a esta epidemia (GUIMARÃES, 2007).

No Brasil, o uso em qualquer período da vida de algum tipo de droga, exceto álcool e tabaco, foi de 19,4% em 2001 e de 22,8% em 2005. De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, esteroides, alucinógenos e crack; e diminuição, nas de anticolinérgicos, sendo que o uso predominante destas drogas ocorre entre 18 a 34 anos (BRASIL, 2009).

Segundo Guimarães (2007), há indicativos que apontam para um elevado consumo de drogas entre os jovens do ensino fundamental e médio da

rede pública, o que evidencia que na próxima geração de adultos jovens não teremos diminuição no perfil do consumo.

O Relatório Brasileiro Sobre Drogas, realizou pesquisa nas 108 maiores cidades do Brasil e os resultados demonstraram diferenças no perfil de consumo, tratamento e consequências do abuso de drogas entre homens e mulheres. Os homens apresentaram maior prevalência no uso de álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, crack, merla e esteroides, enquanto que as mulheres apresentam maiores usos de estimulantes, benzodiazepínicos e opiáceos (BRASIL, 2009).

Este relatório evidencia distinções entre homens e mulheres em diversos aspectos, inclusive no número de acidentes e mortes envolvendo o abuso no consumo de drogas. Cerca de 87% das mortes associadas a drogas no Brasil acometem homens. As distinções biológicas, a gestação e os papéis sociais de gênero, são alguns dos aspectos que diferenciam os sexos e promovem diferentes enfrentamentos. Apesar disso dentro dos serviços de saúde especializados no tratamento do abuso de drogas, não há diferença de abordagem, tratando ambos os sexos de igual forma (BRASIL, 2009).

Mulheres e homens desenvolvem perfis de consumo e enfrentamentos diferentes. De acordo com o Relatório Anual sobre a Evolução do Fenômeno da Droga na União Europeia, publicado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) sediado em Lisboa, as mulheres consumidoras de drogas carregam um maior estigma do que os homens. O relatório destaca a importância de se encontrarem respostas mais adaptadas às mulheres, e que considerem seus problemas e as necessidades femininas específicas (OEDT, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem trabalhado para prestar uma assistência integral e humanizada. Estas diretrizes levam os serviços de saúde a ouvir e atender o paciente em suas necessidades individuais, respeitando as características do indivíduo no contexto familiar e cultural em que se insere. A Política Nacional de Humanização estimula um cuidar que respeita as individualidades, promovendo uma mudança em relação aos paradigmas

estabelecidos anteriormente, onde se tratava a doença e não o doente e suas particularidades (BARBOSA et al. ,2013).

Sendo assim, faz-se essencial perceber as diferenças entre os sexos, promovendo melhor adesão ao tratamento proposto, possibilitando ao usuário que suas necessidades sejam ouvidas e suas particularidades respeitadas, objetivando proporcionar um tratamento integral e humanizado em consonância com as diretrizes do SUS, favorecendo a melhoria da assistência, considerando o bem-estar e a Qualidade de Vida (QV) do usuário do serviço.

### **1.1 ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA**

No que tange a QV, são muitos os fatores que interferem positivamente ou negativamente. Entre eles podemos citar o suporte social, expectativas pessoais, estado mental e bem-estar espiritual (PASKULIN; VIANNA; MOLZAHN, 2009).

O bem-estar espiritual possibilita melhora da QV que, segundo a Organização Mundial da Saúde, é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida e tem relação com suas perspectivas e desejos pessoais (OMS,1995).

Em consequência disto a QV pode se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais, facilitando o desenvolvimento de intervenções em saúde espiritualmente embasadas por, pelo menos duas razões: por ser uma área de conhecimento mais recente e, portanto, com menos preconceito em relação à pesquisa em espiritualidade/religiosidade; e pelo construto QV ser mais amplo e multidimensional, exigindo o engajamento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para seu melhor entendimento, tornando-o transdisciplinar (PANZINI, 2007a).

Ainda não há um consenso na literatura sobre o conceito de QV, por ser algo amplo e multidimensional. Para a OMS (1995, p. 406), QV é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Segundo Guiseline (1996) para promover QV deve-se ir além de suprir necessidades biológicas, mas sim melhorar o estilo de vida promovendo hábitos saudáveis, atividades físicas, relacionamentos pessoais, dieta saudável

e equilibrada, procurando um equilíbrio físico e mental duradouro. Na opinião de Py e Jaques (1999), QV na realidade é o fator que influencia e altera nosso sentimento de bem-estar relacionado a felicidade. Para Gonçalves e Vilarta (2004), a QV abrange o modo, condição ou o estilo de vida do sujeito relacionado a seus desejos e anseios.

Nahas (2013), argumenta que a QV é um conceito particular ao indivíduo ou sociedade, sendo essa combinação associada a variáveis como estado de saúde, satisfação no trabalho, questões econômicas, lazer e diversão, relações familiares, bem-estar espiritual e o exercício de práticas prazerosas. Usaremos, portanto Nahas como principal referencial de QV.

De acordo com Panzini e Bandeira (2007a) a literatura vem mostrando um consenso geral entre a relação de QV com bem-estar espiritual. A espiritualidade vem ajudando os sujeitos a resgatar sua essência, minimizar a sensação de vazio, procurando um sentido maior para sua existência.

No que tange ao tratamento de dependentes químicos, há elementos da espiritualidade que compõem um quadro de possibilidades diferenciadas e importantes no tratamento em questão, que auxiliam na busca da recuperação. Através da utilização da espiritualidade no tratamento, percebe-se que a mesma promove mudanças no dependente químico, como o auto perdão, sentimento de alívio, melhora nos cuidados corporais, melhora nos relacionamentos, facilidade em falar dos problemas, autocontrole e limites (FUCHS, 2011).

O despertar para essa nova realidade possibilita adequar seus sentimentos de responsabilidade sobre suas atitudes e conseqüentemente proporciona uma mudança na forma de se ver e perceber a si próprio e o mundo a sua volta, além de favorecer na manutenção do tratamento, auxiliando na prevenção às recaídas (FUCHS, 2011).

Reconhecendo a espiritualidade como importante aliada para o alcance do conceito ampliado de saúde e de QV, a Organização Mundial da Saúde destaca que a saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença, incluindo assim a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais no conceito de QV. Na



mesma direção, a Constituição Federal Brasileira, no Art. 196, dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; e o conceito ampliado de saúde como sendo a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, liberdade de religião, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BACKES, 2012).

Um estudo mostrou que a espiritualidade é um modulador importante no consumo de álcool e outras drogas. Foram analisadas quatro dimensões da religiosidade: afiliação religiosa, frequência a cultos, medida de auto avaliação geral quanto à religiosidade e a educação religiosa na infância. O uso pesado de pelo menos uma droga foi maior entre os estudantes que tiveram educação na infância sem influencia religiosa. O uso de cocaína, ecstasy e de medicamentos para “dar barato” foi maior nos estudantes que não tinham religião e entre os que não tiveram educação religiosa na infância (ABDALA, 2007).

Existem evidências científicas de que a religiosidade e a espiritualidade apresentam uma associação positiva em 50% dos casos analisados, sendo considerados fatores protetores contra o suicídio, uso ou abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais (BACKES, 2012). Nesse sentido questiona-se então: por que essa alternativa de cuidado é tão pouco valorizada, no contexto da saúde?

O profissional de saúde, mais especificamente o enfermeiro, devido sua formação e campo de atuação, possui um papel fundamental no processo de repensar e ampliar as concepções de saúde/cuidado, além da avaliação e identificação de necessidades de intervenção no campo da espiritualidade. Apesar do reconhecimento da necessidade do cuidado espiritual e de suas percepções positivas sobre o tratamento de doenças físicas e mentais, é evidenciado que a dimensão espiritual do cuidado à saúde ainda não é

valorizada ou incluída na prática diária de parte dos enfermeiros (BACKES, 2012).

Durante anos, espiritualidade e religiosidade foram consideradas como sinônimos, até que no início do século XIX esses conceitos começaram a apresentar distinções. Ainda hoje, trata-se de um assunto de difícil abordagem por parte de profissionais da saúde, o que suscita um amplo debate em busca de um consenso (DAL-FARRA, 2010).

Espiritualidade consiste em uma busca por significado e entendimento do sentido da vida, uma busca por algo maior que si mesmo, através de conceitos que transcendem o tangível, podendo ou não incluir uma participação religiosa formal (PANZINI, 2007b).

Independente da religião professada, observa-se um forte impacto da religiosidade e da espiritualidade no tratamento da dependência de drogas, sugerindo que o vínculo religioso ou motivação espiritual, facilitam a recuperação e diminui os índices de recaída dos pacientes submetidos aos diversos tipos de tratamento, aumentando assim o nível da QV dos mesmos (PANZIN, 2007b).

A relação entre espiritualidade, saúde física e saúde mental, tem evidenciado resultados benéficos em doenças no coração, pressão sanguínea, funções do sistema imunológico, doenças infecciosas, processos de dor e mortalidade, influenciando diretamente na QV da população. Além disso, as pessoas demonstram maior senso de propósito e significado de vida, maior resiliência quando expostas ao estresse (PANZINI, 2007b), e menor incidência de uso de álcool e outras drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Outro aspecto relevante é a capacidade funcional do paciente, cuja avaliação representa um desafio a ser enfrentado devido a pluralidade dos processos sociais e das influências múltiplos fatores que podem acometer a ele e as suas famílias. Este fato gera novas demandas em toda a área da saúde, especialmente a enfermagem (PASKULIN,2009). As propostas de tratamento direcionadas a usuários de droga, além de objetivar a restauração da saúde, precisam atuar também em ações para a melhoria da QV e a preservação da

autonomia, proporcionando interação entre a saúde física e psicossocial (WHOQOL, 1996).

Na busca de um tratamento mais eficaz e integral do abuso de substâncias químicas lícitas ou não, é imprescindível ouvir o usuário em seus medos e dúvidas, com o objetivo de traçar planos de ações que favoreçam a QV. Dessa forma, a vivência prática com estes pacientes, aponta para o uso da espiritualidade e a religiosidade em centros de recuperação, por exemplo, como uma estratégia importante de enfrentamento contra a dependência de álcool e outras drogas.

## **1.2 CAPSad**

Em 1991, foi aprovado pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do Deputado Paulo Delgado, que trata do tema da extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento. Segundo a lei, esta substituição aconteceria através da criação e implementação de instituições tais como hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAS), sendo estas instituições as “reguladoras” das internações psiquiátricas compulsórias (VIDAL et al., 2012).

A promulgação da Lei Federal 10.216/2001 levou a uma substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, redirecionando a assistência em saúde mental e privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2005).

Com o intuito de acolher e resgatar a cidadania de pessoas usuárias e dependentes de drogas, o CAPS foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define novas normas e diretrizes para a reorganização de serviços que prestam assistência em saúde mental. O CAPS constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a realidade do seu território onde é estabelecido (BRASIL, 2002).

