UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANGÉLICA MARTINS DE SOUZA GONÇALVES

Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade

RIBEIRÃO PRETO
2008

ANGÉLICA MARTINS DE SOUZA GONÇALVES

Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica
Linha de pesquisa: Uso e abuso de Álcool e Drogas
Orientador: Prof. Dra. Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITE A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves, Angélica M. S.
Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade. Ribeirão Preto, 2008.
113p. . il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Pillon, Sandra Cristina

1. Espiritualidade 2. Dependência a substâncias 2. Abuso de substâncias psicoativas. 3. Motivação. I. Título. II. Autor.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Angélica Martins de Souza Gonçalves

Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura:_____

Dedico este trabalho

A Zélia, minha querida mãe, como gratidão pelo sacrifício, apoio, amor e presença ao longo de toda a minha vida.

Aos meus irmãos, Izabel e Rafael, pelo carinho e colaboração no processo de elaboração deste trabalho.

Ao Flávio, companheiro e amigo, pelo incentivo e afeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida.

À minha orientadora, Dra. Sandra Pillon, que desde a graduação colabora com o meu crescimento científico e intelectual e possibilitou a execução deste estudo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica, pela oportunidade de realizar um curso de pós-graduação.

Às instituições que gentilmente permitiram a realização da coleta de dados, a todos os participantes e todas as pessoas que estiveram ligadas direta ou indiretamente ao processo de elaboração deste trabalho.

“Quero trazer à memória o que me pode dar esperança”.
Lamentações 3:21

RESUMO

GONÇALVES, Angélica Martins de Souza. **Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade**. 2008. 113f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Existem evidências da relação entre espiritualidade e saúde, e também de que o exercício da dimensão espiritual tem potencial para estimular mudanças positivas entre usuários de álcool ou de outras drogas em processo de reabilitação. Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre espiritualidade e os níveis motivacionais (Modelo Transteórico) entre indivíduos que fazem uso nocivo ou são dependentes de substâncias psicoativas, em tratamento ou membros do grupo de mútua-ajuda e avaliar o desempenho da versão traduzida e adaptada da *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS). O desenho metodológico do estudo é do tipo transversal. Um questionário foi elaborado contendo informações sociodemográficas e escalas de motivação e espiritualidade – URICA e SSRS, respectivamente. A amostra foi constituída de 138 (69%) indivíduos do sexo masculino. Participaram usuários vinculados a um grupo de AA, um serviço de CAPS-ad e três Comunidades Terapêuticas (evangélica, católica e sem vinculação religiosa). Dentre os resultados, foi encontrado que os entrevistados apresentaram idade média de 39 anos, católicos 71(51,4%), praticantes 83(60,1%). A maioria respondeu que a substância psicoativa consumida pela última vez foi o álcool 65(47,1%) e que 49(35,5%) usam ou usaram substâncias psicoativas por mais de 10 anos, todos ou quase todos os dias 90(60,2%). A escala SSRS apresentou bom índice de confiabilidade, com alfa de *chronbach* global de 0,8333, variando de 0,7028 a 0,8878. Não houve relação estatística significante entre espiritualidade e aspectos da vida religiosa dos indivíduos. A maioria 84(60,8%) considera espiritualidade diferente de religiosidade. Os estágios motivacionais que apresentaram relação com espiritualidade foram a pré-contemplação, a ação e a manutenção, mediante a análise de regressão linear múltipla. Os resultados nos fazem refletir que o exercício da dimensão espiritual em cada um dos estágios pode ser pensada no sentido de estimular o indivíduo a obter sucesso no processo de mudança de comportamento em relação ao uso de substância e na reabilitação em diversos contextos. A escala SSRS pode ser recomendada para uso, apesar de suas limitações. Concluímos que existe a necessidade de sucessivas avaliações dos processos que envolvem os aspectos da espiritualidade no contexto do tratamento e motivação na mudança de comportamentos em relação ao abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: espiritualidade, dependência a substâncias, abuso de substâncias psicoativas, motivação.

ABSTRACT

GONÇALVES, Angélica de Souza Martins. **Study of motivational levels in relation to the use of psychoactive substances and spirituality**. 2008. 113f. Dissertation (Masters) - School of Nursing of Ribeirao Preto, University of São Paulo.

There are evidences of the relationship between spirituality and health and also that the exercise of spiritual dimension has potential to stimulate positive changes among users of alcohol or other drugs, in the rehabilitation process. This study aimed to evaluate the relationship between spirituality and motivational levels (Transtheorical Model) among individuals who make harmful use or are dependent on psychoactive substances, in treatment or members of a group of mutual-help, and evaluate the performance of translated and adapted version of Spirituality Self Rating Scale (SSRS). The methodological design of the study is made on transversal type. A questionnaire was drawn up, containing sociodemographic information and motivation and spirituality scales - URICA and SSRS, respectively. The sample consisted of 138 (69%) males. Participating users were linked to a group of AA, a service of CAPS-ad and three Therapeutic Communities (evangelical, catholic and without religious ties). Amidst the results, it was found that the respondents had an average age of 39 years, catholics 71 (51.4%) and practitioners 83 (60.1%). The majority answered that the consumed psycoative substance for the last time was alcohol 65 (47.1%) and 49 (35.5%) use or used psychoactive substances for over 10 years, all or almost all day 90 (60,2%). The SSRS scale showed good index of reliability, with overall *alpha of chronbach* 0.8333, ranging from 0.7028 to 0.8878. There was no statistically significant relationship between spirituality and religious aspects. Most 84 (60.8%) considers spirituality different from religiosity. The motivational stages that showed association with spirituality were pre-contemplation, action and maintenance, through linear multiple regression analysis. The results make us reflect that the exercise of spiritual dimension in each stage can be considered to stimulate the individual to succeed in the process of behavior changing, in relation to the use of substance and rehabilitation in various contexts. The scale SSRS can be recommended for use, despite its limitations. We conclude that there is a need of successive assessments of the processes involving the aspects of spirituality, in context of treatment and motivation in the behavior changing, in relation to abuse and dependence of psychoactive substances

Keywords: spirituality, addiction to substances, abuse of psychoactive substances, motivation.

