

PESQUISA

Experiências de Usuários de Caps-Ad com o Uso Abusivo de Drogas em João Pessoa-PB

Experiences of users of Caps-Ad with drug abuse in João Pessoa-PB

Experiencias de los usuarios de Caps-Ad con el abuso de drogas en João Pessoa-PB

Edriene Ferreira da Silva¹, Anna Luiza Castro Gomes², Leandro Roque da Silva³, João Euclides Fernandes Braga⁴, Marília de Moura Castro⁵, Maria Fernanda Rocha da Silva⁶.

ABSTRACT

Objective: Analyze the conceptions of registered users in a Psychosocial Care Center alcohol and drugs (CAPS-ad) about his experience with drug abuse. **Methods:** Exploratory, descriptive, qualitative, involved 30 registered users and monitoring the CAPS-ad João Pessoa-PB, in the months of June and July 2013. Data were collected through semi-structured interviews and statements were recorded, transcribed and analyzed using content analysis. CEP-HULW/UFP, CAAE-16818413.2.0000.5183. **Results:** They are organized in two themes: "Experiences of subjects with drug abuse" and "Health care for people who abuse drugs". **Conclusion:** The study revealed that the behavior of drug abuse is multifactorial and brings several complications to users' lives, affecting their social, economic, cultural and religious. **Descriptors:** Drug users, Dependency, Substance-related disorders.

RESUMO

Objetivo: Analisar as concepções de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad) sobre suas experiências com o uso abusivo de drogas. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, qualitativo que envolveu 30 usuários em acompanhamento no CAPS-ad de João Pessoa-PB, nos meses de junho e julho de 2013. Os dados foram coletados após aprovação do CEP-HULW/UFP, CAAE-16818413.2.0000.5183, através de entrevista semiestruturada e os depoimentos que foram gravados, transcritos e analisados pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Estão organizados em dois eixos temáticos: "Experiências dos sujeitos com o uso abusivo de drogas" e "Atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de drogas". **Conclusão:** O estudo revelou que o comportamento de uso abusivo de drogas é multifatorial e traz diversas complicações para a vida dos usuários, afetando suas relações sociais, econômicas, culturais e religiosas. **Descritores:** Usuários de drogas, Dependência Química; Política de atenção aos usuários de drogas.

RESUMEN

Objetivo: analizar los conceptos de los usuarios registrados en un Centro de Atención Psicossocial de alcohol y drogas (CAPS-ad) acerca de su experiencia con el uso indebido de drogas. **Métodos:** un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo que tuvo como involucrados 30 usuarios en el seguimiento del CAPS-ad João Pessoa-PB, entre junio y julio de 2013. Los datos fueron aprobados por el CEP-HULW/UFP, CAAE-16818413.2.0000.5183, y recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas y se registraron las entrevistas transcritas y analizadas utilizando el análisis de contenido. **Resultados:** los datos empíricos permitieron la construcción de dos temas: "Experiencias de los pacientes con abuso de drogas" y "Cuidado de la salud para las personas que abusan de las drogas". **Conclusión:** el estudio reveló que el comportamiento del consumo de drogas es multifactorial y trae varias complicaciones para los usuarios, lo que afecta su vida social, económica, cultural y religiosa. **Descritores:** Usuarios de Drogas, Dependencia Química, La Política de Atención a Usuarios de Drogas.

¹Nurse, Graduate and Degree from the Federal University of Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brazil. Email: edri.ene@hotmail.com; ²Nurse with Doctorate in Sciences from ENSP/FIOCRUZ, Teaching at the Department of Nursing, Public Health and Psychiatry, Federal University of Paraíba /UFPB. Email: annaenf@gmail.com; ³Psychologist, Master's Student at the Postgraduate Program of Social Service, Federal University of Paraíba /UFPB, and Director of CAPS-ad. Email: leo_roque1@yahoo.com.br; ⁴Nurse doctor of Pharmacology from the Federal University of Paraíba /UFPB, Teaching at the Department of Nursing, Public Health and Psychiatry/UFPB and Vice-Director of the Health Sciences Center /UFPB. Email: joeufebra@gmail.com; ⁵Municipal Health Psychologist of João Pessoa-PB. Email: mariliamouracastro@gmail.com; ⁶Nurse, Graduate and Degree from the Federal University of Paraíba - UFPB. Email: fernanda.roch@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi reivindicada no final da década de 1970 pelo Movimento de Luta Antimanicomial e teve como inspiração a experiência italiana de desinstitucionalização. Trata-se do processo de questionamentos sobre os vários conceitos produzidos pela ciência para explicar o fenômeno da loucura, sobre práticas de cuidados e sobre os dispositivos jurídicos e legais que legitimam esse saber. Defende uma abordagem democrática e participativa que tem como objetivos a inclusão social, a solidariedade, a restituição e a construção de direitos e a transformação das práticas sociais e de saúde relacionadas às pessoas que experimentam o sofrimento mental.¹

A desinstitucionalização é o grande objetivo da Reforma Psiquiátrica e não se restringe à reestruturação técnico-administrativa de serviços, à inovação e à modernização de terapias, mas se constitui um processo social complexo de desconstrução/construção de novos saberes e práticas que visa estabelecer novas relações entre a sociedade, o louco, a loucura e suas instituições. Assim, configura-se como um processo ético-estético de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.²

Nesse enfoque, o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira objetiva um devir revolucionário³ mediante a desconstrução do aparato manicomial, a construção do modelo de atenção psicossocial, a criação de serviços substitutivos e o desenvolvimento de estratégias de reinserção social que potencializem os recursos territoriais e restabeleçam a convivência solidária das pessoas com experiência de sofrimento mental na sociedade.⁴