De fato, as complexidades dos problemas de saúde mental exigem a articulação entre as várias ferramentas de saúde, às quais o usuário e seus familiares usam no enfrentamento de suas demandas. O território pode ser dito

como o lugar onde estão presentes as situações, as pessoas ou as relações mais complexas que envolvem o seu desequilíbrio (AMARANTE, 2007; PINTO et al., 2012).

Esses centros de tratamento são ambientes abertos, que propiciam o máximo de proximidade do território onde os indivíduos vivem, como a casa, o trabalho ou a escola. O objetivo é promover a reinserção social e o convívio com a comunidade de maneira mais fácil e naturalmente. São, portanto, estruturas abertas de tratamento que propõem-se em promover a mudança do tradicional sistema manicomial, rompendo com os padrões dessas instituições (BRASIL, 2011).

De fato, a atenção psicossocial tem produzido um conjunto de ações para promover a substituição do modo asilar. Estas ações passam pela desconstrução do modo de ver o paciente, rompendo com o paradigma da doença, trabalhando a doença dentro do território, portanto mais próximo das necessidades sociais (BRASIL, 2011).

A partir da Portaria GM nº 336/02, os CAPS passaram a configurar a estratégia central para as práticas em saúde mental e podem constituir-se, de acordo com sua capacidade e complexidade, como CAPS I, CAPS II ou CAPS III. Os CAPS I são serviços implantados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, que funcionam de segunda a sexta-feira. O CAPS II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes que se responsabiliza pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002). Os CAPS III existem em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento diário 24 horas, inclusive nos feriados e fins de semana.

Existem ainda CAPS que oferecem atendimento exclusivamente para crianças e adolescentes, os CAPSi, em municípios com população acima de 200.000 habitantes, podendo atender toda uma região de saúde. Nesse contexto, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad), possibilitando a mudança do modelo assistencial, trazendo consigo uma proposta para o fim dos modelos hospitalocêntricos, favorecendo o

atendimento nos níveis de atenção primária e secundária (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

A modalidade de atendimento do CAPSad, é pensada para usuários dependentes de álcool e outras drogas, em municípios com população acima de 100.000 habitantes (BRASIL, 2004). Tais serviços têm a intenção de substituir um modelo puramente médico-biológico que isola o paciente do convívio social e familiar, para dar lugar a um tipo de cuidado que sai da dimensão predominantemente hospitalar, e do aspecto patológico para priorizar o alívio do sofrimento, e a inclusão sociocultural (AMARANTE, 2007).

A principal ferramenta estratégica de enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas atualmente no Brasil, atualmente, é o CAPSad. Os CAPSad estão destinados a prestar acompanhamento, por equipe inter/multidisciplinar, a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Atuam em uma determinada área de abrangência ofertando um cuidado na perspectiva das diretrizes e estratégias de redução de danos, reconhecendo cada usuário em suas singularidades, promovendo autonomia e reconstruções de laços sociais e familiares. O cuidado proposto através de PTS, é amparado pelos direitos humanos (COMAD, 2009).

A frequência do usuário ao CAPSad depende da necessidade individual, podendo ser diária, quando a pessoa encontra-se em grave sofrimento psíquico, em situação de crise intensa no convívio social e ou familiar. Esta modalidade de atendimento pode ser classificada como intensiva (BRASIL, 2011).

No atendimento semi-intensivo a frequência de até 12 dias no mês, sendo proposto quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, mas ainda há necessidade de atenção da equipe para atuar na recuperação da autonomia do usuário. O atendimento não intensivo a frequência é de até três dias no mês, sendo que o usuário é menos dependente da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho (BRASIL, 2011).

Os programas de atenção em psiquiatria foram, durante décadas, baseados na separação entre o doente e a comunidade, centralizando o poder decisório na figura do médico psiquiatra. Nesse modelo, o atendimento individualizado não existia, e o tratamento era regido por ações medicamentosas e de contensão, procurando à remissão dos sintomas. Com a nova visão proposta sobre a saúde e o doente mental foi possível elaborar planos terapêuticos por meio de uma abordagem multidisciplinar, ou seja, com a colaboração de uma equipe de saúde, o que possibilita um atendimento mais completo e humanizado (FIORATI, 2012).

Os CAPSad, são abertos ao atendimento de ambos os sexos, sendo que tradicionalmente a procura é maior por parte dos homens. A análise dos padrões de consumo de álcool e outras drogas na população urbana brasileira, demonstrou uma diferença significativa em algum momento da vida no sexo masculino em relação ao feminino. Neste contexto, estudos sobre prevalência e incidência do uso de álcool e outras drogas, embora existam variações culturais características de cada país, costumam relatar que o sexo masculino se destaca como o maior consumidor, e também maior número de usuários em atendimento nos CAPSad (HOCHGRAF, 2010).

Nessa nova abordagem, é primordial que o usuário e a família participem ativamente do processo. Para viabilizar esta participação, os CAPSad utilizam um instrumento de trabalho em equipe nomeado como Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita a adaptação dos procedimentos para a realidade do usuário e a construção de sua autonomia respeitando seus limites. Esse instrumento considera a história e as necessidades individuais inseridas em um contexto (SANDUVETTE, 2007).

Para a elaboração do PTS um profissional integrante da equipe é destacado e fica como principal referência do usuário/família. Este profissional planeja e articula com toda a equipe, por meio de discussões e estudos do caso. O PTS inclui ações que buscam promover à melhora da autonomia do doente, da família e de suas redes sociais, capacitando cuidadores com a transferência de informações e técnicas de cuidados pertinentes (BRASIL, 2004).

Este processo deve ser dinâmico, e para manter a efetividade do PTS, é essencial que sejam reavaliados periodicamente, ouvindo o usuário e os seus familiares, em conjunto com os profissionais da equipe interdisciplinar. Somente dessa maneira é possível um atendimento que promova práticas integradas e ações transformadoras (MORORÓ, 2011).

Dentro dessa proposta de atendimento, é preciso reestruturar os cuidados da enfermagem para com os usuários dos serviços de saúde mental. A lógica do atendimento deve ser interdisciplinar e integral oferecendo diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esta reestruturação vai além da consulta de enfermagem ou administração de medicamentos, e tem provocado mudanças significativas no cuidado e no tratamento dos pacientes que fazem uso desse serviço de saúde (VIDAL, 2012).

Dessa maneira, com a mudança do paradigma do processo saúde doença, e reestruturação do serviço, o enfermeiro assume uma posição estratégica como integrante da equipe que atua no CAPSad. Com uma equipe integrada, é preciso favorecer um ambiente de acolhimento, respeito e desenvolvimento de capacidades individuais (VIDAL, 2012).

Muitos avanços já ocorreram para enfermagem no campo da saúde mental mais ainda há muito a ser desbravado. Estudo realizado com familiares de usuários de um CAPSad aponta que, estes profissionais realizam várias atividades para facilitar a integração e a reinserção no convívio social, estabelecem grande vínculo com os usuários. Além disso, foi relatado que os profissionais procuram atender à demanda de forma organizada, para suprir as necessidades dos usuários do CAPS. Estes usuários verbalizam o sentimento de incompreensão ou negligência em outros ambientes de cuidado (KANTORSKI et al., 2012).

É necessário estabelecer vínculos com o paciente, e este processo visa o desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos. Para isso é fundamental realizar um trabalho junto às famílias para produzir trocas afetivas e de informações e colaboração mútua (PIMENTA, 2012).

Assim, o CAPSad é avaliado como um serviço promissor devido à promoção de mudanças conceituais, de valores e da visão do cuidado, cujo

destaque está na singularidade e na diversidade para ir além do estigma e dos conceitos preestabelecidos promovendo a reinserção e melhoria da QV. Assim, as atividades são centradas na promoção da QV, e vão desde aquelas ligadas à manutenção da vida diária e de autocuidados, até aquelas relacionadas à recriação da vida social. Nesse sentido, o indivíduo é visto em seu cotidiano, e é inserido socialmente. (MIELKE, 2012).

O CAPSad tem como conduta acolher todo usuário que de drogas que demande tratamento em saúde mental sendo que, a partir da necessidade verificada, é construída sua rede de cuidado para dentro do serviço, compartilhando parcerias com outros serviços assistências do município ou, articulado para que ele faça seu tratamento em demais serviços da rede, tais como os Centros de Saúde, Centros de Convivência, Oficinas de Trabalho, Ponto de Cultura, entre outros (BRASIL, 2011).

Todas as ações desenvolvidas pelas equipes podem ser realizadas no território de referência, para que o usuário do serviço de saúde possa estar mais próximo do seu domicílio. Os CAPSad, em suas áreas de atuação, regulam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dão suporte à atenção em saúde mental na rede básica (COMAD, 2009).

Surgem então as seguintes perguntas norteadoras: Como o usuário de drogas em tratamento no CAPSad lida com as questões espirituais? Quais os níveis de QV percebidos nesta população? Homens e mulheres apresentam diferentes maneiras de enfrentamento e QV referida?

## **2 JUSTIFICATIVA**

Sabe-se que o sucesso do tratamento é complexo e que está condicionado a uma série de fatores externos e internos. Dessa forma, torna-se necessária a elaboração de trabalhos científicos que verifiquem a espiritualidade e a QV dos usuários segundo o sexo, com intuito de preencher uma lacuna atual na literatura em relação a esta população, contribuindo com o conhecimento sobre a temática e no planejamento de ações considerando o perfil dessa clientela.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as características sociodemográficas, QV e espiritualidade de usuários de álcool e outras drogas, na região do Triângulo Mineiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar sócio e demograficamente os usuários do CAPSad na região do Triângulo Mineiro;

Identificar os níveis referidos de QV em usuários do CAPSad na região do Triângulo Mineiro;

Identificar os níveis de espiritualidade referidos pelos usuários do CAPSad na região do Triângulo Mineiro;

Comparar níveis referidos de QV, espiritualidade entre homens e mulheres em atendimento no CAPSad na região do triângulo Mineiro.

### **4 HIPÓTESE**

Os usuários de álcool e outras drogas do sexo feminino estão mais suscetíveis a escores mais baixos de QV e espiritualidade do que os usuários do sexo masculino.

### **5 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa.

O estudo observacional pretende avaliar se existe associação entre um determinado fator e um desfecho sem entretanto, intervir diretamente na relação analisada. Neste caso, é essencial o tratamento estatístico dos dados coletados da pesquisa (FILHO, 2003).

Nos estudos transversais todas as medições são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (FILHO, 2003).

Estudos quantitativos (observacionais) se caracterizam por não haver manipulação de fatores dentro do estudo, e por descrever a ocorrência de um evento de acordo com as características das pessoas, do local e do tempo, utilizando-se de dados pontuais, aferidos matematicamente. As pesquisas quantitativas têm por objetivo quantificar um fenômeno, determinando relações e associações a partir de uma análise estatística dos dados levantados (PEREIRA, 1995; FILHO, 2003).