RESUMEN

GONÇALVES, Angélica Martins de Souza. **Estudio de los niveles motivacionales en relación al uso de substancias psicoactivas y la espiritualidad**. 2008. 113f. Disertación de Maestria - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

Existen evidencias de la relación entre espiritualidad y salud y tambien que el ejercício de la dimensión espiritual tiene potencial para estimular cambios positivos entre usuários de alcohol o de drogas en proceso de rehabilitación. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre espiritualidad y los niveles motivacionais (Modelo Transteórico) entre individuos que hacen uso nocivo o son dependientes de substancias psicoactivas, en tratamiento o miembros del grupo de ayuda mutua y evaluar el desempeño de la versión traducida y adaptada de la *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS). El diseño metodológico del estudio es de tipo transversal. Fue elaborado un cuestionario conteniendo informaciones sociodemográficas y escalas de motivación y espiritualidad - URICA e SSRS, respectivamente. La muestra estaba constituida por 138 (69%) individuos de sexo masculino. Participaron usuários vinculados a un grupo de AA, un servicio de CAPS-ad y tres comunidades terapéuticas (evangélica, católica y sin vinculación religiosa). Entre los resultados, fue encontrado que los entrevistados presentaron una edad media de 39 años, católicos 71(51,4%), practicantes 83(60,1%). La mayoría respondió que la substancia psicoactiva consumida por última vez fue alcohol 65(47,1%) y que 49(35,5%) usan o usaron substancias psicoactivas por más de 10 años, todos o casi todos los días 90(60,2%). La escala SSRS presentó buen índice de confiabilidad, con alfa de *chronbach* global de 0,8333, variando de 0,7028 a 0,8878. No hubo relación estadística significante entre espiritualidad y aspectos de la vida religiosa de los individuos. La mayoría 84(60,8%) considera la espiritualidad diferente de la religiosidad. Los estadios motivacionales que presentaron relación con espiritualidad fueron la pre-contemplación, la acción y la manutención, mediante el análisis de regresión linear múltiple. Los resultados nos hacen reflexionar que el ejercício de la dimensión espiritual en cada uno de los estadios puede ser pensada en el sentido de estimular al individuo a obtener éxito en el proceso de cambio de comportamiento en relación al uso de substancias y en la rehabilitación en diversos contextos. La escala SSRS puede ser recomendada para su utilización, a pesar de sus limitaciones. Concluimos que existe la necesidad de sucesivas evaluaciones de los procesos que envuelven los aspectos de la espiritualidad en el contexto del tratamiento y la motivación en el cambio de comportamientos en relación al abuso y dependencia de substancias psicoactivas.

Palabras-clave: espiritualidad, dependéncia de substáncias, abuso de substancias psicoactivas, motivación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação em número e porcentagem da amostra e população, segundo instituição a que pertencem os usuários de serviços de atendimento a usuários de substâncias psicoativas (n=138) – 2007..... 56

Tabela 2 - Apresentação em número e porcentagem das informações sociodemográficas, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) – 2007..... 57

Tabela 3 - Distribuição em número e porcentagem de aspectos da vida religiosa, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) – 2007 58

Tabela 4 - Apresentação do padrão de consumo de álcool ou outras drogas, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) – 2007 59

Tabela 5 - Distribuição do tempo e freqüência de *uso na vida* de álcool ou outras drogas, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) – 2007 60

Tabela 6 - Distribuição do número de internações, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) – 2007 60

Tabela 7 - Apresentação da média de escores, desvio padrão e *Alfa de Cronbach* da Escala SSRS, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) – 2007 61

Tabela 8 - Apresentação da média, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, segundo serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) – 2007 62

Tabela 9 - Apresentação da análise de variância, segundo Teste-F paramétrico para comparação dos níveis de espiritualidade entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) – 2007 62

Tabela 10 - Apresentação da média, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS e a vinculação religiosa, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=136) – 2007 63

Tabela 11 - Comparação entre os níveis de espiritualidade e vinculação religiosa entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas,segundo teste de Kurskal-Wallis (n=136) – 2007 63

Tabela 12 - Comparação entre as médias do nível de espiritualidade e os grupos praticantes e não-praticantes de religião, segundo Teste de Mann-Witney (n=136) – 2007 64

Tabela 13 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, quartis e p-valor para teste entre níveis de espiritualidade e a freqüência em reuniões religiosas entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) – 2007 64

Tabela 14 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, quartis e p-valor para teste entre níveis de espiritualidade e prática religiosa familiar entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, segundo Teste de Mann Whitney (n=137) – 2007 . 65

Tabela 15 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, quartis e p-valor para considerar o significado de espiritualidade entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, segundo Teste *t* de Student (n=137) – 2007 66

Tabela 16 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS e quartis para descrição dos escores da Escala URICA nos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, segundo Teste F (n=138) – 2007 66

Tabela 17 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários da CT Evangélica – 2007 68

Tabela 18 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários da CT Católica – 2007..... 70

Tabela 19 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários da CT Não-Religiosa – 2007 71

Tabela 20 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários do CAPS-ad – 2007 72

Tabela 21 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo grupo de Alcoólicos Anônimos – 2007..... 73

Tabela 22 - Comparação entre diferentes grupos de modelos que representam a relação entre os escores referentes aos níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais – 2007..... 74

Figura 1 - Apresentação da condição de normalidade, segundo a escala SSRS..... 67

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **14**
1.1 Considerações gerais 15
1.2 Justificativa 23
1.3 A motivação e os estágios motivacionais 24
1.4 A espiritualidade 26
1.5 Hipótese do estudo 29

2. OBJETIVOS **31**
2.1 Objetivo geral 32
2.2 Objetivos específicos 32

3. MÉTODO **34**
3.1 Desenho 35
3.2 Local 35
3.2.1 Comunidades terapêuticas 35
3.2.2 Grupo de Alcoólicos Anônimos 38
3.2.3 Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas 39
3.3 Amostra 39
3.4 Aspectos éticos 40
3.5 Estudo piloto 40
3.6 Instrumento 41
3.6.1 Escala da espiritualidade 42
3.6.2 Escala utilizada para mensuração do estágio motivacional 44
3.7 Procedimentos 45
3.7.1 Tradução e adaptação da SSRS 45
3.7.2 Coleta dos dados 46
3.8 Análise dos Dados 47
3.8.1 Teste de igualdade de duas proporções 47
3.8.2 Interferência não-paramétrica 48
3.8.3 Coeficiente de correlação de Pearson 50
3.8.4 Alfa de Cronbach 51
3.8.5 Inferência paramétrica 52
3.8.6 Regressão Linear Múltipla 53