Entre as mudanças operadas nessa perspectiva destacamos a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, na cidade de São Paulo e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, no ano de 1989. Nesse último município, a Secretaria Municipal de Saúde realizou uma intervenção em um dos seus hospitais psiquiátricos devido à ocorrência de maus-tratos e de mortes de muitos internos. Os CAPS são instituições destinadas a acolher pessoas com diagnóstico de transtornos mentais graves, persistentes e severos e tem por objetivo estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em iniciativas de busca pela autonomia, bem como oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Outra finalidade do serviço é o desenvolvimento de estratégias para integrá-los ao ambiente social e cultural de forma concreta.⁵

Até o final da década de 1990, no Brasil, as pessoas que sofriam transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de drogas eram internadas em clínicas psiquiátricas e submetidas, assim como as pessoas com problemas mentais, às mais diversas formas de violência.⁶ As pessoas que abusam de substâncias psicoativas apresentam comportamentos de dependência, pois são movidas pelo desejo poderoso e compulsivo de utilizar essas substâncias.⁷ Nesse contexto, destaca-se o problema do uso de substâncias psicoativas no Brasil, como desafio para as políticas públicas, pois como mostra a pesquisa, em 2001, 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga e, em 2005 este número foi

para 22,8%, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas, excluindo-se da análise o Álcool e o Tabaco.⁸

As relações estabelecidas com as drogas se tornam cada vez mais complexas e podem ser associadas a diversos problemas de ordem afetiva, social, econômica e cultural. O abuso de substâncias psicoativas provoca a dependência química que é determinada por uma série de motivos como: fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais.⁹ O abuso de substâncias é considerado menos grave do que a dependência, sendo pautado pelo “uso repetido da droga em situações nas quais a utilização é potencialmente prejudicial a si ou aos outros, ou apesar do conhecimento de que causa ou está associado a problemas sociais e psicológicos significativos”.¹⁰

Na atualidade, observa-se o crescimento da oferta e do consumo das drogas que corrobora a estruturação de um mercado ilegal e lucrativo de distribuição e venda das drogas que se sustenta muitas vezes, pela utilização de práticas violentas.¹¹

Considerando os índices regionais, verifica-se que a região Nordeste lidera o *ranking* nacional e, portanto merece atenção das lideranças governamentais para que a situação seja revertida. Defende-se a necessidade da implantação de projetos e ações, sobretudo aqueles baseados nas políticas públicas de saúde e de assistência social vigentes, para o enfrentamento da situação.¹¹

Em 2001, foi implantada a política que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No ano de 2002, foi criado pela Portaria Nº 336, o primeiro serviço específico para tratamento de dependência química - o CAPS álcool e drogas (CAPS ad) cujo atendimento é realizado por equipe interdisciplinar e onde o usuário acolhido pode realizar várias atividades coadjuvantes ao processo terapêutico, tais como: trabalhos manuais, atividades físicas e artístico-culturais, grupos de família, oficinas informativas, palestras, grupos terapêuticos, oficinas de adaptação, autocuidado, momentos de lazer, alfabetização, jogos, recreação e relaxamento. O objetivo das ações realizadas no CAPS ad é minimizar os danos provocados pelo abuso das drogas, restituir a autonomia aos sujeitos e promover a reinserção social.¹²

Existem no país 1.742 CAPS em funcionamento, 272 deles voltados, exclusivamente, ao atendimento de pessoas com história de uso abusivo de álcool e outras drogas.¹³

Em 2005, verifica-se a primeira legislação relacionada à problemática das drogas - Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Em 2010, foi publicada a Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e o Decreto Nº 7.179 que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PEAD). Através da Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde que envolve os seguintes serviços: Unidades de Saúde da Família, Consultório na Rua, CAPS ad, CAPS i, Serviços de Emergência, Residências Terapêuticas, Hospitais Gerais e Unidades de Acolhimento.¹⁴

O CAPS ad tem papel fundamental para ordenação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), quando se trata de questões relacionadas às drogas. Por ser um serviço territorial e contar com uma equipe multiprofissional, esse dispositivo apresenta forte potencial para

promover uma atenção integral à saúde e medidas de reinserção social. Cabe aos profissionais que atuam nesse serviço a construção de estratégias e a implementação de ações que superem o paradigma da criminalização e da punição das pessoas que usam determinadas substâncias consideradas ilícitas e/ou nocivas de modo que essas possam reconhecer sua situação de vida, os motivos explícitos e implícitos para o consumo abusivo e sobre tudo assumir sua responsabilidade no processo terapêutico.⁷

Considerando o cenário apresentado e o progressivo aumento dos problemas relacionados aos comportamentos das pessoas que fazem uso abusivo de drogas, bem como o encaminhamento da Política Pública de Saúde Mental/Álcool e outras drogas o presente estudo teve o objetivo de analisar as concepções dos usuários cadastrados em um CAPS ad no município de João Pessoa-PB, acerca de suas experiências com o uso abusivo das drogas.

Para subsidiar este estudo foram elaboradas as seguintes questões norteadoras: Quais os motivos que levaram essas pessoas a fazerem uso abusivo de drogas? Quais são as drogas mais utilizadas por esses usuários? E quais as implicações dessas experiências para sua vida?