### 5.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos CAPSad, vinculados aos serviços municipais de saúde, situados nos municípios da Região do Triângulo Mineiro, a saber: Uberaba, Uberlândia e Araxá, compondo um total de três CAPSad. A população é composta de usuários de álcool e outras drogas que espontânea e regularmente frequentam o CAPSad, com horário de atendimento agendado.

Minas Gerais possui 10 regiões de planejamento. Duas dessas regiões, a do *Triângulo Mineiro* e a do *Alto Paranaíba* se destacam e são consideradas como a **Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba**. O total de municípios dessa mesorregião é de 66, sendo sete microrregiões e aproximadamente 2 milhões de habitantes (IBGE, 2013).

Este estudo se concentra na região do Triângulo Mineiro, onde está sediada a Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, instituição de ensino vinculada a este estudo. Dentro da região do Triângulo Mineiro, existem CAPSad somente nas cidades Uberaba e Uberlândia. Na região do Alto Paranaíba, existem CAPSad nas cidades de Araxá e Patos de Minas.

Portanto este estudo abrangeu as cidades de Uberlândia, Uberaba (Triângulo Mineiro) e incluiu a cidade de Araxá (Alto do Paranaíba), pois devido suas posições geográficas serem limítrofes entre as regiões, este CAPSad atende em sua maioria, pacientes residentes no triângulo mineiro.

## **5.2 AMOSTRA**

A amostra respeitou a proporção de usuários de cada CAPSad, sendo que quanto maior o volume de usuários, maior a amostra. São atendidos em média 200 pacientes, mensalmente, no CAPSad na cidade de Uberaba, 200 pacientes no CAPS ad da cidade de ARAXÁ e 400 pacientes no CAPSad de Uberlândia.

Baseado no volume de atendimento mensal, projetamos, portanto 65 coletas de dados em Uberaba e Araxá e 130 coletas de dados em Uberlândia, considerando o período de coleta de 30 dias.

## **5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos os usuários de um CAPSad nos municípios do Triângulo Mineiro citados, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que estavam presentes no local durante o período da coleta e concordaram espontaneamente em participar do estudo após serem convidados

### **5.3.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram excluídos do estudo usuários que espontaneamente demonstraram o desejo de não mais participar do estudo, que apresentem incapacidade de verbalizar ou responder as perguntas propostas.

## **5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

Os usuários do CAPSad foram abordados nos meses de março, abril e junho de 2015, no dia de atendimento, dentro do espaço físico do CAPSad, no período diurno, quando convidados a participar da pesquisa. A entrevista foi realizada em local privativo e de forma individual.

Após apresentar e ler em voz alta o termo de consentimento livre e esclarecido foi solicitado a assinatura em duas vias, sendo uma do pesquisador e uma para o usuário. O pesquisador se colocou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas referentes coleta de dados antes, durante ou após o procedimento de coleta.

Os dados foram coletados pelo pesquisador, por meio da aplicação de três instrumentos. Inicialmente foi aplicado como instrumento de identificação o Perfil Sociodemográfico e Econômico dos usuários (ANEXO - A). Adaptado de uma ficha de avaliação inicial utilizada pelo CAPSad da cidade de Uberaba.

Posteriormente foi aplicado o instrumento de avaliação de QV, denominado como WHOQOL-bref (ANEXO - B), que é um instrumento desenvolvido pela OMS para este fim, (1996), e posteriormente validado na versão Brasileira por Fleck et al. (2000).

Em seguida foi aplicado o instrumento WHOQOL módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (SRPB-sigla em inglês), para avaliar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas à QV (ANEXO - C). Instrumento desenvolvido como parte dos trabalhos do WHOQOL GROUP (2006), posteriormente validada por Panzini, et al (2011).

As respostas obtidas durante a coleta foram registradas para posterior análise dos dados.

## 5.5 INSTRUMENTOS

- ☑ 1) *Perfil Sociodemográfico e Econômico*: Instrumento para coleta dos dados referentes à identificação, perfil sociodemográfico e econômico. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, bairro, procedência, encaminhamento, estado civil, escolaridade, profissão, situação empregatícia, com quem mora, droga inicial, droga já utilizada, droga do uso atual, histórico da droga injetável, histórico de prostituição, tempo de uso, renda individual, renda familiar, tempo proposto, adesão ao tratamento, frequência de uso e CID.
  
- ☑ 2) O módulo *WHOQOL-bref* (FLECK et al, 2000) é uma versão abreviada do WHOQOL 100, constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a QV geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a QV). Fora essas duas questões, o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são:
  - FÍSICO (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação e capacidade de trabalho).

- PSICOLÓGICO (sentimentos positivos; pensar aprender; memória e concentração; auto estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais).
- RELAÇÕES SOCIAIS (relações pessoais; suporte social; atividade e sexual).
- MEIO AMBIENTE (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição; ruído; clima e transporte).

Após o desenvolvimento do WHOQOL-100 com a finalidade de avaliar a QV, surgiu a necessidade de instrumentos mais curtos que demandem pouco tempo de coleta de dados, mas com características satisfatórias. Sendo assim a OMS através dos trabalhos do WHOQOL GROUP desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, denominado o WHOQOL-bref (WHOQOL GROUP, 1998a). Diferentemente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref é avaliada por apenas uma questão. A versão abreviada foi viabilizada a partir de testes em 20 centros em 18 países diferentes.

- 3) O módulo *WHOQOL espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais* (SRPB), é um Instrumento que foi desenvolvido para avaliar de que forma a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas com a QV de vida e a saúde. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5). O WHOQOL-SRPB é um instrumento transcultural desenvolvido pela OMS, contendo 32 perguntas envolvendo oito facetas relacionadas a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, como: conexão com um ser ou força espiritual, paz interior/serenidade/harmonia, sentido da vida, admiração, totalidade/integração, força espiritual, fé e esperança/otimismo (PANZINI, 2011).

O módulo espiritualidade foi incluído no conceito original de QV para os instrumentos WHOQOL, por recomendação de grupos de estudos reunidos em

18 países. Testes de campo confirmaram que o conceito de SRPB formava um componente amplo e de grande relevância na QV e conseqüentemente à saúde. O WHOQOL-SRPB é um instrumento genérico que amplia o construto criado pelos instrumentos supracitados, em que a espiritualidade seria representada com menos destaque (PANZINI, 2011).

## **5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram digitados em planilha do EXCEL®, em dupla entrada, para validação. Em seguida exportados para o aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 17.0, para realização da análise estatística.

Cada domínio do WHOQOL-bref e WHOQOL-SRPB foi analisado isoladamente com as respectivas sintaxes. O escore varia de 0 a 100, sendo que o maior número corresponde à melhor QV.

Para comparação de variáveis numéricas utilizou-se o teste *t*-Student ou o teste Mann-Whitney, de acordo com a normalidade dos dados. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando  $p \leq 0,05$ . A normalidade dos dados foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov.

## **5.7 PRINCÍPIOS ÉTICOS:**

O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, visando atender os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cada voluntário que aceitou participar da pesquisa recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) segundo Resolução 466/12 (BRASIL, 2013). Neste momento foi esclarecido o objetivo do estudo, bem como a garantia do anonimato e total liberdade do voluntário em desistir da pesquisa a qualquer momento (ANEXO - D). A aprovação do projeto de pesquisa tem o protocolo de número 2204 (ANEXO F).

Após a aprovação do conselho de ética da UFTM, foi solicitada autorização às respectivas prefeituras, e aos CAPSad de cada município. Após as devidas autorizações, foi iniciada a coleta de dados.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS DO CAPSad NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO

A amostra total, após as perdas, foi composta por 232 indivíduos, sendo 187(80,6%) homens e 45(19,4%) mulheres. A idade dos homens variou entre o mínimo de 18 e máximo de 75 anos com uma média de 42,20 anos. Já as mulheres têm o mínimo de 18 e máximo de 67 anos com média de 37,81 anos.

No momento 73(31,50%) tem idade entre 18-35 anos, 137(59,10%) idade entre 36-59 anos e com 60 anos ou mais apenas 13(5,60%).

Com relação a etnia, 103(44,40%) se declaram brancos, 56(24,10%) negros, 70(30,20%) pardos, 2(0,90%) amarelos e apenas 1(0,40%) indígena.

Em relação a situação conjugal 127(54,70%) se declaram solteiros, 26(11,20%) casados, 8(3,40%) viúvos, 35(15,10%) em união estável, 35(15,10%) separados/divorciados.

Em relação a profissão, 146(62,90%) afirmam não ter curso profissionalizante e 86(37,10%) afirmam ter esta formação.

Recebem algum benefício do governo 69(29,70%) e não recebem 163(70,30%).

Em relação a habitação, declaram morar em casa própria 129(55,60%), 37(15,90%) em casa alugada, 23(9,90%) em habitação cedida e 43(18,50%) declararam outro tipo de habitação.

Quanto a droga de início (primeiro uso) um total de 116(50%) citam o álcool 78(33,60%), citam a maconha, 13(5,60%) citam o crack, 19(8,20%) citam a cocaína (cheirada), e apenas 6(2,60%) citam outras drogas. Em relação a idade do primeiro uso, 84(36,30%) afirmam que fizeram uso de alguma droga antes dos 13 anos. Entre 14 e 17 anos 93(40,10%), entre 18 e 35 anos 51(22,00%) e apenas 4(1,70%) experimentaram a droga com mais de 36 anos.

A faixa de renda declarada até um salário mínimo foi de 91(39,20%). De um a três salários mínimos são 89(38,40%). E com mais de três salários mínimos de renda responderam 11(4,70%). Ainda, 34(14,70%) afirmam não tem renda, e 7(3%) preferiram não responder.

A tabela 1 traz os dados da caracterização sócio demográfica da amostra.

Tabela 1. Distribuição das características sócio demográfica dos participantes inseridos junto aos CAPSad do Triângulo Mineiro/MG, 2015

Variável	n*232	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	187	80,6
Feminino	45	19,4
<b>Idade</b>		
18 a 35 anos	73	32,7
36 a 59 anos	137	61,4
60 anos ou mais	13	5,8
Não respondeu	9	
<b>Renda</b>		
Até 1 salário	91	39,2
1 até 3 salários	89	38,4
3 salários ou mais	11	4,7
Sem renda	34	14,7
Não respondeu	7	
<b>Cor</b>		
Branco	103	44,4
Negro	56	24,1
Pardo	70	30,2
Amarelo	2	0,9
Indígena	1	0,4
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	127	55,0
Casado	26	11,3
União Estável	35	15,2
Separado/Divorciado	35	15,2
Viúvo	8	3,5
Não respondeu	1	
<b>Curso profissionalizante</b>		
Não	146	62,9
Sim	86	37,1
<b>Benefício do governo</b>		
Não	163	70,3
Sim	69	29,7
<b>Habitação</b>		
Própria	129	55,6
Alugada	37	15,9
Cedida	23	9,9
Outros	43	18,5

\*Número total de participantes.