4. RESULTADOS **55**
Parte I - características da amostra 56
Parte II - Propriedades da SSRS 61
4.1 Confiabilidade 61
Parte III - Aspectos da espiritualidade 62
4.2 Comparação entre nível de espiritualidade 62
4.3 Avaliação entre nível de espiritualidade e aspectos religiosos 63
4.3.1 Espiritualidade e vinculação religiosa 63
4.3.2 Espiritualidade e prática religiosa 64
4.3.3 Espiritualidade e freqüência a reuniões religiosas 64
4.3.4 Espiritualidade e prática religiosa familiar 65
4.3.5 Espiritualidade e seu significado 66
Parte IV - Associações entre estágios motivacionais e espiritualidade 66
4.4 Comparação entre os escores da Escala URICA 66
4.5 Distribuição da SSRS em relação a URICA 67
4.6 Análise de Regressão 1: CT Evangélica 68
4.7 Regressão 2: CT Católica 70
4.8 Regressão 3: CT não-religiosa 71
4.9 Regressão 4: CAPS-ad 72
4.10 Regressão 5: Alcoólicos Anônimos 73
4.11 Comparação dos modelos de relação entre estágio motivacional e nível de espiritualidade 73

5. DISCUSSÃO **75**
5.1 Perfil sociodemográfico 76
5.2 A Escala SSRS 78
5.3 Os aspectos religiosos, a espiritualidade e o abuso e dependência de substâncias psicoativas 81
5.4 Os estágios motivacionais e a espiritualidade no abuso e dependência de substâncias psicoativas 83
5.5 Limitações do estudo 90

6. CONCLUSÃO **91**

REFERÊNCIAS **93**

ANEXOS **100**

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações gerais

A definição para a palavra “dependência”, de acordo com o dicionário da língua portuguesa, apresenta-se como um “estado de dependente; sujeição, subordinação; necessidade de manter o consumo da droga” (FERREIRA, 2000). Na área da saúde, o diagnóstico de dependência segue determinados critérios e aplica-se ao consumo patológico de qualquer tipo de substância psicoativa, o que caracteriza um transtorno psiquiátrico crônico, pelo qual o indivíduo consumidor está sujeito a apresentar uma série de prejuízos e comprometimentos, devido ao seu consumo (GALANTER; KLEBER, 1997). Os prejuízos podem abranger diversas áreas do funcionamento do indivíduo, não restritos ao aspecto biológico, mas interferindo também em aspectos sociais, psicológicos, educacionais, legais e criminais, entre outros (BRASIL, 2002a). Todos os esforços despendidos para redução do uso nocivo ou para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas visam a melhorar o nível de saúde e a qualidade de vida do indivíduo (RUSH, 2003), lembrando que, para a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde não se resume apenas em ausência de doença, mas também no bem-estar físico, mental e social (WHO, 2000).

No contexto da saúde, o consumo de substâncias, especialmente do álcool, no Brasil, representa um problema. O impacto do consumo exacerbado de bebidas alcoólicas em países em desenvolvimento (incluindo o Brasil) constitui-se num dos principais fatores responsáveis pela causa de doenças e mortalidade, com impacto estimado entre 8% e 14,9% do total de problemas de saúde desses locais (MELONI; LARANJEIRA, 2004; MONTEIRO, 2007).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no

Brasil (Carlini et al., 2006), que investigou pessoas em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, estimou para a população brasileira (com aproximadamente 180.000.000 de pessoas, segundo o IBGE, 2002) que 12,3%, ou seja, 5.799.005 dos indivíduos com idades entre 12 e 65 anos de idade preenchem critérios para dependência do álcool. Desses, 19,5% são do sexo masculino e 6,9%, do sexo feminino. O resultado desse estudo apontou que cerca de 75% dos brasileiros relataram já terem feito uso de álcool pelo menos uma vez na vida. A idade de início do consumo de álcool no Brasil, segundo o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool (2002), foi de 15 anos.

No que refere às drogas, diferente do álcool e do tabaco, 22,8% da população brasileira já se referiu a ter feito *uso na vida*. Segundo esse estudo, a maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas mais usadas, com estimativa de uso de 8,8% na população e, com predominância para o sexo masculino em todas as faixas etárias. A idade de primeiro uso varia entre 12 e 17 anos. Com relação à dependência da maconha, os números giram em torno de 1,24% da população brasileira, com cinco vezes mais casos presentes entre o sexo masculino que entre o feminino (CARLINI et al., 2006).

A prevalência sobre o *uso na vida* de cocaína e crack no Brasil foi de 2,9% e 0,7%, também com predomínio para o sexo masculino (3,2%) e primeiro uso na mesma faixa etária do que de maconha. O impacto do uso reflete-se num dado epidemiológico interessante que revela que um terço da população de sexo masculino entre 12 e 17 anos declarou já ter sido submetido a algum tratamento relacionado com dependência de substâncias psicoativas (CARLINI et al., 2006).

A partir da compreensão da dimensão do impacto do uso de drogas e as diversas implicações negativas que as mesmas podem acarretar ao funcionamento

do indivíduo, também se torna possível compreender a necessidade de criação de diversas modalidades de tratamento, facilitando a adaptação do sujeito a alguma delas.

As seguintes modalidades de tratamento são bastante comuns: seguimento individual e aconselhamento, psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, prevenção da recaída, treinamento de habilidades sociais, tratamento familiar (BRASIL, 2002a). Outro aspecto relacionado à escolha de determinado tratamento diz respeito ao tipo de abordagem que será utilizada. Para casos de dependência de substâncias, por exemplo, a Entrevista Motivacional e a Terapia Cognitivo-Comportamental tem potencial para apresentar resultados satisfatórios (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Os grupos de mútua-ajuda e as Comunidades Terapêuticas (CT) não podem intitular-se como “terapia” propriamente dita, mas são importantes instrumentos operacionais no reestabelecimento social do dependente e do indivíduo que faz uso nocivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002a). Dito isso, não se pode negar a relevância do papel dessas duas modalidades, pois elas constituem uma rede de apoio alternativa que pode resultar em grandes benefícios ao paciente e ao seu meio de convivência, como os familiares e amigos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Neste estudo, um grupo de mútua-ajuda, três diferentes CT e um serviço público especializado do tipo Centro de Atenção Psicossocial álcool /drogas (CAPS-ad) foram convidados a participar devido aos diferentes tipos de abordagem que oferecem.

Os grupos de mútua-ajuda reúnem pessoas que compartilham entre si uma meta em comum. Para o funcionamento desses grupos, são realizadas

reuniões nas quais existem acolhimento e a troca de uma gama de experiências semelhantes, sejam elas de sofrimento ou de sucesso no objetivo almejado (AA, 2001). A base desses grupos inclui a crença do poder da espiritualidade na construção de um novo estilo de vida e serve como ferramenta para manter o estado de abstinência de seus membros; entretanto tais grupos não estão vinculados a nenhuma religião (AA, 2007).