Objetivo geral: Analisar as concepções de usuários cadastrados em um CAPS ad em João Pessoa-PB sobre a sua experiência com o uso abusivo de drogas. Objetivos específicos: 1) Investigar os motivos que levaram esses usuários a um comportamento de uso abusivo de drogas; 2) Analisar os temas apresentados por esses usuários sobre sua experiência com o uso abusivo de drogas; 3) Analisar as implicações do acompanhamento no serviço para a vida desses usuários.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) de João Pessoa-PB, considerado pela Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012 como um dos serviços do componente da atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esse serviço atua através de diversas estratégias e ações no atendimento 24h aos adultos com diagnóstico de transtornos mentais decorrentes de uso, abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas e conta com uma equipe multiprofissional composta por Psicólogos, Psiquiatras, Clínico Geral, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Professores de Educação Física, Nutricionista, Farmacêuticos e Arte Educadores.¹³

Participaram desta pesquisa 30 usuários do CAPS ad que nos meses de junho e julho de 2013 estavam em acompanhamento pela equipe do serviço. Além do desejo e da disponibilidade dos usuários, também foram consideradas as condições clínicas e psiquiátricas dos sujeitos. Entre os participantes prevaleceu o sexo masculino (83%); a faixa etária de 23 a 29 anos de idade (50%); os pardos (56,7%); solteiros (76,7%); desempregados (66,7%) e católicos (36,7%). Quanto à escolaridade 53% informaram ter o ensino fundamental incompleto e em relação à origem da demanda, 53,3% dos usuários responderam que foram ao serviço pela primeira vez, em companhia de familiares. Com relação às drogas mais usadas pelos entrevistados, avaliando de forma isolada, temos o álcool com (100%); a maconha (66,7%); o crack (56,7%); o tabaco (53,3%); a cocaína (43,3%);

a cola (36,7%); os medicamentos: Anfetaminas (Rebite), Rupinol, Artane (Aranha), Diazepam, Rivotril e Colírio Cicloplégico (usado no nariz para obter efeitos alucinógenos) (36,7%); Tine (26,7%); Loló (23,3%); Heroína (13,3%) e outras (lança-perfume, LSD, ecstasy, chá de cogumelo e oxi) (10%). Analisando o uso das drogas combinadas temos: Álcool + Cigarro + Medicamentos + Maconha + Crack (20%), outras combinações (66,7%) e o álcool como única droga (13,3%).

Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado de entrevista. As entrevistas foram realizadas individualmente durante o período de permanência dos sujeitos nas dependências do serviço estudado e duraram em média de trinta a quarenta minutos. Os depoimentos foram transcritos na íntegra através do programa Word/Windows, posteriormente receberam adequações linguísticas e foram armazenados no formato “pdf”. Os sujeitos foram decodificados com a letra “E” seguido de números arábicos.

Após a leitura do material empírico ocorreu a identificação dos temas principais e dos significados informados pelos sujeitos que foram analisados pela técnica de análise de conteúdo.¹⁵ A análise seguiu as seguintes etapas: leitura superficial e organização dos temas, exploração do material e codificação e classificação dos elementos pelas suas semelhanças e regularidade de associação. Desse modo os temas identificados foram agregados em dois eixos temáticos: “*Experiências dos sujeitos com o uso abusivo de drogas*” e “*Atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de drogas*”.

A pesquisa seguiu as diretrizes e as normas regulamentadoras para as pesquisas que envolvem seres humanos estabelecidas na Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁶ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), CAAE N° 16818413.2.0000.5183 através do Parecer de N° 293.897 e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico demonstra como os usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) de João Pessoa compreendem sua relação com o uso abusivo de drogas e revela algumas das implicações para a vida desses sujeitos.

EIXO TEMÁTICO 01: EXPERIÊNCIAS DOS SUJEITOS COM O USO ABUSIVO DE DROGAS

No primeiro eixo temático foram agregados os seguintes temas: motivos que levaram ao uso abusivo de drogas e as concepções (os significados) dos sujeitos investigados sobre as drogas e sobre as consequências (benefícios e prejuízos) do uso abusivo para suas vidas. Em relação aos motivos, muitos dos usuários enfatizaram a sensação de prazer e a elevação da autoestima que, inicialmente a droga causa.

Eu era tímida e a droga me soltou. Eu usava maconha e me sentia mais à vontade até para comer. Eu fumo maconha normal, tranqüilinha, não vou deixar nunca (E11).

A droga no começo é lazer e no final é a morte, o terror. Droga para mim é destruição. É momentâneo, de prazer, alegria e depois é depressão, tristeza, dor. É coisa momentânea, alegria, prazeroso na hora, mas depois vêm as consequências (E09).

Apenas queria saber que estava usando e que estava me divertindo. É bom! Depois vêm as consequências (E15).

A imediata e intensa sensação de prazer provocada pela droga instala no sujeito o desejo de buscar novamente o uso da droga, levando-o a uma obstinação crescente cada vez mais fora de seu controle, que caracteriza um quadro de dependência química.¹⁷

No começo, é um efeito muito prazeroso, viajava, minha mente saiu, eu fiquei alucinado (E09).

A experiência com as drogas transforma o modo como o sujeito se sente e apresenta possibilidades antes desconhecidas, que os levam a valorizar e a priorizar tais substâncias como, meio de fuga para tornar sua vida mais agradável e/ou suportável.¹⁸

O uso abusivo de substâncias que possuem a capacidade de alterar a consciência e modificar o comportamento das pessoas é um fenômeno inerente à humanidade. Praticamente, em todas as culturas e nas mais diferentes épocas, os grupos humanos utilizam vários tipos de drogas que auxiliam no relacionamento social, estão presentes em festas, ou favorecem rituais de cunho místico/religioso.¹⁹ Por exemplo, egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais.²⁰ Portanto, o uso de substâncias psicoativas é comum nas tradições socioculturais de muitas sociedades.

A esse respeito, a literatura evidencia que nas últimas décadas, houve aumento assustador da frequência do uso de drogas no mundo, sejam elas nas suas formas lícitas ou ilícitas. O consumo que inicialmente ocorria em pequenas quantidades tornou-se uma atividade de mercado que envolvia produção, consumo e distribuição em grande escala e as substâncias tornaram-se um produto comercial bastante lucrativo que, na atualidade se configura como um sério problema de saúde pública.²¹ No centro das principais contradições relacionadas à questão do uso de drogas, está o comércio dessas mercadorias, num contexto capitalista em que mercadoria torna-se fetiche. É no processo de transformação do fetiche *droga ilegal*, no fetiche *dinheiro* que entram em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia.²² Sobre essa realidade é afirmado:

Ganhei dinheiro com força. Eu fazia leque de dinheiro! Hoje, até a passagem, tenho que ir à pé (E04).