Fonte: O autor



Tabela 2. Distribuição do uso de primeira droga e idade do primeiro uso dos participantes inseridos junto aos CAPSad do Triângulo Mineiro/MG, 2015

Droga	n* 232	%
<b>Tipo de droga</b>		
Álcool	116	50,0
Maconha	78	33,6
Cocaína cheirada	19	8,2
Crack	13	5,6
Outros	6	2,6
<b>Idade do primeiro uso</b>		
Até 13 anos	84	36,2
14 a 17 anos	93	40,1
18 a 35 anos	51	22,0
36 anos ou mais	4	1,7

\*Número total de participantes.

Fonte: O autor

## 6.2 NÍVEIS REFERIDOS DE QV EM USUÁRIOS DO CAPSad NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO

Os níveis de QV do questionário WHOQOL-bref estão distribuídos em domínio físico, psicológico, social e ambiental. Dentro do domínio físico, a amostra apresenta uma média estatística de 60,60 sendo um desvio padrão de 18,46, um mínimo de 14,29 e máximo de 100 pontos. No domínio psicológico a média é 56,96, sendo o desvio padrão de 18,56, mínimo de 0 e máximo de 91,67. No domínio social, temos uma média de 54,48, desvio padrão de 21,77 com mínimo de 0 e máximo de 100. No domínio ambiental, a média é 53,59 com desvio padrão de 16,45, mínimo de 0 e máximo de 93,75.

Tabela 3. Caracterização dos Domínios do WHOQOL- bref dos participantes inseridos junto aos CAPSad do Triângulo Mineiro/MG, 2015

Domínios	Media	*dp	Min.	Max.
Físico	60,60	18,46	14,29	100
Psicológico	56,96	18,56	0	91,67
Social	54,48	21,77	0	100
Ambiental	53,59	16,45	16,45	93,75

\*Desvio padrão

Fonte: O autor

### 6.3 NÍVEIS DE ESPIRITUALIDADE REFERIDOS PELOS USUÁRIOS DO CAPSad NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO

Em relação aos níveis de espiritualidade usando o instrumento WHOQOL SRPB, existem 9 domínios. Todos os domínios têm os valores mínimos de um (1,00) e máximo de cinco (5,00). Nesta amostra o domínio Conexão Espiritual, a média é 3,50 e desvio padrão de 1,06. No domínio Sentido da Vida a média foi 3,64 e desvio padrão de 0,83. No domínio Admiração, a média foi de 3,45 com desvio padrão de 0,99. No domínio Totalidade a média foi 3,21 e desvio padrão 0,88. No domínio Força Espiritual, a média é 3,53 e desvio padrão de 1,00. No domínio Paz Interior a média é 3,27 e desvio padrão de 0,93. No domínio Esperança e Otimismo a média é 3,75 e desvio padrão 0,78. No domínio Fé a média é 3,70 e desvio padrão de 1,07. Quando se observa o domínio SRPB Geral, a média é 14,04, desvio padrão de 2,92, mínimo de 4,88 e máximo de 19,50.

Tabela 4. Caracterização dos Domínios do WHOQOL-SRPB dos participantes inseridos junto aos CAPSad do Triângulo Mineiro/MG, 2015

Domínios	Média	Mediana	Mínimo-Máximo	dp*
Conexão espiritual	3,50	3,87	1,00-5,00	1,06
Sentido da vida	3,64	3,75	1,00-5,00	0,83
Admiração	3,46	3,75	1,00-5,00	0,99
Totalidade	3,21	3,25	1,00-5,00	0,88
Força espiritual	3,54	3,75	1,00-5,00	1,00
Paz interior	2,27	3,50	1,00-5,00	0,93
Esperança e otimismo	3,75	4,00	1,00-5,00	0,78
Fé	3,70	4,00	1,00-5,00	1,7
Geral	14,04	14,62	4,88-19,50	2,92

\*Desvio padrão

Fonte: O autor

## 6.4 COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE QV E ESPIRITUALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES EM ATENDIMENTO NO CAPSad NA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO

Foram comparados os níveis de QV e espiritualidade entre homens e mulheres em atendimento no CAPSad que participaram da pesquisa.

Tabela 5. Comparação dos níveis de QV e espiritualidade entre Homens e Mulheres inseridos junto aos CAPSad do Triângulo Mineiro/MG, 2015

Domínios ou facetas	Sexo				P
	Homens		Mulheres		
	Tendência central	Dispersão	Tendência central	Dispersão	
<b>WHOQOL-Breve</b>					
Físico <sup>1</sup>	61,69	18,34	56,11	18,53	0,07
Psicológico <sup>2</sup>	58,33	45,83-70,83	50,00	33,33-70,83	<b>0,01</b>
Social <sup>2</sup>	58,33	41,67-75,00	41,67	33,33-66,67	0,07
Ambiental <sup>2</sup>	56,25	48,88-65,63	43,76	35,94-60,94	<b>0,05</b>
<b>WHOQOL-SRPB<sup>3</sup></b>					
Conexão espiritual	3,75	2,75-4,00	4,00	3,50-4,50	<b>0,03</b>
Sentido na vida	3,75	3,25-4,00	3,75	2,88-4,25	0,42
Admiração	3,75	3,00-4,00	3,50	2,63-4,00	0,44
Totalidade e integração	3,25	3,00-4,00	3,00	2,50-3,50	<b>0,01</b>
Força espiritual	3,75	3,25-4,00	3,75	3,00-4,25	0,94
Paz interior	3,50	2,75-4,00	3,25	2,00-3,75	<b>0,05</b>
Esperança e otimismo	4,00	3,50-4,25	4,00	3,13-4,25	0,96
Fé	4,00	3,50-4,25	4,00	3,38-4,75	0,72

1. Teste t para amostras independentes (tendência central=média, dispersão=desvio padrão);

2;3. Teste U de Mann-Whitney (tendência central=mediana; dispersão=P25-P75);

Fonte: O autor

## 7 DISCUSSÃO

Os achados no presente estudo, em relação à idade média dos usuários, mostraram em sua maioria idade entre 36 a 59 anos. Estes resultados assemelham-se aqueles obtidos em outro estudo, assim como a alta prevalência entre os usuários do sexo masculino (LEAL, 2012).

Quanto ao estado civil, os solteiros e separados formaram um percentual de 73,7%, ou seja, a grande maioria dos entrevistados relatou não ter um companheiro(a), nem manter alguma relação estável. Estudo, demonstrou

alguns fatores de risco para o consumo de drogas, especialmente o consumo abusivo, e enfatizou que dentre outras variáveis, a situação conjugal foi um importante aspecto a ser considerado (MEDINA,2010). Este fato é reafirmado em investigação da dependência do tabaco e QV, na qual, dentre os problemas sociais, o relacionamento com os cônjuges ou companheiros, sobressaíram-se com uma grande importância (PORTUGAL, 2010).

O usuário em tratamento procura apoio de amigos, serviços de saúde ou na espiritualidade, mas o mais emblemático para sua recuperação é o apoio familiar. Infelizmente muitas famílias são destruídas antes mesmo da consciência da necessidade do tratamento. Pode-se observar que em relação ao abuso de drogas, não apenas o usuário deve ser tratado, mas sim toda sua família, pois ela adoece junto com o doente e precisa de atenção (PORTUGAL, 2010).

Esses achados apontam para a hipótese de que o usuário de drogas tem maior dificuldade em manter um relacionamento conjugal, provavelmente em consequência do comportamento relacionado ao uso e seus desdobramentos sociais, desestabilizando as relações familiares. Essa situação é favorecida devido aos cônjuges convivem em um ambiente conflituoso, acarretando distanciamento e desesperança (SANTOS, 2009).

Um estudo entre cuidadores de dependentes químicos, avaliou a sobrecarga do cuidado e concluiu que, na maioria das situações as cuidadoras eram esposas, e que apresentavam sintomas depressivos, apontando a falta de interesse sexual como um fator relevante (MARCON, 2012). Este quadro aparentemente confirma a dificuldade na convivência entre os cônjuges, fato que limita o apoio familiar.

A baixa escolaridade, aliada ao fato de que 77,6% tem renda familiar inferior a 3 salários mínimos por mês, chama a atenção para a falta de qualificação profissional e a baixa inserção no mercado de trabalho, interferindo negativamente na perspectiva de reinserção social. A baixa escolaridade entre os usuários do CAPSad, pode ser atribuída, entre outros fatores, à falta de motivação e à descontinuidade dos processos de estudo e trabalho, interrompendo de forma precoce as atividades ligadas ao ensino. Sendo assim,

se faz necessárias intervenções para melhorar a qualificação profissional e a inserção no mercado de trabalho, já que a falta de ocupação e o desemprego alimentam ainda mais a baixa estima, perpetuando os hábitos típicos de fuga autodestruição. Os usuários inseridos no CAPSad, estão na faixa etária mais produtiva, sendo que mais de 61% se enquadram entre 36 e 59 anos de idade. Estes dados nos ajudam a compreender o impacto que a droga tem na sociedade contemporânea.

De acordo com o grau de profissionalização, houve uma predominância de 69,9% dos usuários que não possuíam curso profissionalizante. Estudos evidenciam que a evasão ou o baixo rendimento escolar associa-se com o uso pesado de álcool e outras drogas, podendo ocorrer alterações neuropsicológicas com prejuízo na aprendizagem, acarretando baixo desempenho, levando à baixa autoestima e abandono das atividades acadêmicas (MEDINA, 2010).

Estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ, aponta a maconha como a droga ilícita mais utilizada. O fácil acesso à droga, bem como o baixo custo e, ainda, o fato de ser a maconha considerada popularmente uma droga menos agressiva e com menos estigmas sociais, contribui para o aumento do uso (VARGENS, 2009). Um estudo discutindo a amplitude do prejuízo do uso da maconha evidenciou que entre os que experimentam a substância em média 10% se tornarão usuários diários e 20 a 30% irão consumir semanalmente (JUNGERMAN, 2005).

Embora as alterações cerebrais decorrentes do uso da maconha aparentam ser mais sutis quando comparadas com outras drogas, não significa que elas não existam e não sejam relevantes. Devido a relativa condescendência da sociedade a maconha normalmente é a droga facilmente encontrada e largamente consumida. Sob argumentos recreativos, esta droga abre as portas e derruba preconceitos, sendo uma maneira eficaz de atrair pessoas de todas as idades para o universo das drogas (VARGENS, 2009).