Entre os grupos mais conhecidos relacionados com a reabilitação para problemas relacionados ao uso de álcool e de drogas estão os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), respectivamente, que são "programas de recuperação" baseados em Doze Passos (GALANTER et al., 2007). Todos esses grupos, apesar de serem autônomos, seguem princípios comuns e são exatamente esses princípios que constituem os Doze Passos e as Doze Tradições (AA, 2001). De acordo com esse modelo, o fato de compartilhar vivências tem potencial para que um indivíduo coopere com a melhora do outro, formando o que eles chamam de "irmandade" (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Os Doze Passos versam principalmente sobre a relação do homem com Deus e também sobre a responsabilidade que cada pessoa tem com seus próprios atos. Já as Doze Tradições se referem mais diretamente a como deve ser o funcionamento e a organização dos grupos (AA, 2001; AA, 2006).

Os AA e os NA são grupos de origem norte-americana, fundados nas décadas de 30 e 50, respectivamente (SANCHEZ; NAPPO, 2007). Em 1935, quando ainda não totalmente estruturado, os integrantes da irmandade do que futuramente viria a ser o AA, perceberam a necessidade crítica de se preservar o anonimato dos membros do grupo, em virtude do estigma em relação às pessoas dependentes do álcool. Aliás, esta é a origem do nome "Alcoólicos Anônimos" e também o título da

primeira publicação de 1939, que descreveu todos os passos a serem seguidos por aqueles que desejam recuperar-se dos problemas relacionados ao uso do álcool (AA, 2006).

Com relação à religião, apesar da influência do cristianismo sobre o AA, o grupo não é vinculado a nenhuma religião (SANCHEZ; NAPPO, 2007), tornando-se possível a participação inclusive aos ateus. “O ateu pode se levantar numa reunião de AA, mesmo negando a divindade, mas relatando o quanto mudou em atitude e ponto de vista” (AA, 2006).

Segundo preceitos do AA, desejar parar de beber é o único pré-requisito para se tornar membro (AA, 2001); e o somatório da espiritualidade e da responsabilidade são os fatores que cooperam para a manutenção do estado de abstinência do indivíduo. O anonimato e os relatos dos participantes em ambiente externo às sessões devem ser preservados (AA, 2006).

Existem alguns esclarecimentos presentes na literatura sobre o AA que ressaltam no seguinte ponto: não são vinculados “a nenhuma seita; nenhum movimento político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia, não apóia, nem combate quaisquer causas” (AA, 2001; AA, 2007).

As CT se baseiam num método que envolve a participação do membro em um grupo que, como nos grupos de mútua-ajuda, compartilha uma meta comum, de modo que se mantenha a coesão social, ou seja, uma afiliação em uma comunidade isenta de drogas, que consiste no fundamento para o início de uma mudança terapêutica do paciente (DERMATIS et al., 2001), mantendo suas bases, portanto, no modelo psicossocial.

Algumas críticas atuais e reais a muitas CT são as seguintes: esse tipo de

serviço mantém uma vertente da lógica manicomial, não estando de acordo com os novos conceitos de inclusão social e de territorialidade preconizados por uma legislação federal e pelas políticas e práticas do Ministério da Saúde (JORGE et al., 2005); apesar de não ser possível generalizar, é comum em algumas dessas instituições a troca de profissionais especializados, em detrimento de monitores que na verdade são pessoas que conseguiram se manter abstinentes do uso de substâncias psicoativas por um período prolongado; são realizadas internações indiscriminadas ou impostas com objetivo punitivo, mesmo de usuários que não preencham critérios para serem considerados dependentes (SABINO; CAZENAVE, 2005).

O histórico mostra que as primeiras CT foram criadas na Europa e nos Estados Unidos no período da Segunda Guerra Mundial, e suas atividades inicialmente eram inseridas dentro dos hospitais (SILVA; GARCIA, 2004). O objetivo de um dos pioneiros foi o de melhorar a ajuda dada aos pacientes, rompendo com a postura autoritária da psiquiatria tradicional e falar com os pacientes de forma mais horizontal (SABINO; CAZENAVE, 2005). No Brasil ocorreu uma disseminação importante a partir da década de 1970, ligada a serviços filantrópicos e instituições religiosas. Também não possuíam qualquer regulamentação até então (SILVA; GARCIA, 2004; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Ainda no Brasil, em 1990, época da maior expansão das CT no país, foi evidente a precariedade de ações destinadas ao enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Com isso, as CT entraram em cena para tentar preencher uma lacuna do setor da saúde que o Estado não estava sendo capaz de suprir. As pessoas que precisavam de atenção para uso nocivo ou tratamento para dependência de substâncias psicoativas se deparavam com

dificuldade de acesso, de acolhimento, de falta de serviços de apoio, além do despreparo, desconfiança e preconceito dos profissionais da área de saúde (MACHADO; MIRANDA, 2007; BRASIL, 2004).

Neste contexto, durante o 1° Fórum Nacional Antidrogas em 1998, as federações das próprias CT solicitaram e fizeram constar oficialmente, no documento da Política Nacional Antidrogas, a necessidade de definir normas mínimas de regulamentação para funcionamento das mesmas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Somente em maio de 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em cooperação com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), estabeleceu uma regulamentação técnica (Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 101) para o funcionamento das CT brasileiras (BRASIL, 2002b; SABINO; CAZENAVE, 2005).

De acordo com essa regulamentação, que dispõe sobre todos os aspectos relacionados ao funcionamento das CT, algumas exigências são feitas, como a necessidade de uma equipe mínima para atendimento de 30 residentes, presença de profissional de nível superior na instituição, monitoramento e infra-estrutura adequada (capacidade máxima de alojamento para 60 residentes), entre outras (BRASIL, 2002b).

Reconhecemos no Brasil dois tipos principais de CT: as chamadas CT tradicionais e as CT religiosas. Ambas utilizam a abordagem psicossocial voltada ao usuário de álcool ou drogas e têm o objetivo de fornecer um ambiente protegido dos estímulos externos que possam favorecer o consumo da substância, de modo que os internos são inseridos numa nova rotina e passam a ser controlados através da realização de outras atividades diárias, que pretendem induzir gradualmente a um

novo estilo de vida (SILVA; GARCIA, 2004). Atualmente assistimos um aumento no número das CT vinculadas a instituições religiosas (BRASIL, 2002c), que acreditam que a mudança de comportamentos problemáticos associados com os quadros de uso abusivo e dependência do álcool ou outras drogas pode acontecer através da ajuda espiritual e da religião (SILVA; GARCIA, 2004).