Outros motivos foram relatados pelos sujeitos pesquisados que os levaram à sua primeira experiência com o uso de drogas: a busca pelo prazer, a curiosidade sobre os efeitos da droga, a necessidade de esquecer os problemas, conflitos com familiares, exemplos dos pais a influência dos amigos. Os depoimentos que correspondem a esses motivos são:

Com doze anos eu comecei com o cigarro. Eu mesmo tive a curiosidade de saber (E09).

A maconha eu comprei, porque eu estava revoltado da vida, com a família (E06).

Quem me ofereceu foi uns amiguinhos que eu tinha, faziam isso. Aí, me mandaram fazer e fiz mesmo (E07).

Eu bebo para esquecer algumas coisas da minha vida, problemas de família (E18). Comecei a beber com sete anos, porque eu via minha mãe bebendo (E28).

Os entrevistados reconheceram que posteriormente, com a continuidade e o aumento da frequência do uso, a droga passa a causar destruição da autoestima, perda de bens materiais, perdas afetivas e compromete a qualidade de vida, configurando-se um problema de saúde pública mundial e nacional como mostram os depoimentos a seguir:

É uma coisa que me fez muito mal, me fez perder muito tempo da minha vida. Um dos piores problemas de saúde pública do mundo e do Brasil, é a droga. Só não está tendo recursos para combater isso. Está matando mais do que qualquer doença. É a droga destruindo famílias, acabando com tudo (E01).

É uma coisa que o Diabo colocou na terra para acabar com a vida da gente. Só trouxe destruição para a vida da pessoa, a família se afasta, acaba com tudo, perde o emprego, perde tudo! Se a gente não se acordar, acaba com tudo (E12).

Não estou vendo nada de futuro nela. Para mim é um calabouço, pior do que uma prisão, uma cadeia (E13).

As concepções que os usuários entrevistados apresentaram sobre a droga reverberam da sua experiência de vida, dos efeitos, das sensações, das atitudes e dos danos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Sobre as consequências (benefícios e prejuízos) desse comportamento para suas vidas, foi relatado:

[...] a droga está destruindo tudo: as boas amizades, a carência, o amor, o afeto. A droga fez isso: trouxe a desconfiança, o desacordo e a nóia. Ninguém acredita em um noiado (E14).

Droga é uma coisa que maltrata muito a pessoa, judia, desmoraliza. Mas no momento (em que usava) eu não pensei nisso (E15).

Droga para mim é geral, e a droga mais maneira que existe é a cachaça. As outras, maconha, cocaína, esse crack e outras são altamente pesadas (E17).

Eu não quero ver ninguém no que eu sou, quando eu tenho que fazer eu faço só, gasto meu dinheiro só, mas sempre alguém [...] (E14).

Já vendi droga, já fui traficante, já levei pancada, já levei tiro, mas não quero mais não. Meu vício é só o álcool agora (E04).

A droga é sem futuro! Você perde tudo: perde sua família, seus amigos, tudo o que você tem! É uma ilusão, você se torna um zumbi. Se você usar ela, cada vez você quer usar mais, mais, mais! Aí, o que tem dentro de casa você quer vender, quer lavar um carro assim baratinho para querer usar. Ela faz você querer roubar, fazer muita coisa ruim por aí. Isso não é vida para ninguém! Já perdi tudo: moto, tela plana de 44", tudo o que eu tinha. E hoje eu não tenho nada por causa da droga (E16).

Os depoimentos demonstram que quando se instaura o quadro de dependência e o sujeito não consegue controlar ou administrar o uso das drogas, começa a vivenciar várias perdas nas diferentes etapas de suas vidas, tais como: vínculo familiar, autoestima, emprego, o respeito e a confiança da comunidade e alguns direitos. Desta forma, as dimensões sociais, econômicas e políticas destas pessoas estão relacionadas a “um conjunto de valores”, tais como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, justiça social, revalorização ética da vida.

Outra dificuldade encontrada nestes depoimentos foi dependência (física, afetiva) da substância evidenciada pelo fato de que apesar de conhecer as consequências do uso abusivo e a ilegalidade do comportamento, o entrevistado afirmou que nada mais importava além do desejo de usar a droga:

A gente não quer saber não, quer saber que está usando (E12).

Comportamentos advindos com o uso abusivo de drogas tais como agressividade, falta de compromisso, perda do interesse pelas atividades cotidianas, negligência com o cuidado pessoal e com as relações interpessoais fragilizam os vínculos afetivos e prejudicam a convivência familiar e comunitária:

Eles estão muito decepcionados comigo (E23).

Quando eu usava droga ficava agressivo com todo mundo, eu me transformava (E25).

Eu bebo e depois fico arrependido. Porque quando a pessoa bebe se transforma, não é a mesma pessoa, sai do normal (E28).

Nesse enfoque, destacamos a responsabilidade da família, na contribuição para o consumo da droga, quando não apoia seu parente, o exclui ou o influencia, como pode ser fator protetor, quando o ajuda a superar a situação. A baixa qualidade na relação familiar pode gerar ambiente facilitador ao uso da droga.²³

Desse modo, considera-se que a família tem função preventiva ao uso abusivo de drogas quando existe o diálogo entre pais, filhos e cônjuges.²³ O cenário familiar desempenha papel fundamental na transmissão e disseminação de valores, cujas transformações recebidas por meio da educação formal e informal são gradualmente processadas e remodeladas, permitindo ao indivíduo a elaboração de uma visão de mundo e de como inserir-se na sociedade.²²⁻²³

Além disso, muitas vezes a própria sociedade investe nestes prejuízos, pois historicamente, esses consumidores sempre foram tratados como pessoas de índole duvidosa e perturbadora da ordem pública, que por sua vez deveriam ser afastadas dos “olhos” da sociedade.