Os resultados relacionados à primeira droga ilícita utilizada na vida permitem inferir que, à assim como em outras investigações, neste estudo houve a predominância da maconha. Pesquisa realizada em âmbito nacional

no ano de 2008, apontou que mais de 80% dos entrevistados utilizaram maconha no primeiro contato com algum tipo de droga, sendo essa em 79,6% dos casos, obtida com amigos, parentes ou conhecidos (BASTOS,2008). Em nosso estudo, a maconha surge como destaque, pois é também a principal droga ilícita de início, com mais de 67% de respostas.

Considerando que o consumo pode acarretar prejuízos, dentre eles os transtornos mentais, esta droga é particularmente estratégica e muito importante para a equipe de saúde mental no que diz respeito ao planejamento e a implementação do cuidado a saúde.

Quanto ao uso do álcool, pesquisas realizadas em vários países, evidenciam que os jovens têm contato cada vez maior com as drogas e começam a consumir bebidas alcoólicas cada vez mais cedo (SCHULTE, 2009). Isso torna o cenário das drogas ainda mais grave, visto que o início precoce do uso de álcool está associado a uma maior probabilidade de problemas relacionados ao seu consumo e dependência na vida adulta (HINGSON, 2009).

No Brasil a realidade não é diferente. Levantamentos sobre o consumo de drogas psicotrópicas (incluindo o álcool) entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio (maioria entre 10 e 18 anos de idade), tem apontado para este fato. Um levantamento nacional que contou com 17 capitais, mostrou que 65,2% já haviam experimentado álcool uma vez *na vida* e que 11,7% bebiam frequentemente (CARLINI et al., 2007).

Outro estudo, também de abrangência nacional, apresentou uma taxa alarmante de 19,2% de dependência alcoólica entre jovens de 18 e 24 anos de idade (CARLINI et al., 2007). O abuso do consumo de álcool e outras drogas é preocupante devido às consequências que o indivíduo pode sofrer ao longo da vida adulta. Segundo Laranjeira (2007), o início do consumo de álcool pelos adolescentes (14 a 17 anos) começa em média aos 13,9 anos e pelos adultos jovens (18 a 25 anos) aos 15,3 anos.

Tanto no uso social como no uso problemático (abuso ou descontrole), o álcool atualmente é a droga mais consumida no mundo quando se comparam drogas lícitas e ilícitas. Segundo dados da OMS (2014), mais de 2 bilhões de

peças consomem bebidas alcoólicas. O uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por milhares de mortes diretas ou indiretas. Em relação à América Latina, o álcool assume uma importância de maior impacto. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes superior que a média mundial (OMS,2014).

Mundialmente, apesar do consumo entre homens ser maior, há uma tendência de convergência entre homens e mulheres no padrão de consumo entre os jovens, principalmente com relação a grandes doses em um curto período de tempo, o chamado “beber pesado” (COURTNEY, 2009). Na nossa amostra, o álcool é a primeira droga em 50,0% dos usuários considerando todos os tipos de drogas. Esse consumo de alto risco está associado a várias consequências, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre estudantes, pois acabam envolvidos em acidentes de trânsito, atos de violência, abuso sexual, assédio sexual, problemas de saúde, diminuição de produtividade acadêmica e problemas interpessoais (HINGSON, 2009).

Apesar de bem estabelecido na literatura que as mulheres em geral bebem menos e conseqüentemente apresentam menos transtornos relacionados ao uso de álcool do que os homens, essa diferença tem diminuído nos últimos anos, sendo menor ainda e às vezes chegando a nem existir entre os jovens (SCHULTE, 2009). No Brasil, pelo menos para a idade de início do uso do álcool, estimada pelo “I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira”, não houve diferenças entre os gêneros (LARANJEIRA, 2007).

A atual política assumida pelos CAPSad, em relação ao tratamento dos usuários de drogas, não prioriza a abstinência total, mas tem como objetivo a *Redução de Danos*. Nessa perspectiva, os resultados são buscados em longo prazo, a abstinência é uma consequência e a atenção é focada nos prejuízos da droga e não na droga em si. Desta maneira, acredita-se haver maior adesão ao tratamento, além de possibilitar que o usuário decida quanto à continuidade do uso ou não, já que o principal objetivo é o controle do consumo. Nesse

contexto o usuário é parte atuante no processo terapêutico fazendo as escolhas que lhe parecem mais adequadas.

O uso inicial das drogas normalmente acontece quando a pessoa procura aceitação por um grupo social, desafio às normas, curiosidade, vontade de sentir os efeitos da substância, dentre outros. Independentemente do motivo do uso, o início normalmente tem ocorrido na adolescência. Esta constatação intensifica a demanda por programas preventivos para esta faixa etária com vistas a reduzir os malefícios do uso precoce, proporcionando melhores condições de QV (GABATZ, 2013).

### **7.1 QUALIDADE DE VIDA**

A análise estatística da amostra dos pacientes usuários do CAPSad na região do Triângulo Mineiro, em relação aos níveis referidos de QV, nos domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiental, homens apresentaram escores mais altos que mulheres, mas apenas nos domínios Psicológico e Ambiental os dados foram estatisticamente significativos.

O uso de drogas e a QV têm sido discutidos em estudos que mostram entre os usuários escores de QV inferiores, quando comparados com a população em geral ou com outros pacientes portadores de doenças crônicas (COSTENBADER 2007; DALGARD, 2014). No Brasil os resultados não são diferentes. Um estudo realizado em Pelotas-RS verificou uma associação significativa entre os menores escores de QV e o uso de álcool e outras drogas, o que reforça a influência negativa do uso de drogas na percepção da QV (JANSEN, 2011).

Os sintomas depressivos têm sido muito estudados dentre os transtornos psiquiátricos em relação à QV. Estudos mostram uma forte correlação entre os sintomas depressivos e os domínios da QV (LIMA, 2009). Essa correlação acarreta o declínio da QV dos usuários na medida em que a depressão aumenta a sensação de dor, a incapacidade funcional, diminui a qualidade das relações sociais, além de tornar a adesão ao tratamento mais difícil. Identificar estas dificuldades permite o planejamento de estratégias mais direcionadas com enfoque nas necessidades individuais, com vistas melhorar a adesão ao



tratamento e a recuperação da autoestima, proporcionando a retomada de atividades de cuidado com o corpo, lazer, atividades sociais e outras (LIMA, 2009).

## **7.2 ESPIRITUALIDADE**

Com uma visão integral da saúde, é possível abordar a espiritualidade como aspecto importante na experiência humana, uma vez que para algumas pessoas a prática da espiritualidade, em suas mais variadas formas, é parte integrante de suas vidas. Sendo assim, quando se encontram em situações estressantes, traumáticas, de risco ou perdas, medo, doenças, utilizam como apoio as suas crenças e a fé, tendo ou não algum vínculo religioso (GOMES, 2008).

A espiritualidade, pode ser apresentada como uma expressão de sentimentos de maneira solitária ou coletiva, ligadas as vivências do indivíduo, não necessariamente vinculadas a uma religião ou crença mais estruturada (SOCCI, 2006).

Os aspectos culturais e espirituais contribuem para a formação dos valores e da identidade do indivíduo. Tudo isto faz parte da história de vida de cada pessoa, podendo contribuir de maneira positiva ou negativa aos estímulos. Assim, a espiritualidade influencia na forma como os indivíduos lidam com as adversidades e com as experiências de dor e sofrimento (GOMES, 2008).

A espiritualidade manifestada na religiosidade, pode influenciar na saúde mental dos indivíduos regulando seus comportamentos, como por exemplo, os comportamentos saudáveis e no estilo de vida, fazendo a pessoa pensar sobre sua forma de comer ou se abster de algum alimento, beber ou não, ter relações sexuais, uso de substâncias lícitas ou ilícitas, seguir prescrições ou tratamentos médicos, educação dos filhos e relacionamento conjugal (BRUSCAGIN, 2008). Também oferece apoio social, podendo ser utilizado como suporte psicossocial, uma vez que as pessoas se sentem pertencendo a um grupo, e isto facilita a adesão a programas de promoção à saúde.

Henning (2009) afirma que no tratamento psicológico, a religiosidade está ligada à promoção de saúde, mas que também pode ser utilizada pelo paciente como fator dificultador, quando baseado em crenças pode acontecer um aumento do sentimento de culpa, aprisionando-o com o emprego de discursos sobre o pecado ou merecimento.

A crença religiosa pode ser usada como apoio promovendo resistência e resiliência as situações da vida, gerando paz, autoconfiança, perdão e melhora da autoimagem. Mas em contraponto, pode também estar ligada a autocrítica, sentimento de culpa, dúvida, ansiedade e depressão. (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

Percebe-se que o enfrentamento religioso pode ser positivo ou negativo. É positivo quando canalizado para encontrar lições espirituais em momentos estressantes ou contar com a ajuda de companheiros de mesma fé, buscando na religião um direcionamento, apoio e conforto. Já o enfrentamento negativo está nas atitudes passivas, esperando que forças extraordinárias controlem e resolvam a situação. A pessoa pode ver o estresse como um castigo divino ou um ato demoníaco e por isso levantam questionamento em relação ao merecimento e justiça (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

A literatura mostra que, a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas à saúde física e mental, na redução do índice de suicídio, uso de drogas ou álcool, na delinquência e na depressão. (PANZINI, 2005; MOREIRA-ALMEIDA, 2006; SANCHEZ, 2007; SANCHEZ, 2008;).

Percebe-se uma relação do envolvimento religioso e baixas taxas de uso e abuso de álcool e drogas, menor prevalência de depressão ou transtornos de ansiedade. É menor uso de nicotina, álcool e abuso de drogas entre os religiosos ou espiritualizados (MOREIRA-ALMEIDA,2006).

Gomes (2008) firma que a religiosidade e espiritualidade são formas encontradas para buscar consolo, força e sentido à vida. Para ele, a espiritualidade envolve muitos aspectos de nossa vida, influenciando a maneira de lidar com as adversidades, as experiências de dor, sofrimento.

Estudos realizados apontam a religiosidade como fator protetor ao consumo de drogas entre as pessoas que frequentam a igreja regularmente,

que praticam os preceitos religiosos ou receberam educação religiosa na infância. A religiosidade aparece como um auxílio ao indivíduo, aumentando seu otimismo, suporte emocional, desenvolvendo a resiliência, diminuindo o estresse, a ansiedade e auxiliando na socialização (SANCHEZ, 2008).

A abordagem da religiosidade/espiritualidade no ambiente terapêutico, deve ser pautada pela neutralidade do profissional, respeitando as escolhas do paciente. Mas é preciso compreender e trabalhar junto a sua crença religiosa/espiritual, para que não acabe sendo um empecilho para o desenvolvimento pessoal da promoção da saúde (HENNING, 2009).