Atualmente, estima-se que no Brasil existam cerca de 1.255 instituições que realizam tratamento, recuperação e reinserção social para quem faz uso abusivo de substâncias psicoativas, sendo que este trabalho fica concentrado nas CT (tanto religiosas, quanto não-religiosas) e nos grupos de mútua-ajuda. Há predominância de tratamento voltado para o público masculino (BRASIL, 2007c).

Ainda que muito criticadas, as CT têm potencial para exercer um papel importante quando os usuários encontram nelas uma opção para resgatar a cidadania, as funções físicas e psicológicas outrora prejudicadas (SILVA; GARCIA, 2004). De acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a eficiência dos tratamentos realizados em CT é estimada em 30% a 35% (SABINO; CAZENAVE, 2005).

Sobre o atendimento em serviços públicos, o Ministério da Saúde assumiu formalmente em 2003 a responsabilidade de atender ao dependente de álcool e outras drogas, quando estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que se preocupa mais com a redução dos danos e dos prejuízos decorrentes do uso de substâncias e, menos com questões relacionadas ao controle e repressão. Dessa forma, a percepção sobre esse problema foi transferida da área da justiça e da segurança pública para a área da saúde pública (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Esse projeto da política nacional previu a criação de uma rede para

atendimento integral ao usuário de droga, incluindo serviços especializados e também não-especializados como os serviços de atenção básica e os hospitais gerais para desintoxicação (MACHADO; MIRANDA, 2007; BRASIL, 2007b).

Os CAPS-ad são serviços especializados que visam o "acompanhamento clínico e à reinserção social dos pacientes pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários" (BRASIL, 2007a). Esses serviços oferecem assistência visando a redução de danos, que é o eixo central do atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas. O tratamento deve estar pautado na realidade do caso de cada paciente (BRASIL, 2007b).

1.2 Justificativa

Levando em consideração a existência das diferentes abordagens terapêuticas, a utilidade e a crítica que cabe a cada uma delas, é possível fazer uma reflexão acerca de como cada uma trabalha. O fator "espiritualidade", nesse sentido, certamente tem importância, e a ciência não pode ignorar o fato. O esforço de se estabelecer uma relação entre espiritualidade e o nível motivacional do usuário de álcool ou outras drogas pode ajudar a esclarecer como o exercício da vida espiritual (não somente no sentido religioso) tem potencial para resultar em uma mudança positiva para o indivíduo em processo de reabilitação em relação ao uso de substâncias psicoativas.

O tópico a seguir apresenta uma revisão de literatura sobre motivação e, em seguida sobre espiritualidade.

1.3 A motivação e os estágios motivacionais

Existem diversas definições que procuram explicar o significado de motivação. Para Miller e Rollnick (2001) a motivação pode ser pensada em termos da probabilidade de um certo comportamento ser alterado. A partir dessa definição, interessa muito o fato de que exista a possibilidade de aplicação de técnicas e instrumentos práticos que interfiram no aumento ou diminuição dos níveis motivacionais, de modo que isso influencie sobre a ocorrência de um comportamento específico. Segundo Figlie (2004), motivação consiste numa série de processos que fazem com que uma pessoa se mova em direção a um objetivo específico. Não se trata de um traço de personalidade, mas de um estado que envolve processos internos que estão sujeitos a alterações (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999).

Recentemente a maneira de realizar intervenções sobre os sistemas motivacionais de um indivíduo vem sofrendo alterações. No passado, a prática clínica baseava-se em abordagens de confronto ou de aconselhamento que preconizavam que se um paciente estivesse motivado à mudança de comportamento, o tratamento teria sucesso; do contrário, estaria fadado ao fracasso. Hoje, nota-se que esta rigidez pode ser trabalhada através de novas técnicas, como, por exemplo, a entrevista motivacional, cuja abordagem é baseada de maneira geral em dois conceitos: o de ambivalência e o de prontidão para mudança. Ambivalência se refere a um estado mental em que o sujeito vivencia momentos de conflito interno e sentimentos contraditórios a respeito de algum comportamento passível de mudança (MILLER; ROLLNICK, 2001; FIGLIE et al., 2004). Já a prontidão para

mudança é definida como a situação em que os próprios pacientes encontram-se convencidos de que a mudança de seu comportamento é necessária (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999).

O abandono do uso de determinada substância é inerente à motivação do indivíduo e envolve estágios de prontidão para mudança, que podem flutuar de um momento para outro, já que as pessoas estão inseridas em um grupo social, contexto organizacional ou comunitário e têm, portanto, necessidades particulares que precisam ser atendidas (PROCHASKA; VELICER, 1997; JOSEPH; BRESLIN; SKINNER, 1999). Essa flutuação é que determina os estágios de mudança a serem descritos.

Prochaska e Di Clemente descreveram um modelo teórico (Modelo Transteórico, 1982) baseado em estágios, pensando na progressão de mudanças nos comportamentos que se desejam ser abandonados ou alterados (EDWARDS; DARE, 1997). O primeiro estágio é o da pré-contemplação, em que a pessoa pensa não precisar de ajuda, negando os problemas, embora pessoas do seu convívio percebam o contrário. O segundo se refere ao estágio de contemplação, que acontece quando a pessoa passa a perceber que seu consumo de substâncias se transformou em um problema, e vê possibilidade de mudança. O terceiro estágio é o de preparação, quando a pessoa começa a elaborar e refletir sobre as possíveis tentativas para mudar um determinado comportamento, estando, portanto, pronta para mudança. Quando essas tentativas são colocadas em prática, o sujeito encontra-se no quarto estágio que é o de ação, no qual o paciente decide e procura receber ajuda, além de colocar suas tentativas em prática, implementando os planos para modificação do comportamento que considera prejudicial para si. É quando o sentido de auto-eficácia se torna evidente. Enfim, a mudança propriamente dita

enquadra-se no quinto estágio, que é o de manutenção, no qual a pessoa alcança seu objetivo, evita recaídas e entra em período de abstinência (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999; OLIVEIRA et al., 2003). A recaída, que pode ser encarada como um estado de transição, apesar de não ser caracterizada como um estágio motivacional, quase sempre faz parte do processo de mudança de comportamentos. É importante ressaltar que os estágios motivacionais descritos no Modelo Transteórico baseiam-se num processo dinâmico em que o indivíduo pode passar diversas vezes por diferentes etapas do processo até atingir um nível estável da mudança de comportamento que almeja, ou seja, ele pode transitar entre os diferentes estágios. Caso o sujeito tenha uma recaída, isso não significará que ele irá retomar seu posicionamento dentro processo de mudança desde o início; daí o Modelo em Espiral de Prochaska e colaboradores, que pressupõem movimento (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999).