Uma significativa perda advinda com o uso abusivo de drogas que foi evidenciada pelos entrevistados, foi a perda do emprego. A atividade laboral é um fator importante de proteção para o uso de drogas e apresenta grande potencial para a reinserção social das pessoas com problemas de drogas. Alguns sujeitos afirmaram que, se fosse lhes dado algumas oportunidades de emprego mudariam de vida:

Para eu mudar mesmo, o que poderia me ajudar mesmo a sair das drogas era um emprego fixo (E08).

Em relação às perdas afetivas, geralmente o usuário compulsivo de drogas não consegue formar uma família ou tem dificuldade para sustentar o funcionamento da estrutura familiar devido, principalmente a problemas afetivos e financeiros.²³ Na maioria das vezes, o dinheiro que recebem não é revertido em benefícios para a família, mas sim para o consumo das drogas:

Gastava tudo, tinha mais dinheiro não, dinheiro para mim era a bebida, farra, só pensava na bebida (E10).

Alguns dos sujeitos pesquisados apontaram estratégias para superar essa relação de dependência com as drogas, entre elas: manter-se em abstinência, construir amizades com pessoas que não usam drogas, frequentar novos ambientes e tentar preencher o tempo com outras atividades que lhes proporcionem prazer. Segundo eles é importante que o usuário tenha a consciência de que é necessário parar, e que parta dele o desejo e a iniciativa de lutar contra a problemática, ou seja, é uma luta, sobretudo pessoal.

Eu quero mudar. Não é para mostrar a ninguém não. É para mostrar para mim mesmo que eu tenho capacidade (E24).

Sinto muito desejo de parar de beber. Mas é porque a bicha (álcool) dá uma vontade, aquele negócio sabe? Um dia eu tenho que aprender a dizer não! (E22).

Quanto maior o apoio que um usuário possa ter, maiores são as chances de que continuem longe das drogas, ou seja, permaneçam em abstinência e com mudanças de comportamento. Acredita-se que o conhecimento das experiências vividas pelos usuários de drogas, através da escuta e da atenção ao discurso deles permita a elaboração e implementação de tratamentos alternativos, juntamente com programas de prevenção efetivos que considerem sua subjetividade.²⁴ Outra questão importante é o reconhecimento da influencia de outras condições nas relações das pessoas que fazem uso de drogas. Isso permitirá que nos distanciemos de uma concepção proibicionista, jurídica e criminal por um lado, e se afastemos de uma concepção biomédica moralista de outro.

Para a maioria dos entrevistados, o reconhecimento próprio de que o uso prejudicial de drogas traz perdas significativas nas suas vidas, que seja de ordem material, afetiva e/ou social, tem significado maior quando eles decidem receber ou procurar ajuda:

O problema é eu não querer, não tomar, determinação minha mesmo, eu não quero, isso não é bom para mim (E25).

Nesse contexto, destacamos o segundo eixo temático que tratará da atenção à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de drogas.

EIXO TEMÁTICO 02: ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS QUE FAZEM USO ABUSIVO DE DROGAS

No segundo eixo temático, foram agrupados os seguintes temas: motivos que levaram os sujeitos pesquisados a procurar ajuda/tratamento; as concepções sobre o tratamento realizado no serviço estudado e a relação dos usuários com os profissionais; os desafios do tratamento; as mudanças ocorridas após o início do tratamento e as perspectivas e objetivos dos usuários no período da realização deste estudo.

Geralmente, as pessoas só buscam ajuda ou tratamento quando a situação atinge um nível prejudicial para suas vidas, provocado por perdas significativas. Outra situação é quando familiares e amigos decidem pelo usuário, o descrevendo como sem capacidade de discernir e de controlar o uso. A terceira forma seria por ordem judicial, onde os internamentos compulsórios são constantes e recorrentes. Outros fatores que concorrem para que o usuário inicie o tratamento é a identificação do problema por um profissional de saúde ou da assistência social que encaminham para serviços e dispositivos da Rede de Atenção à Saúde que lidam com a problemática.

[...] eu não estava me aguentando mais, estava me acabando, ficando deprimido, com vontade de me matar. Aí, pedi a ela (irmã) para vir para cá. Ela me trouxe, mas todas às vezes que eu venho

para cá, é de minha vontade. Eu vim falei com as meninas aí para me internarem (E29).

Minha irmã me trouxe. Aí, eu fiquei internado, acolhido e depois não aguentei o acolhimento. Fui embora, depois voltei de novo para me acolher. Eles me deram só a oportunidade de eu ficar vindo passar o dia e voltando. Aí, eu durmo por aí, na rodoviária, nas lojas, por aí (E27).

Eu tenho meus dois filhos precisando de mim! Então corri, falei com a coordenadora da Casa da Acolhida e ela ligou para aqui. Eu vim, fiquei acolhida, passei onze dias, presa, faz um mês, mas eu passei um ano sem usar (E24).

[...] depois que eu passei a frequentar o caminho da rua, eu bebo todos os dias! Eu estou sendo covarde comigo mesmo [...] fui convidado pelo Consultório de Rua para vir para cá, e eu vim (E18).

A prevenção da recaída busca, dentre outros objetivos, auxiliar o indivíduo a encontrar uma meta para o tratamento, seja ela a abstinência ou a moderação (Redução de Danos).²⁴ Por isso, mais do que garantir que a pessoa pare de usar drogas, o plano terapêutico deve ajudar ao sujeito a desenvolver estratégias para que ele aprenda habilidades cognitivas e comportamentais para acabar com os estímulos que provocam o desejo ou o comportamento de uso.¹⁷

Nesse sentido, destacamos a política de Redução de Danos, que compreende o usuário de substâncias psicoativas em sua singularidade, não objetivando a total abstinência, mas pelo contrário, a defesa da vida, mesmo que isso acarrete a continuidade de uso, porém de forma mais segura.