O processo de recuperação da saúde é contínuo. Sendo assim, o dependente químico necessita manter seu novo estilo de vida após o tratamento e durante toda sua vida posterior. São necessárias mudanças e comportamentos, ou seja, um novo estilo de vida. Através da experiência religiosa não se muda o mundo que a pessoa vive, mas possibilita outro olhar, outra compreensão deste mesmo mundo, já que ela continua a mesma pessoa, mas muda a maneira que se compreende a situação (BRUSCAGIN, 2008).

A literatura aponta a religiosidade/espiritualidade aliada ao crescimento pessoal do indivíduo; alterando sua autopercepção, seu autoconhecimento, melhorando a qualidade dos relacionamentos interpessoais (AMATUZZI, 1999; CAMBUY, 2006; DALGALARRONDO, 2006).

O consumo de drogas é muito difundido na sociedade contemporânea. Mas apesar disso, o abuso dessas substâncias, carrega consigo grande peso de preconceito e estigma. A sociedade costuma rotular negativamente o envolvimento ou abuso no consumo. Embora seja evidente a presença do preconceito social em relação a qualquer dependência de substância, a mulher parece ser ainda mais estigmatizada do que o homem. A ela são atribuídos estereótipos importantes como, tendência à promiscuidade na procura de manter o vício, falha ou fracasso no cumprimento do papel familiar e outros. O papel familiar não só como progenitora, mas também como mantenedora do lar muitas vezes na concepção popular, é um papel mais feminino que masculino (HOCHGRAF, 2010).

A sociedade parece ser menos tolerante e mais exigente em relação ao papel da mulher. Apesar de todas as mudanças de valores, e “revoluções” nas relações sociais entre homens e mulheres, esses estereótipos dificultam o acesso de mulheres ao tratamento, seja por vergonha, sentimento de fracasso, ou seja, pela estrutura dos serviços especializados de saúde, (CAPSad, CAPSi, UA) que aparentemente são concatenados para ao perfil masculino (HOCHGRAF, 2010). Fato é que, na vivência como profissional inserido no CAPSad, é possível observar que as mulheres geralmente estão pouco representadas nos centros terapêuticos. Sendo assim são necessárias pesquisas que reflitam sobre este tema, com o objetivo de desvendar a menor presença feminina nos CAPSad e para embasar políticas que atendam melhor as mulheres em suas necessidades, como por exemplo, cuidados com os filhos menores (principalmente no momento de consultas), banheiro exclusivos e ambientes mais adaptados à realidade feminina.

Em relação aos oito domínios da Espiritualidade, no domínio Conexão espiritual Mulheres tiveram maior escore e os dados foram estatisticamente significativos. No domínio Totalidade e integração, Homens tiveram maior escore e os dados foram estatisticamente significativos.

## **8 CONCLUSÃO**

Concluimos que em relação aos usuários do CAPSad instituídos na região do Triângulo Mineiro, o álcool é apontado como a principal droga de início na maioria dos usuários. Apesar de ser uma droga lícita, o álcool em suas muitas formas de consumo, tem causado grande impacto social em várias dimensões.

A maconha é a principal droga de início quando se refere a drogas ilícitas. Aparentemente este é um hábito de consumo cada vez mais aceito na população e seus males têm sido socialmente ignorados. Sendo assim, estes dados nos apontam para políticas públicas que intervenham nessa mecânica do consumo tanto do álcool quanto da maconha principalmente no início da vida para assim evitarmos adultos em uso prejudicial.

O papel da família torna-se importante em qualquer esfera da vida do indivíduo. Muitas vezes o espaço familiar, que deveria ser o local de proteção e acolhimento do usuário de álcool ou outras drogas, acaba em diversas situações fomentando seu uso. Assim identificar essas situações de risco e ter a participação de familiares é de fundamental relevância. Dessa forma é necessário um olhar diferenciado às famílias dos usuários no sentido de ajudá-las a se fortalecer e enfrentar os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com intuito de unir forças na busca pelo tratamento.

Foram encontrados escores que indicam o comprometimento da QV dos usuários. Esses dados contribuem para o direcionamento de intervenções de enfermagem e da equipe multiprofissional atuante no CAPSad, mostrando a necessidade de reconhecer as dificuldades que comprometem o PTS, dificultando a adesão e afetando negativamente a QV de vida dos usuários. O reconhecimento de quais são estas dificuldades, possibilita a implementação de ações direcionadas às necessidades individuais e coletivas dos usuários refletindo positivamente na melhoria da QV.

É importante ressaltar que no Brasil, a realização de estudos em CAPSad ou em serviços de atenção a usuários utilizando escalas de avaliação traduzidas e validadas são escassos. Este fato expõe a pesquisa a algumas limitações, em relação a discussão. Para esta população, dentre os poucos estudos encontrados, a maioria eram internacionais, dificultando a comparação da população estudada, com outras populações imersas em suas respectivas culturas e outras realidades sociais.

Os achados do estudo reafirmam a necessidade de esforços entre a equipe multiprofissional, para a avaliação integral do usuário, visando à instituição das terapêuticas adequadas para suprimir as necessidades identificadas e melhorar a QV principalmente das mulheres. Uma assistência mais humanizada que se prioriza a QV, influencia positivamente na aderência do tratamento.

Quando comparamos QV entre os sexos, os dados (estatisticamente significativos) apontam as mulheres com pior escore nos domínios Psicológico e Ambiental. Sendo assim, merecem especial atenção para proporcionar

melhoria de QV para mulheres, propondo um PTS mais adaptado à realidade feminina.

Quando compararmos entre os sexos os domínios da Espiritualidade, mulheres tem maior escore no domínio Conexão espiritual (dados estatisticamente significativos). No domínio Totalidade e integração, Homens tiveram maior escore (dados estatisticamente significativos).

Mulheres e Homens desenvolvem diferentes padrões de consumo, apesar de existir uma atual tendência a convergência. Sendo assim o atendimento a estes usuários do CAPSad, deve ser condizente as realidades de cada sexo. Um ambiente masculino, pode intimidar o comparecimento e a adesão das mulheres. Um PTS mais adaptado a realidade feminina e suas prioridades, pode promover uma significativa melhora da adesão ao tratamento, levando em conta a espiritualidade como fator importante para a recuperação consequentemente melhoria da QV.

A espiritualidade pode ser um importante agente modificador na vida das pessoas que superaram a dependência química e buscam melhoria na QV. A espiritualidade se configura um instrumento importante no tratamento dos dependentes químicos, mostrando que deve ser trabalhada e podendo ser utilizada nos tratamentos e no desenvolvimento pessoal do usuário, independentemente de crenças ou vínculos religiosos específicos.

Muito se avançou sobre o tema da dependência química, mas ainda há muito a ser desbravado. Para preencher esta lacuna no conhecimento, novos estudos devem ser desenvolvidos, em especial os que relacionem a espiritualidade dentre os instrumentos terapêuticos para o tratamento do abuso álcool e outras drogas. Atualmente muitas clínicas de recuperação de usuários, com a administração particular, usam a religião e a atenção espiritual como principais ferramentas de tratamento e melhoria da QV, alcançando relativo sucesso.

Sendo assim, é preciso desenvolver novos trabalhos científicos que abordem o tema da QV e da espiritualidade também na população do CAPSad. Tais pesquisas devem atentar as diferenças sociais, e biológicas que distinguem homens e mulheres, norteando assim, as ações de saúde e

promovendo um SUS mais humano e integral a todos, para melhor atender e entender a esta população. O enfermeiro, por exercer um papel estratégico em relação ao paciente e ter acesso facilitado as informações, deve assumir um papel de promotor de pesquisas neste tema.

## REFERÊNCIAS

- ABDALA, G. A. et al. A Religiosidade / Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, p.77-98, mar. 2007. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/rever/rv1\\_2010/i\\_abdala.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv1_2010/i_abdala.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2013.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMATUZZI, M.M. Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso. In: MASSINI, M. & MAHFOUND, M. (org.). **Diante do mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- BACKES, D. S. et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. **Rev. esc. enf. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-6234201200050030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234201200050030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Jan, 2014.
- BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; & MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**; 66(1), 123-127, 2008.
- BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A.. Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005. **Rev Saúde Pública** ;42 Supl 1:109-17,2008.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**, 2011 Disponível em: <[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)>. Acessado em 23 de agosto de 2014.
- BRASIL. SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório Brasileiro Sobre Drogas**, 2009.
- BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002: estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPSad II. Brasília, DF, 2002.
- BRUSCAGIN, C.; SAVIO, A.; FONTES, F.; GOMES, D. M. Religiosidade e Psicoterapia, **Roca**, São Paulo , 2008.



CAMBUY, A.; AMATUZZI, M. M.; ANTUNES, A. *Psicologia clínica e Experiência Religiosa*. São Paulo: **Revista de Estudos da Religião**, 2006.

CARLINI, E.A.; et al. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. – 2005. São Paulo: **CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia**, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 468 p., 2007.

COMAD. **Conselho Municipal Antidrogas**. Rede de atendimento a Usuários Dependentes de Drogas e Familiares. 2009 disponível em <<http://www.pmcg.ms.gov.br/comad>> Acesso 10 de Out. 2014.

COSTENBADER, E.C.; ZULE, W.A.; COOMES, C.M. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. **Drug Alcohol Depend.**;89(2-3):251-58,2007.

COURTNEY K.E; POLICH J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. **Psychol Bull** 135: 142-56, 2009.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, Dec. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-502201000000015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-502201000000015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 02 Out. 2014.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 177-178, Sept. 2006.

DALGARD, O.; EGELAND, A.; SKAUG, K.; VILIMAS, K.; STEEN, T. Health-related quality of life in active injecting drug users with and without chronic hepatitis C virus infection. **Hepatology**;39(1):74-80,2004.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A.R. et al. (Org.). *Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo*. Salvador: **EDUFBA, CETAD/UFBA**, p.12-24, 2004.

FILHO, N. A.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos da metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 6 ed. p. 728,2003.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 587-598, 2012.

FLECK, M.P.A, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Saúde pública**. vol. 34 no.2 pag. 178-183, 2000.

FUCHS, G. C. A influência da espiritualidade na recuperação de dependentes químicos 2011. **Riomafra**. <Available at: <http://www.clickriomafra.com.br/portal/noticias/riomafra/?p=5720>> Acesso em 08 de Ago. 2014.

GABATZ, R.I.B.; et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.**;34(1):140-6, 2013.

GOMES, D. M. *Religiosidade como Fonte de Resiliência em Psicoterapia*. In: BRUSCAGIN, C.; SAVIO, A.; FONTES, F.; GOMES, D. M. **Religiosidade e Psicoterapia**. São Paulo: Roca, 2008.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida e Atividade Física - Explorando Teoria e Prática. São Paulo. **Manole**. 2004

GUIMARÃES, M. O. L. Nova Lei Antidrogas Comentada. São Paulo: **Quartier Latin**, 2007.

GUISELINE, M. A. Qualidade de vida: Um programa prático para um corpo saudável. 2. ed. São Paulo: **Gente**, 1996.