1.4 A espiritualidade

Cook (2004) realizou um levantamento retrospectivo em duas importantes bases de dados sobre o significado atribuído ao termo “espiritualidade” na literatura científica ao longo de aproximadamente 25 anos e observou que houve um aumento significativo na freqüência deste termo, associado a estudos das áreas de ciências sociais e médicas. Também foi encontrado aumento no número de trabalhos que relacionam espiritualidade com assuntos correlatos ao uso de substâncias.

Espiritualidade, historicamente, faz referência à influência de Deus, a um Ser Superior interferindo nas vidas humanas. Posteriormente, no século XX, a

palavra foi amplamente difundida para vários idiomas relacionada ou não com tradições religiosas, mas ainda sem conceituação plenamente satisfatória. (WAKEFIELD; SHELDRAKE, 2003).

Uma definição, estruturada a partir da revisão bibliográfica sistematizada e especificamente voltada para o campo do estudo das dependências, traz a seguinte proposta de conceito: “espiritualidade é uma distinta e potencialmente criativa dimensão universal da experiência humana, resultante da percepção subjetiva interna dos indivíduos e sua inserção dentro de comunidades, grupos sociais e tradições. Pode ser vivenciada como uma relação íntima, pessoal, que faz parte da essência do ser com ele mesmo e com o outro, e/ou uma relação com a qual a totalidade do ‘outro’ transcende além de si mesmo. Isto é experimentado como sendo de fundamental importância, e tem relação com o significado do sentido e propósito da vida, da verdade e dos valores” (COOK, 2004).

Uma outra definição salienta que espiritualidade não mantém relações com determinada prática religiosa, mas sim, a com a relação transcendental da alma com a divindade e a mudança produzida a partir dela (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2006).

Frente ao exposto, não é possível ignorar o fato de que o termo ”espiritualidade” é amplamente interpretado como sinônimo de “religiosidade”. Para este estudo vamos utilizar a diferenciação dos termos proposta por Koening (2001) e reproduzida em outro estudo. Religiosidade se refere a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos criados para facilitar a aproximação com o sagrado ou o transcendente, enquanto a espiritualidade é uma dimensão pessoal para a compreensão de questões sobre a vida, sobre significados e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, pelo qual pode (ou não) estar

relacionado com o desenvolvimento de rituais religiosos e a formação de comunidades (MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006).

Apesar da dificuldade em definir o termo, espiritualidade provavelmente atua como um importante motivador para as pessoas. É possível, portanto, que exista uma elaboração da espiritualidade que possa ser moldada em relação à melhora dos quadros de uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas (GALANTER et al., 2007), e isso é fundamentado, pois estudos vêm mostrando que espiritualidade está relacionada com menor nível de uso de substâncias e, para os casos de pacientes que já estão em tratamento, tem sido considerada uma ferramenta terapêutica útil para reduzir os episódios de *craving*. (LEIGH; BROWEN; MARLATT, 2005; ARNOLD et al., 2002).

Os mecanismos de influência da espiritualidade sobre os processos de recuperação para dependências de substâncias psicoativas não estão muito claros, apesar disso, os adeptos de programas orientados para espiritualidade como o AA e o NA, afirmam que a crença em um poder superior é fundamental para o processo de mudança de um comportamento, especialmente o de consumir álcool ou drogas (ARNOLD et al., 2002). O fator espiritualidade para esses grupos e determinadas CT é tão importante que constitui um dos princípios fundamentais do tipo de abordagem que utilizam.

Pardini et al. (2000), em seu estudo com 237 pacientes em recuperação para dependências, concluiu que altos níveis de religiosidade e espiritualidade predizem orientações mais otimistas de vida, melhor suporte social, maior resiliência para estresse e menores níveis de ansiedade.

Em oposição ao exposto, certos trabalhos científicos não encontraram relação entre orientação espiritual e motivação na manutenção do estado de

abstinência (CHRISTO; FRANEY,1995; MURRAY; MALCARNE; GOGGIN, 2003). Dalgalarrondo e colaboradores (2004), em consonância com outros estudos nacionais e internacionais, mostrou que dimensões da religiosidade estão relacionadas com a modulação do uso de álcool e drogas em adolescentes, e a conclusão desse trabalho foi que "ao aderir a uma denominação religiosa e envolver-se com padrões de religiosidade, adere-se a um conjunto de valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais; enfim, adere-se a um amplo e complexo *ethos* religioso que inclui, entre outras coisas, a aceitação ou recusa ao uso de álcool e drogas".

Neste trabalho, a questão da espiritualidade será investigada através da Escala *Spirituality Self Rating Scale*, SSRS (GALANTER et al., 2007), cujas características de construção e procedimentos de adaptação foram descritos na metodologia deste estudo (item 3.6.1).

1.5 Hipótese do estudo

H_0: Os estágios motivacionais se relacionam com a escala de espiritualidade para todos os grupos.

H_1: Existe pelo menos um grupo em que os estágios motivacionais não se relacionam com a escala de espiritualidade.

Hipóteses específicas

H_0: a pontuação da escala de espiritualidade é estatisticamente igual para todos os grupos;

H_1: existe pelo menos um grupo em que a pontuação da escala de espiritualidade se distingue das dos demais.

H_0: a pontuação da escala de espiritualidade é estatisticamente igual para os diferentes grupos em relação à freqüência a reuniões religiosas;
H_1: existe pelo menos um grupo onde a pontuação da escala de espiritualidade se distingue das dos demais em relação à freqüência a reuniões religiosas.

H_0: a pontuação da escala de espiritualidade dos indivíduos que possuem família praticante de religião é estatisticamente igual ao do grupo de indivíduos que possuem família que não é praticante de religião;
H_1: a pontuação da escala de espiritualidade do grupo dos indivíduos que possuem família praticante de religião é estatisticamente diferente ao do grupo de indivíduos que possuem família que não é praticante de religião.

H_0: o nível de espiritualidade no grupo que considera espiritualidade sinônimo de religiosidade é igual a do grupo que não considera.
H_1: o nível de espiritualidade no grupo que considera espiritualidade sinônimo de religiosidade é diferente da espiritualidade do grupo que não considera.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar aspectos da religiosidade e a relação existente entre espiritualidade e níveis motivacionais entre usuários de substâncias psicoativas em tratamento ou participantes de grupo de mútua-ajuda.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil sócio-demográfico da amostra.

Avaliar o desempenho da versão do instrumento *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil.

Avaliar os escores que representam a orientação espiritual entre a amostra e compará-los entre os distintos grupos de indivíduos vinculados a diferentes abordagens terapêuticas voltadas para dependência de álcool e/ou drogas.