Entre as estratégias de tratamento utilizadas pela equipe do serviço que foram apontadas pelos entrevistados temos: Oficinas Terapêuticas e de Educação em Saúde, Redução de Danos, Grupo de Prevenção em Recaída, Orientações sobre os Problemas do Alcoolismo, Grupos de Arte Terapia, Música, Combate ao Tabagismo e Relaxamento.

É ótimo aqui! Querem me botar para a Fazenda (comunidade terapêutica), mas se eu for para a Fazenda, vou ficar me lembrando dessas meninas daqui que eu adoro. Fazem tudo pela gente! Eu gosto de todos: dos apoiadores, da cozinheira, da enfermeira, psicóloga, assistente social. São todos dez (E03).

Para mim está bom porque tem psicólogo, enfermeiras, psiquiatra. O CAPS está me ajudando, [...] gosto das psicólogas e quando tem oficinas com as psicólogas (E06).

A aula (oficina de educação em saúde) hoje foi sobre isso. Foi baseada no alcoolismo. Gostei, amei! (E22).

Os relatos mostram que o serviço dispõe de uma variedade de atividades e que os usuários conseguem estabelecer um padrão de vínculo necessário ao bom relacionamento com a equipe e à efetividade da atenção à saúde mental neste serviço. No entanto, apesar de considerarem que o trabalho desenvolvido é bom, de qualidade e que auxilia na recuperação e na reinserção social, o processo de cuidado disposto no modo como as atividades são realizadas ainda não conseguiu acompanhar as demandas de alguns sujeitos diante de sua própria singularidade.

[...] botar a gente em uma sala de aula para picar jornal, fazer quadros e papel picado com goma na sala de aula, como agora de tarde. É isso mesmo que eles fazem! Eu não tenho paciência para isso não! Eu entro e saio, dou uma voltinha e depois volto (E20).

[...] umas atividades como nós temos aqui (papel machê e outras) que alguns usuários se interessam nela. [...] que cada usuário tivesse variedades de ocupações aqui para que o pessoal pudesse escolher. Para mim seria o melhor! Mas, do jeito que está hoje também está legal. Outras coisas já têm, que é o batuCAPS, que são coisas muito legais. Só que tem muitas coisas que eu não me interessam não, porque meu negócio é mais história, livro, trocar argumentos com pessoas que saibam argumentar, dialogar com quem tem diálogo para conversar comigo. Então, uma sala de leituras para mim seria legal (E23).

Os depoimentos denunciam a tendência à terapeutização das atividades realizadas em serviços substitutivos que constitui umas das características da Reforma Psiquiátrica como *Aggiornamento*. A utilização da arte como apenas um recurso terapêutico uma redução do seu papel pela apropriação clínica da maneira como as pessoas se expressam e criam e pela institucionalização de uma prática que é fundamentalmente libertária. Essa utilização pode significar um retorno às práticas psiquiátricas tradicionais que se baseiam na tutela e na manipulação das subjetividades e onde os técnicos decidem sobre o quê e como os usuários vão realizar enquanto atividades artístico-culturais.²⁵

No serviço estudado, funciona um Programa Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), onde os usuários que apresentam problemas com esta substância passam por um número limitado de atendimentos e avaliações, tendo a medicação como mais um recurso para a manutenção da abstinência do tabaco. Nesse sentido esses usuários não necessariamente participam de outras atividades. Em relação a esse grupo, foi identificado como desafio para a continuidade do acompanhamento no serviço a importância dessa medicação específica. Já para os usuários de múltiplas drogas, ficou evidenciado o desafio das recaídas sucessivas como um fator dificultador da manutenção na frequência nas atividades, mas ao mesmo tempo como uma possibilidade de procura pelo próprio usuário ao serviço para o retorno ao acompanhamento.

[...] parei o tratamento, há três meses, somente porque foi interrompido: faltou medicação [...] disseram que iam ligar para mim, para eu reiniciar o tratamento, mas até agora [...] está tudo tão bem, só o que deixou a desejar foi a falta de medicação. Se veio a medicação, era para ter as três etapas. Agora eu já estou ansiosa e depressiva! Só durou três meses! Botei um na boca e não parei mais. Estou fumando mais ainda (E26).

[...] eu vim recair agora, depois que mataram meu filho. Eu fiquei revoltada e passei três dias fumando crack, cheirando pó, tomando cerveja com os amigos, minhas amigas (E24).

Foi minha mãe que me trouxe para cá. Eu já tinha vindo aqui no ano quando isso aqui foi criado. Agora voltei de novo porque tive uma recaída, uma grande recaída (E21).

[...] depois dessa recaída, pedi ajuda à minha tia que é assistente social. Eu me vi sem nada e eu liguei para ela dizendo: - “tia estou precisando de ajuda”, aí ela: - “você quer ir”? Eu disse: - quero! Eu fiquei acolhido treze dias! Foi o momento em que pude parar para refletir o que eu tinha feito (E02).