HENNING, M. C. A influência da religiosidade do cliente no trabalho clínico, na perspectiva dos psicólogos. **Dissertação (mestrado em Psicologia) Florianópolis, UFSC**, 2009.

HINGSON, R.W.; ZHA, W. Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. **Pediatrics** 123: 1477-84, 2009.

HOCHGRAF, P.B.; BRASILIANO S. Mulheres e substâncias psicoativas. In: Seibel SD, organizador. **Dependência de drogas. 2ª edição**. São Paulo: Atheneu; p.1025-42, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Orçamento e Gestão Informação Sociodemográfica e Sócio Econômica n. 27, **Ministério do Planejamento**, Brasília, 2013.

JUNGERMAN, F.S.; LARANJEIRA, R.; BRESSAN, R.A. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos? **Rev Bras Psiquiatr**. 27(1):5-6, 2005.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 173-180, 2012.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; & DUARTE, P. C. A. V. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília- Brasil. **Secretaria Nacional Antidrogas**, 2007.

LEAL, E.M; GODINHO, D.P.G.; MANN, R.; STRIKE C.; BRANDS, B.; KHENTI, A. Estudo de comorbidade: Sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento, Macaé – Brasil. **Texto Contexto Enferm.**;21(n.esp):96-104, 2012.

LEITE, A. R. Da ineficácia da nova Lei Antidrogas. In **Boletim Jurídico**, nº 258, 1999, Uberaba/MG. Disponível em: <[www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1920](http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1920)>. Acesso em: 07 set. 2014.

LIMA, A.F,B.S.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul** [Internet]. 2009 [citado em 25 de abril de 2014];31(3 Supl). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a02s1.pdf>.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.

MARCON, S.R.; RUBIRA, E.A.; ESPINOSA, M.M.; BARBOSA, D.A. Quality of life and depressive symptoms among caregivers and drug dependent people. **Rev Latino Am Enferm.** 20(1):167-74,2014.

MEDINA, M.G; SANTOS, D.N.; ALMEIDA, FILHO N.M.; BARQUEIRO, C.C. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: Seibel SD, organizador. **Dependência de drogas. 2ª edição**. São Paulo: Atheneu; p.71-98, 2010.

MIELKE, F. B. et al. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 501-507, 2012

MIGOTT, A. M. B. Dependência Química: Problema biológico, psicológico ou social? **Cad. Saúde Pública** vol.24 no.3 Rio de Janeiro Mar, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. *Religiousness and mental health: a review*. São Paulo: **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2006.

MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. A.; MACHADO, A. L. Os desafios da integralidade em um centro de atenção psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1171-1176, 2011.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6 ed. Londrina: **Midiograf**, 2013.

OEDT-Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. **Relatório Anual Sobre a Evolução do Fenômeno da Droga na União Europeia**, 2012. <<https://infoeuropa.euocid.pt/files/database/000042001-000043000/000042826.pdf> > Acesso em: 25 de setembro de 2014.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (UNIDOC). **Relatório Sobre Drogas no Mundo** 2014. Disponível em < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html> > .Acesso em: 14 de set.2014.

OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science and medicine**. v.41, n.10, p.403-409, 1995.

PANZINI, R.G. & BANDEIRA, D.R. Escala de coping religioso - espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. Maringá, **Psicologia em Estudo**, 2005.

PANZINI, R.G; et al. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. **Revista de Saúde Pública**, 45(1), 153-165, 2011

PANZINI, R.G; et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n. 1, p. 105-115, 2007b.

PANZINI,R.G.; BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso /espiritual . **Rev. Psiquiatria Clínica**, v.34, n. 1,p..126-135, 2007a.

PASKULIN L.; VIANNA L.; MOLZAHN A.E. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. **Int Nurs Rev**; 56(1):109-115, 2009.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, jan./ jul. 2009.

PEREIRA, M.G. Métodos empregados em epidemiologia. In: PEREIRA M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PIMENTA, E. S.; O cuidado necessário na relação família, portador de transtorno mental e centro de atenção psicossocial. **Conhecimento & Diversidade**, Niterói, v. 4, n. 7, p. 43-54, 2012.

PINSKY, L; BESSA, M. A. Adolescência e drogas. São Paulo: **Contexto**, 2004.

PINTO, A.G.A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PORTUGAL, F.B.; CORREA, A.P.M.; SIQUEIRA, M.M. Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. **SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog** [Internet]. 2010

PY, L. A.; JACQUES, H. **A linguagem da Saúde. 3 ed.** Rio de Janeiro: Campus. p. 19-48, 1999.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 4, Dec, 2009. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2009000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400005) > Acessado em: 29 Set. 2014.

Relatório Mundial sobre Drogas 2015. Disponível em [http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)  
SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, n. 1, p. 73-81, 2007.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. Ap<sup>a</sup>. *A Religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas*. São Paulo: **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2007.

\_\_\_\_\_. *Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas*. São Paulo: **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2008.

SANDUVETTE, V. Sobre como e porque construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.83-100, 2007.

SANTOS, E.C.V.; MARTIN, E. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP.Brasil. **Rev Bras Enferm.**;6(2):194-99, 2009.

SCHULTE M.T,; RAMO D.; BROWN S. A. Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. **Clin. Psychol Rev** 29: 535-47, 2009.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Panorama atual de drogas e dependências . São Paulo: **Atheneu**, 2006.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D.; O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicol. Soc. [online]**, vol.18, n.1, pp. 71-80, 2006.

SOCCI, V. Religiosidade e o Adulto Idoso. Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: **Alínea**, 2006.

SOUSA, F.S.P.; OLIVEIRA, E.N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica de Hospital Geral. **Ciênc Saúde Coletiva**;15(3):671-7, 2010.

THE WHOQOL GROUP. WHOQOL user manual. Geneva: **World Health Organization**, 1998b.

THE WHOQOL GROUP. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva: **World Health Organization**, 1996.

\_\_\_\_\_. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). **Faculdade de Medicina da UFRGS**, 1998a. Departamento de Psiquiatria. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 13 set. 2013.

THE WHOQOL-SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, New York, v. 62 , n. 6, p. 1486-1497, mar. 2006.

VARGENS, O.M.C.; BRANDS, B.; Use of illicit drugs and critical perspectives of drug users' relatives and acquaintances in Northern Rio de Janeiro (City), Brazil. **Rev Latino Am Enferm.**;17(n.spe):776-82, 2009.

VIDAL, F. D. L. et al. Prática de cuidar/cuidado aos portadores de transtornos mentais: concepção dos enfermeiros. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 99-106, 2012.

## ANEXO A

### IDENTIFICAÇÃO, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

IDENTIFICAÇÃO - Nº \_\_\_\_\_

1) **Sexo:** 1- Masculino      2- Feminino      99- Em branco/ não preenchido

2) **Idade:** 1- 7 a 10 anos    2- 11 a 15 anos      3- 16 a 20 anos    4- 21 a 25 anos    5- 26 a 30 anos    6- 31 a 35 anos  
7- 36 a 40 anos

8- Mais de 40 anos      99- Em branco/ não preenchido

3) **Bairro:** \_\_\_\_\_ 99- Em branco/  
não preenchido

4) **Procedência:** \_\_\_\_\_ 99- Em branco/  
não preenchido

5) **Encaminhamento:** \_\_\_\_\_ 99- Em branco/  
não preenchido

6) **Estado civil:** 1- Solteiro    2- Casado    3- Viúvo(a)      4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)    5- Amasido  
99- Em branco/ não preenchido

7) **Escolaridade:** 1- Analfabeto    2- 1º grau completo    3- 1º grau incompleto    4- 2º grau completo    5- 2º grau incompleto  
6- Superior completo    7- Superior incompleto    99- Em branco/ não preenchido

8) **Profissão:** \_\_\_\_\_ 99- Em branco/ não  
preenchido

9) **Situação empregatícia:** 1- Empregado    2- Desempregado    3- Aposentado    4- Mercado informal    99- Em branco/ não  
preenchido

10) **Com quem mora:** 1- Pai    2- Mãe    3- Irmãos    4- Filhos    5- Outro/quem: \_\_\_\_\_ 99- Em branco/  
não preenchido

**11) Droga inicial:** 1- Álcool 2- Cocaína inalada 3- Cocaína injetada 4- Cola, solvente, tiner 5- Crack 6- Tabaco 7- Maconha 8- Outras: \_\_\_\_\_ 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**12) Droga já utilizada:** 1- Álcool 2- Cocaína inalada 3- Cocaína injetada 4- Cola, solvente, tiner 5- Crack 6- Tabaco 7- Maconha 8- Outras: \_\_\_\_\_ 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**13) Droga de uso atual:** 1- Álcool 2- Cocaína inalada 3- Cocaína injetada 4- Cola, solvente, tiner 5- Crack 6- Tabaco 7- Maconha 8- Outras: \_\_\_\_\_ 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**14) Histórico de droga injetável:** 1-Sim 2- Não 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**15) Histórico de prostituição:** 1-Sim 2- Não 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**16) Tempo de uso:** 1- 0 a 11 meses 2- 1 ano a 1ano e 11 meses 3- 2 anos a 2 anos e 11 meses 4- 3 anos a 3anos e 11 meses 5- 4anos a 4 anos e 11 meses 6- 5anos a 15 anos 7- 15 anos a 30 anos 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**17) Renda individual:** 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo 4 - De 1 a 2 salários mínimo 5 - De 2 a 3 salários mínimo 6 – de 4 a 5 salários mínimo 7- Mais de 5 salários mínimo 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**18) Renda familiar:** 1 - Não tem renda 2 - Menos que 1 salário mínimo 3 - 1 salário mínimo 4 - De 1 a 2 salários mínimo 5 - De 2 a 3 salários mínimo 6 – de 4 a 5 salários mínimo 7- Mais de 5 salários mínimo 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**19) Tratamento proposto:** 1- Ambulatorial 2- CAPS I 3- CAPS II 4- CAPS III 5- Outros encaminhamentos 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**20) Adesão ao tratamento:** 1- Sim 2- Não 99- Em branco/ não preenchido

--	--

**21) Frequência de uso:** 1- Diário 2- Semanal 3- Mensal 4- Esporádico 99- Em branco/ não preenchido

--	--

--	--



22) CID: \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Qualidade de vida e Espiritualidade no Contexto da Dependência Química.

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você é convidado (a) a participar do estudo: Qualidade de vida e Espiritualidade no enfrentamento ao uso de álcool e outras drogas. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: Identificar e comparar as características sociodemográfica, qualidade de vida e espiritualidade de usuários de álcool e outras drogas; homens e mulheres. Caso você participe, será necessário fazer perguntas sobre sua identificação. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do seu tratamento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá no estudo e não será divulgado, pois você será identificado com um número.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Qualidade de vida e Espiritualidade no contexto da dependência química.