Comparar a vinculação religiosa dos entrevistados e prática da religião, relacionando com os escores obtidos na escala SSRS

Avaliar a freqüência a reuniões religiosas e relacionar com a orientação espiritual dos indivíduos demonstrada pela SSRS.

Identificar a relação entre prática religiosa familiar e nível de espiritualidade, de

acordo com a escala SSRS.

Depreender entre a amostra se os indivíduos consideram, ou não, espiritualidade e religiosidade como sinônimos, e relacionar com a escala SSRS.

Verificar a distribuição pelos estágios de motivação (pré-contemplação, contemplação, ação ou manutenção) de cada um dos cinco grupos e relacionar com a pontuação na SSRS.

3. MÉTODO

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa descritiva sobre espiritualidade e motivação frente ao abuso e/ou dependência de drogas.

3.2 Local

O critério de escolha para o local de pesquisa justificou-se pelos diferentes tipos de abordagens terapêuticas que são oferecidas aos pacientes usuários de drogas, com ou sem o cunho religioso.

Nas CT, o foco é religioso e / ou espiritual (participaram CT de três cidades); no serviço público (CAPS ad), o diagnóstico e tratamento dá-se com base em evidências científicas; e no AA, são valorizados os princípios de espiritualidade e mútua-ajuda. Com isso, os dados foram coletados os dados nos seguintes locais:

3.2.1 Comunidades terapêuticas

Participaram internos vinculados a CT, sendo duas delas religiosas (CTR) e uma sem vinculação a nenhuma religião, totalizando três. Todas possuem funcionamento semelhante em relação ao tipo de assistência oferecida (integração pessoal, reestruturação pessoal e reinserção social). Cada uma possui um tipo de orientação religiosa, sendo uma evangélica de Bauru/SP, uma católica de Monte Alto/SP e uma sem orientação religiosa, que se baseia apenas em princípios de espiritualidade (Doze Passos) de São Carlos/SP. Apesar disso, nas instituições

religiosas não são feitas restrições a internação de pessoas que não compartilham da mesma filosofia religiosa específica, mas uma vez internado, o indivíduo deve seguir a doutrina religiosa da instituição em que está e se adequar ao respectivo tipo de cerimonial religioso (ex.: missas ou cultos). Na comunidade sem orientação religiosa, o interno é incentivado apenas a crer em um Poder Superior, não havendo relação com religião.

As comunidades escolhidas para o estudo têm funcionamento calcado em princípios religiosos ou espirituais e são instituições autônomas, mas mantém relação com determinada linha doutrinária (evangélica, católica ou somente espiritual). Possuem monitores para manejar os pacientes e desenvolver seu trabalho, sendo a população do local caracterizada, portanto, como não-clínica pelo fato de esses residentes não serem acompanhados longitudinalmente por profissionais de saúde. Apesar disso, oportunamente os internos podem ser assistidos por apoio técnico, tal como profissional de assistência social ou psicólogo, nas três CT.

Com relação ao plano de atividades diárias, segundo informações dessas CT, são incluídos na grade horária momentos voltados a uma prática religiosa (ou espiritual), laborterapia (em atividades como agricultura, apicultura, artesanato), momentos de lazer e atividades físicas.

Os Programas de tratamento são elaborados para um período médio de sete a nove meses de internação, no qual deverá ser desenvolvido todo o processo terapêutico, o qual se processa em três etapas (em regime de internação) e a etapa de pós-tratamento, por período de um ano em média (e com recomendação para vinculação a Grupo de Apoio fora da CT). As fases dos programas são:

- Primeira fase: Processo de Integração na comunidade e estabelecimento

do vínculo terapêutico, com duração de 15 dias em média.

- Segunda fase: Processo de Reestruturação Pessoal que implica na reorganização da vida, na reconstrução de valores morais e na formação de conceitos a respeito de família, trabalho, sociedade e auto-disciplina. Duração de três meses.
- Terceira fase: Reinserção Social. Nesta fase o paciente participa de atividades com breves incursões no seu ambiente social, com retorno à CT para avaliação e tratamento em áreas específicas para evitar que tais incursões possam vir a ser possíveis fatores de recaídas. Duração média de três meses e quinze dias.
- Fase Pós-tratamento - o paciente deve participar de um grupo de apoio de terapia individual semanal (se possível, e de escolha do próprio paciente) e realização de testes laboratoriais para manutenção da abstinência (opcional). Duração de um ano. Nessa fase a CT atua como base de apoio para consolidação da recuperação, e a família e o paciente reassumem o papel na tarefa de condução do processo terapêutico.

As três CT investigadas possuem capacidade para atender no máximo 40 usuários. As CTR escolhidas para este estudo são voltadas para o público masculino, e a comunidade não-religiosa atende ambos os sexos. Há custo para o tratamento nas três CT, porém nas CTR, caso haja comprovação da não disponibilidade de recursos para pagar, existe a possibilidade de o paciente receber isenção das mensalidades.

Segue abaixo o levantamento de alguns requisitos para internação nas CT participantes do estudo:

1. Idade mínima de 18 anos;

2. Aceitar a internação (voluntária);

3. Ser do sexo masculino (nas CTR);

4. Apresentar problemas decorrentes do uso/abuso de álcool e drogas, mas sem apresentar comprometimento neurológico;

5. Oportunamente, aceitar encaminhamento a instituições nas áreas de saúde, jurídica e/ou de assistência social no processo de pré - internação;

6. Aceitar encaminhamento para desintoxicação hospitalar antes da internação, a critério da equipe técnica da CT, sempre que necessário;

7. Apresentar documento de avaliação médica emitido por clínico geral, com apresentação dos resultados da realização de alguns exames laboratoriais e também de um psiquiatra, com diagnóstico descrito de acordo com a CID-10;

8. Apresentar avaliação odontológica;

9. Ser vacinado com a primeira dose da vacina antitetânica;

10. Apresentar folha corrida extraída nas Varas Cível e Criminal para certificação de antecedentes criminais;

11. Ter o envolvimento e participação familiar no processo terapêutico;

12. Ser de responsabilidade da família o custeio e acompanhamento quando o residente tiver que se ausentar da CT.

3.2.2 Grupo de Alcoólicos Anônimos

O grupo de AA escolhido para o estudo acolhe indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades. Neste sentido, o grupo mantém reuniões abertas várias vezes por semana, principalmente no período noturno, nas quais os membros fazem seus relatos e trocam experiências acerca de fracassos ou sucessos relacionados

ao consumo de álcool. Cada reunião tem duração de aproximadamente 2 horas, é aberta ao público e não envolve custos.