Como mencionado anteriormente à falta de medicamentos, que é do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo - PNCT, como afeta esses usuários, destacamos o forte processo de medicalização que é comum em serviços de saúde mental. A medicalização como o processo em que a medicina passa a se apropriar conceitualmente dos fenômenos sociais para abarcar outras situações ou dimensões da vida que foi potencializado, principalmente a partir do desenvolvimento da indústria farmacêutica, que para qualquer situação (imprevista, desconforme ou indesejável) apresenta uma solução farmacológica, ou seja, um recurso para controlar as pessoas que fazem uso abusivo de drogas, docilizar seus corpos, reeducar suas mentes e submetê-las à norma social.²⁶

Os depoimentos mostram que o CAPS ad é muito procurado quando os sujeitos apresentam recaídas, pois é um serviço aberto que acolhe e acompanha tais situações cujos fatores predisponentes são os reforçadores negativos; os estímulos ambientais; as crenças de expectativas (gatilhos); a busca de gratificação, os fatores intrapessoais e fatores interpessoais. Geralmente, os problemas decorrentes de uso abusivo de drogas têm uma conexão íntima com estados e situações específicas como os “gatilhos” que promovem tanto crenças de expectativas, quanto crenças permissivas e servem de estímulo imediato para o início do comportamento de uso da substância. Os gatilhos também podem promover a complexa constelação de pensamentos e comportamentos associados à fissura pela substância. Desse modo, considera-se que os fatores desencadeantes de recaídas podem ser internos (estados afetivos como ansiedade, depressão, raiva ou felicidade) e/ou contextuais, associados a fatores ambientais como, por exemplo, (ser exigido no trabalho/escola) e “ameaçam a percepção de controle (autoeficácia) do indivíduo”.¹⁷

Outro destaque dado pelos sujeitos foi a dimensão espiritual/religiosa como coadjuvante no processo terapêutico, pois é considerada influência na saúde dos usuários que recorrem a ela para resolver questões que não são só orgânicas, mas fazem parte das dificuldades do seu cotidiano, buscar conforto ou explicação para sua situação. Além disso, estudos mostram que ocorre uma melhoria global na saúde das pessoas que valorizam essa dimensão, uma vez que as experiências religiosas promovem um apoio social solidário que contribui para o aumento da confiança na cura e a diminuição das queixas. Nesse enfoque, a religiosidade como dimensão da experiência subjetiva, como modo particular de entender a saúde e o sofrimento pode ser considerada como um recurso para produção de saúde/saúde mental.²⁷ Temos:

Eu estou me libertando e sentindo que vou sair dela, com fé em Jesus Cristo! (E13).

Aí é só pedir muita força a Deus para sair dela. Porque a droga foi feita pela mão do homem [...] Entreguei a Deus (E16).

Eu acho que foi Deus quem me encaminhou, me ajudou a ir para o CAPS. Porque eu vivia caído por aí (E10).

Eu tenho fé em Deus de reconquistar tudo de volta (E05).

Tenho vontade de participar do grupo para ver se eu deixo de fumar, o que eu acho muito difícil, mas nada para Deus é impossível (E30).

Apesar dos limites e das dificuldades para superar o problema com o uso abusivo de drogas, os sujeitos pesquisados consideram que a atenção ofertada no CAPS ad tem ajudado no sentido de que eles conseguem diminuir e até parar o consumo enquanto são acompanhados pela equipe. Além disso, a participação nas atividades e a relação com os profissionais da equipe melhora a autoestima, favorecem a autonomia e a reinserção social de modo que é possível uma melhoria na qualidade de vida e nas relações interpessoais, sobretudo com os familiares.

Aqui está bom, porque não estou bebendo mais, que é importante (E10).

[...] esse CAPS aqui tem ajudado muito. Eu cheguei aqui mal. Hoje estou bem, com o CAPS mais ainda (E25).

[...] desde esse dia (que foi admitido no serviço) que eu não toco em nenhum gole de cachaça e nem de cerveja e não sinto nem vontade (E05).

Agora está ótima, maravilhosamente bem. Cofiança está 97%, porque um dos fatores mais importante do ex-usuário com a família é a confiança, lá em casa, antigamente era tudo trancado (E01).

Minha família está me observando! Estão calados, na deles, eu na minha! Estou bem graças a Deus! - Eles ficam, tomara que ele se segure como ele está se segurando. E ficam tentando me estimular também. Mais tem que parti bastante da pessoa, de correr atrás e procurar ajuda (E09).

Ao considerar a reinserção do usuário de droga no espaço social como o princípio fundamental que norteia as práticas no novo modelo de atenção em saúde mental, compreende-se que a convivência com pessoas que estão em acompanhamento de saúde mental em diferentes espaços sociais é o indicador do que é terapêutico nas ações.²⁸ Dessa maneira, a circulação do usuário no território é primordial e deve ser a finalidade principal de toda e qualquer ação terapêutica, sobretudo por proporcionar a ampliação dos vínculos e possibilitar ao sujeito inserções que não o reduzam ao seu problema de abuso de drogas, mas que ampliem o seu poder de efetuar trocas sociais. Esse diferencial está diretamente relacionado ao objetivo estratégico das ações de Redução de Danos - um dos recursos utilizados em CAPS ad, que busca aproximar a população e os usuários por meio de estratégias que fortaleçam a subjetividade e a autonomia das pessoas e considerem os seus direitos.

Nesse sentido, considera-se que o modo de intervenção do CAPS ad (organização, atividades e ações) na questão do uso abusivo de drogas constitui uma estratégia importante para o enfrentamento da problemática investigada neste estudo.

CONCLUSÃO

Na atualidade, não há dúvidas de que a problemática acerca das drogas consiste em um dos maiores fatores de desestabilização social e um dos maiores obstáculos à efetivação dos direitos humanos fundamentais de considerável parcela da população mundial. Justamente por se tratar de um problema social é que a questão se torna objeto de políticas públicas voltadas a diminuir, inibir e prevenir suas causas.

Se aposta na construção de uma rede de cuidados e serviços, de fortalecimento das estratégias de promoção da saúde, da concepção ampliada do processo saúde-doença, da responsabilidade social e do empoderamento da comunidade, como possibilidades de consolidação de práticas e políticas em atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Nesse sentido, o estudo revelou que o comportamento de uso abusivo de drogas é multifatorial e traz muitas complicações para a vida dos sujeitos envolvidos em suas várias dimensões (orgânica, social, econômica, cultural e religiosa). Apesar da capacidade das substâncias em causar dependência química os sujeitos investigados consideraram que a

superação da problemática requer uma decisão pessoal, um compromisso do usuário e da equipe e o apoio da família e da comunidade. O tipo de comportamento apresentado pelas pessoas que fazem uso abusivo de drogas depende da relação que cada uma delas mantém com a droga, ou seja, cada situação é única, pois o significado que a droga assume em suas vidas é particular.