Eu,....., li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei

que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Local:

Data ...../

...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

\_\_\_\_\_  
Documento de identidade

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisador - orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores: (016) 98228-2222/(016)9299-2251**

## ANEXO B

### Módulo *WHOQOL-bref* (FLECK,2000)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
--	------	-------------	-------	-------	---------------

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5

6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

## ANEXO C

### QUESTIONÁRIO

#### Módulo *WHOQOL-SRPB*(PANZINI,2007)

As questões seguintes são sobre sua espiritualidade, religião ou crenças pessoais e como estas crenças afetam sua qualidade de vida. Estas questões são elaboradas para ser aplicáveis para pessoas de culturas diferentes e que possuem as mais variadas crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você segue uma religião particular, como Judaísmo, Cristianismo, Islã ou Budismo, você provavelmente responderá as questões seguintes com suas convicções religiosas em mente. Se você não segue uma religião particular, mas ainda acredita que algo superior e mais poderoso existe além do mundo físico e material, você pode responder as questões seguindo essa crença. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual mais alta ou o poder curativo da Natureza. Você pode não ter nenhuma convicção em uma entidade superior espiritual, mas você pode ter crenças pessoais fortes, como acreditar em uma teoria científica, um estilo de vida pessoal, uma filosofia particular ou um código moral e ético. Algumas destas questões usarão palavras como espiritualidade. Por favor responda estas questões em função de seu próprio sistema de crença, seja este religioso, espiritual ou pessoal.

As questões seguintes perguntam como suas crenças afetaram diferentes aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma questão pergunta "Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, o corpo e a alma?" Se você vivenciou isto muitas vezes, circule o número próximo a "Muito". Se você não vivenciou isso, circule o número próximo a "Nada". Você deve circular um dos números dentre as possíveis respostas. As questões se referem às últimas duas semanas.

- 1.) Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

2.) Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

3.) Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

4.) Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual conforta/tranqüiliza você?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

5.) Até que ponto você encontra um sentido na vida?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

6.) Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

7.) Até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

8.) Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

9.) Até que ponto você sente força espiritual interior?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

10.) Até que ponto você encontra força espiritual em épocas difíceis?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

11.) Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

12.) Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

13.) Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

14.) Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

15.) Até que ponto você tem sentimentos de inspiração/emoção em sua vida?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente



( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

16.) Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar ("curtir") as coisas da natureza?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

17.) Quão esperançoso você se sente?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

18.) Até que ponto você está esperançoso com sua vida?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

19.) Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (p. ex. natureza, arte, música)

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

20.) Até que ponto você sente alguma ligação entre sua mente, seu corpo e sua alma?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

21.) Até que ponto você sente que a maneira como vive está de acordo com o que você sente e pensa?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

22.) O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 23.) O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?
- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 24.) Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?
- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 25.) Até que ponto você se sente em paz dentro de você mesmo?
- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 26.) Até que ponto você sente paz interior?
- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 27.) O quanto você consegue se sentir em paz, quando necessário?
- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 28.) Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?
- |  |       |             |               |          |              |
|--|-------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada  | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|  | ( 0 ) | ( 1 )       | ( 2 )         | ( 3 )    | ( 4 )        |
- 29.) Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?
- |  |      |             |               |          |              |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
|  | Nada | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

30.) O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

31.) Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

32.) Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

Nada    Muito pouco    Mais ou Menos    Bastante    Extremamente

( 0 )            ( 1 )            ( 2 )            ( 3 )            ( 4 )

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO D

### Sintaxe SPSS para o cálculo dos escores do WHOQOL-bref

ETAPAS	SINTAXE SPSS PARA O CÁLCULOS DOS ESCORES DO WHOQOL-
--------	---

	BREF
Verificar se todos os 26 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).
Converter as questões invertidas	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
Calcular os escores dos domínios	COMPUTE PHYS=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH=MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.
Transformar os escores para uma escala de 0 a 100	COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16).
Excluir os respondentes cujo número de itens não respondidos excedem 20% do total de itens	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). SELECT IF (TOTAL>=21). EXECUTE.

Fonte: The WHOQOL Group (1998b)

## ANEXO E

### Sintaxe SPSS para o cálculos dos escores do WHOQOL-SRPB

ETAPAS	SINTAXE SPSS PARA O CÁLCULOS DOS ESCORES DO WHOQOL-SRPB
--------	---

Verificar se todos os 32 itens foram preenchidos com respostas entre 1 e 5	RECODESP1.1 SP1.2 SP1.3 SP1.4 SP2.1 SP2.2 SP2.3 SP2.4 SP3.1 SP3.2 SP3.3 SP3.4 SP4.1 SP4.2 SP4.3 SP4.4 SP5.1 SP5.2 SP5.3 SP5.4 SP6.1 SP6.2 SP6.3 SP6.4 SP7.1 SP7.2 SP7.3 SP7.4 SP8.1 SP8.2 SP8.3 SP8.4 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).
Converter as questões invertidas	RECODE f1.1 f1.2 f1.3 f1.4 f2.2 f2.4 f3.2 f3.4 f7.2 f7.3 f8.1 f8.2 f8.3 f8.4 f9.3 f9.4 f10.2 f10.4 f11.1 f11.2 f11.3 f11.4 f13.1 f15.4 f16.3 f18.2 f18.4 f22.2 f23.2 f23.4 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).
Calcular os escores dos domínios e facetas	<p>COMPUTE Pain = (f1.1 + f1.2 + f1.3 + f1.4)/4 .</p> <p>COMPUTE energy = (f2.1 + f2.2 + f2.3 + f2.4)/4 .</p> <p>COMPUTE sleep = (f3.1 + f3.2 + f3.3 + f3.4)/4 .</p> <p>COMPUTE pfeel = (f4.1 + f4.2 + f4.3 + f4.4)/4 .</p> <p>COMPUTE cog = (f5.1 + f5.2 + f5.3 + f5.4)/4 .</p> <p>COMPUTE esteem = (f6.1 + f6.2 + f6.3 + f6.4)/4 .</p> <p>COMPUTE body = (f7.1 + f7.2 + f7.3 + f7.4)/4 . COMPUTE nfeel = (f8.1 + f8.2 + f8.3 + f8.4)/4 .</p> <p>COMPUTE mobil = (f9.1 + f9.2 + f9.3 + f9.4)/4 .</p> <p>COMPUTE adl = (f10.1 + f10.2 + f10.3 + f10.4)/4 .</p> <p>COMPUTE depend = (f11.1 + f11.2 + f11.3 + f11.4)/4 .</p> <p>COMPUTE work = (f12.1 + f12.2 + f12.3 + f12.4)/4 .</p> <p>COMPUTE relatio = (f13.1 + f13.2 + f13.3 + f13.4)/4 .</p> <p>COMPUTE support = (f14.1 + f14.2 + f14.3 + f14.4)/4 .</p> <p>COMPUTE sex = (f15.1 + f15.2 + f15.3 + f15.4)/4 .</p> <p>COMPUTE safe = (f16.1 + f16.2 + f16.3 + f16.4)/4 .</p> <p>COMPUTE home = (f17.1 + f17.2 + f17.3 + f17.4)/4 .</p> <p>COMPUTE finance = (f18.1 + f18.2 + f18.3 + f18.4)/4 .</p> <p>COMPUTE care = (f19.1 + f19.2 + f19.3 + f19.4)/4 .</p> <p>COMPUTE info = (f20.1 + f20.2 + f20.3 + f20.4)/4 .</p> <p>COMPUTE leisure = (f21.1 + f21.2 + f21.3 + f21.4)/4 .</p>

	<p>COMPUTE enviro = (f22.1 + f22.2 + f22.3 + f22.4)/4 .</p> <p>COMPUTE trans = (f23.1 + f23.2 + f23.3 + f23.4)/4 .</p> <p>COMPUTE srpb = (f24.1 + f24.2 + f24.3 + f24.4)/4 .</p> <p>COMPUTE connect = (SP1.1 + SP1.2 + SP1.3 + SP1.4)/4.</p> <p>COMPUTE meaning = (SP2.1 + SP2.2 + SP2.3 + SP2.4)/4.</p> <p>COMPUTE awe = (SP3.1 + SP3.2 + SP3.3 + SP3.4)/4.</p> <p>COMPUTE whole = (SP4.1 + SP4.2 + SP4.3 + SP4.4)/4.</p> <p>COMPUTE strength = (SP5.1 + SP5.2 + SP5.3 + SP5.4)/4.</p> <p>COMPUTE peace= (SP6.1 + SP6.2 + SP6.3 + SP6.4)/4.</p> <p>COMPUTE hope = (SP7.1 + SP7.2 + SP7.3 + SP7.4)/4.</p> <p>COMPUTE faith = (SP8.1 + SP8.2 + SP8.3 + SP8.4)/4.</p> <p>COMPUTE general = (g.1 + g.2 + g.3 + g.4)/4.</p> <p>COMPUTE Domain1 = (pain + energy + sleep) / 3 * 4.</p> <p>COMPUTE Domain2 = (pfeel + cog + esteem + body + nfeel) / 5 * 4.</p>
	<p>COMPUTE Domain3 = (mobil + adl + depend + work) / 4 * 4.</p> <p>COMPUTE Domain4 = (relatio + support + sex) / 3 * 4. COMPUTE Domain5 = (safe + home + finance + care + info + leisure + enviro + trans) / 8 * 4. COMPUTE Domain6 = (srpb + connection + meaning + awe + wholeness + strnegth+ peace + hope + faith) / 9 * 4.</p>

Fonte: The WHOQOL-SRPB Group (2005)

## ANEXO F



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba (MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

Av. Frei Paulino, 30 (Centro Educacional e Administrativo da UFTM) – 2º andar – Bairro Nossa Senhora da Abadia  
38025-180 - Uberaba-MG - TELEFAX: 34-3318-5854  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** ASSISTÊNCIA AO DEPENDENTE QUÍMICO E AOS FAMILIARES: UM ESTUDO COMPREENSIVO  
**PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:** JUREMA RIBEIRO LUIZ GONÇALVES  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 16/11/2011  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 2204

**PARECER**

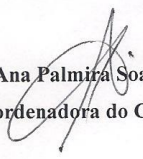
De acordo com as disposições da Resolução CNS 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM considera o protocolo de pesquisa **aprovado**, na forma (redação e metodologia) como foi apresentado ao Comitê.

Conforme a Resolução 196/96, o pesquisador responsável pelo protocolo deverá manter sob sua guarda, pelo prazo de no mínimo cinco anos, toda a documentação referente ao protocolo (formulário do CEP, anexos, relatórios e/ou Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos – TCLE assinados, quando for o caso) para atendimento ao CEP e/ou à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Toda e qualquer alteração a ser realizada no protocolo deverá ser encaminhada ao CEP, para análise e aprovação.

O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início da realização do projeto.

Uberaba, 11 de maio de 2012.

  
**Profª. Ana Palmira Soares dos Santos**  
**Coordenadora do CEP/UFTM**