A investigação mostrou que o CAPS ad desenvolve diversas ações e que é o serviço que mais se aproxima de uma atenção à saúde mental das pessoas que fazem uso abusivo de drogas, na perspectiva do SUS e da Reforma Psiquiátrica. No entanto, os sujeitos apontaram fragilidades e desafios que requerem o investimento em políticas públicas intersetoriais que sejam efetivas no enfrentamento à problemática do uso abusivo de drogas, no município de João Pessoa-PB.

As experiências compartilhadas pelos entrevistados demonstram que o uso abusivo de drogas além de comprometerem a qualidade de vida dos usuários prejudicam suas relações sociais e sua atuação profissional e os levam à exclusão social. Desse modo, defende-se a necessidade de buscar estratégias que auxiliem os usuários no resgate de sua autonomia e de seus direitos e promovam a sua reinserção social. Para tanto é fundamental o planejamento de ações e de intervenções de saúde eficazes que garantam a adesão e a continuidade dos usuários ao processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira AGB, Conciani ME. Participação social e reforma psiquiátrica: Um estudo de caso. *Ciêns Saúd Coletiv*. 2009; 14(1):319-31.
- 2 Amarante P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cad Bras Saúde Mental*. 2009 jan-abr; 1(1):1-7.
- 3 VARGAS, J.H.C. O devir revolucionário e as criações políticas. Tradução de entrevista de Gilles Deleuze a Toni Negri publicada em *Futur antérieur*, Nº 1, primavera de 1990.
- 4 Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- 5 Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: Ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saude Colet*. 2010; 4(1):105-14.
- 6 Delgado ACG, Mello MF, Mello AAF, Kohn R. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- 7 Vieira JKS, Carvalho RN, Azevedo EB, Silva PMC, Filha MOF. Concepção das drogas: relatos de usuários do CAPS - Ad de Campina Grande, PB. *SMAD, Rev Eletrôn Saúd Ment Álco Drog* [periódico na Internet]. 2010 ago [acesso em 2012 nov 27]; 6(2):274-95. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/803/80314492004.pdf>
- 8 Brasil. Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: CEBRID. 2006.
- 9 Duarte PCAV, Stempliuk VA, Barroso LP (Orgs.). Relatório Brasileiro sobre Drogas. SENAD. Secretaria Nacional Atindrogas [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2013 mar 01]; Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>
- 10 Rotgers F, Nguyen TA. Abuso de substâncias. In: Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
- 11 CEBRID, Centro Brasileiro Informações sobre Drogas Psicotrópicas. I levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil [Internet]. 2013 [acesso

- em 2013 ago 22]; Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_108.htm
- 12 Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº 336 [Internet]. 2002 fev 19 [acesso em 2014 mar 30]; Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8122-336.html?q=sa%C3%BAde+mental>
- 13 Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº 130 [Internet]. 2012 jan 26 [acesso em 2012 dez 13]; Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_130_CAPS_adIII_24_horas__1.pdf
- 14 Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº 3.088 [Internet]. 2011 dez 23 [acesso em 2012 nov 27]; Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>
- 15 Franco MLPB. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Brasília (DF): Liber Livro; 2008.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº466/12. Publicada no DOU nº 12 - quinta-feira, 2013 jun 13 - Seção 1 - Página 59. [acesso em 2013 ago 22]; Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- 17 Romanini M, Dias ACG, Pereira AS. Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Disc. scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria.* 2010; 11(1):115-32.
- 18 Lima IS, Paliarin MM, Zaleski EGF, Arantes SL. História oral de vida de adolescentes dependentes químicos, internados no setor de psiquiatria do hospital regional de Mato Grosso do Sul para tratamento de desintoxicação. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog [periódico na Internet].* 2008 abr [acesso em 2009 jul 21]; 4(1). Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/2008v4n1a02.pdf>
- 19 Neves ACL, Miasso AI. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet].* 2010 mai-jun [acesso em 2013 ago 23]; 18(1):589-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000700015&script=sci_arttext
- 20 Sanchez ZM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(2):265-72.
- 21 Brusamarello T, Sureki M, Borrile D, Roehr H, Alves M. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [periódico na Internet].* 2008 jan [acesso em 2013 jul 21]; 4(1). Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/2008v4n1a03.pdf>
- 22 Vargens OMC, Brand B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(1):776-82.
- 23 Araujo RC. Valores familiares e uso abusivo de drogas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009 nov-dez; 14(5):1947-8.
- 24 Lopes A, Rezende MM. Prevenção de recaída em dependências. *Mudanças - Psicologia da Saúde.* 2009 jan-jun; 17(1):56-7.
- 25 Gomes ALC. A reforma psiquiátrica no contexto do movimento da luta antimanicomial em João Pessoa-PB [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2013.
- 26 Amarante PDC, Torre EHG. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: Nogueira PR. *Determinação social da saúde e reforma sanitária.* Rio de Janeiro (RJ): Cebes; 2010. p. 151-60.
- 27 Alves JS, Junges JR, López LC. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde, São Paulo (SP) [periódico na Internet].* 2010 ago [acesso em 2013 fev 15]; 34(4):430-6. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf
- 28 Souza J, Kantorski LP, Luis MAV, Oliveira NF. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas à prática cotidiana. *Texto Contexto - Enferm [periódico na Internet].* 2012 out,dez [acesso em 2013 mar 11]; 21(4):729-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000400002&script=sci_arttext

Recebido em: 01/09/2015
 Revisões requeridas: Não
 Aprovado em: 12/11/2015
 Publicado em: 30/12/2015

Endereço de contato do autor:
 Edriene Ferreira da Silva
 João Pessoa - PB - Brasil
 Email: edri.ene@hotmail.com