3.2.3 Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas

Essa instituição, se constitui de uma entidade pública de cunho filantrópico, que oferece tratamento convencional cujo plano terapêutico é elaborado por uma equipe multiprofissional para casos diagnosticados como de dependência de álcool e/ou outras drogas, funcionando em regime de hospital-dia. O CAPS-ad recebe pacientes por demanda espontânea ou por referenciamento de profissionais da rede pública de saúde. O tratamento inclui consultas com profissionais de saúde tais como psicólogos, enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, além de oferecer grupos terapêuticos e variadas oficinas. Não há limite de idade: haja visto que são atendidos usuários de todas as faixas etárias (inclusive crianças) e de ambos os sexos. Os pacientes podem estar vinculados ao programa terapêutico de acompanhamento longitudinal (no qual o paciente freqüenta o serviço diariamente), ou então participar dos grupos terapêuticos semanais.

3.3 Amostra

A amostra foi constituída por indivíduos usuários de álcool e/ou drogas em tratamento (CT e um CAPS-ad) ou vinculados a um grupo de mútua- ajuda (AA).

Critérios de inclusão: Ser do sexo masculino, em tratamento ou vinculados a grupo

de mútua-ajuda, maiores de 18 anos. Usuários de álcool, maconha, *crack*, cocaína ou poliusuários dessas substâncias.

Critérios de exclusão: Estar intoxicado por álcool ou drogas ou apresentando quadro psicótico em curso.

3.4 Aspectos éticos

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo, mediante orientação sobre justificativa, objetivos e procedimentos. Este também foi o momento para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre a pesquisa. Para isso, utilizou-se uma linguagem de fácil entendimento aos participantes.

Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (ANEXOS 1A, 1B e 1C). Foi solicitada autorização formal dos coordenadores das CT e dos membros do grupo de AA.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, processo nº 0804; 2007 (ANEXO 3).

3.5 Estudo piloto

Inicialmente foi realizado um estudo piloto deste projeto, aplicando-se um

questionário contendo perguntas sobre aspectos sociodemográficos e duas escalas psicométricas (Escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* - URICA e Versão Traduzida da SSRS) em oito indivíduos sociodemograficamente diversos, sendo seis da população-alvo do estudo (quatro pessoas de sexo masculino de uma CT e duas do AA, de sexo feminino) e mais duas pessoas de sexos diferentes não pertencentes à população-alvo para discutir as possíveis dificuldades de entendimento do questionário.

Os cadernos de questões do estudo-piloto não foram incluídos no banco de dados final, pois após avaliação dos dados resultantes, foram realizadas modificações em algumas questões de investigação sociodemográfica do instrumento.

3.6 Instrumento

Elaborou-se um questionário dividido em 4 partes, a saber: a) informações sociodemográficas, b) informações sobre o padrão de consumo de substâncias psicoativas e tempo de tratamento, c) escala URICA e d) Escala de Espiritualidade (SSRS) (ANEXO 2).

Conteúdo do Questionário:

a) Informações sociodemográficas que se propõem a avaliar o perfil da amostra, idade, sexo, situação ocupacional, prática religiosa e nível de escolaridade dos participantes da pesquisa.

b) Padrão de consumo: mensuração de quantidade e freqüência de consumo de substâncias psicoativas.

c) Escala Urica: utilizada para identificar em qual estágio motivacional o paciente melhor se encaixa em relação ao consumo de substâncias psicoativas (ANEXO 2B).

d) Escala de Espiritualidade (SSRS - ANEXO 2C): escala que se propõe avaliar o quanto o indivíduo, em sua concepção particular, acredita que o fator espiritualidade pode ter maior ou menor relevância e exercer influência em sua vida.

3.6.1 Escala da espiritualidade

A escala de avaliação de aspectos da espiritualidade do indivíduo, SSRS, (GALANTER et al., 2007) é uma escala norte-americana com seis itens que refletem a orientação espiritual do indivíduo, ou seja, se ele considera ou julga importante (mais ou menos) questões pertinentes à sua dimensão espiritual e as aplica em sua vida. Foi construída levando em consideração alguns itens sobre práticas religiosas e preceitos teóricos de Doze Passos. Alguns desses preceitos, que não estão relacionados com uma doutrina religiosa específica, são: crença que um Poder Superior tem potencial para recuperação de determinado comportamento; necessidade de reconhecimento de falhas pessoais e necessidade de prática espiritual.

Estudos transversais foram utilizados em diversos grupos compostos por indivíduos dependentes de álcool e drogas inseridos em programas de recuperação e também por não dependentes, para testagem da escala. Para a finalização da construção, a escala SSRS foi aplicada junto com outros instrumentos que se propuseram a avaliar o fator “espiritualidade”, as atitudes em relação ao tratamento da dependência e percepções sobre a filosofia do AA, que tem sido descrita como

um programa espiritual, sem dogmas, teologia ou crença a ser aprendida (GALANTER, et al., 2007). Os sujeitos em tratamento que cooperaram com o estudo que resultou na elaboração da escala eram pacientes ambulatoriais com diagnóstico de comorbidade (dependência e outro diagnóstico psiquiátrico, n=101), residentes de CT (n=210), pacientes em tratamento para dependência de metadona (n=110), membros dos Metadona-Anônimos (n=52). Outros participantes não vinculados a programas de tratamento para abuso de substância também participaram: estudantes de medicina de primeiro e segundo anos (n=119), médicos docentes e atuantes na área de dependências (n=34), estagiários em trabalho de capelania (n=19) e estudantes universitários em atendimento no serviço psiquiátrico (n=180).

No processo de elaboração, o instrumento aplicado aos pacientes dependentes consistiu de 150 itens de múltipla escolha que investigaram aspectos sociodemográficos, padrão de consumo de drogas, ocupação, dados relacionados ao tratamento, bem como uma versão preliminar da SSRS e outras questões pertinentes à espiritualidade. Os participantes do estudo classificados como não-pacientes (não portadores de problemas relacionados ao álcool e drogas) responderam um questionário breve contendo apenas a parte com a escala SSRS.

A partir de análises fatoriais preliminares dos dados coletados em amostras de pacientes com diagnóstico de comorbidade e estudantes de medicina, foram identificados sete fatores voltados para mensuração da espiritualidade. Análises subseqüentes das outras amostras indicaram uma estrutura unipolar de fatores, devendo a escala, neste caso, contar com apenas seis dos itens originais.

A escala final ficou composta por seis afirmativas, cujas respostas são do tipo *Likert Scale,* que variam de “1=concordo totalmente” a “5=discordo totalmente”, que mensuram o nível de orientação da espiritualidade do indivíduo (mais ou

menos).

Em relação aos conteúdos da escala, o primeiro item trata sobre a importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações; o segundo, sobre o esforço para viver de acordo com crenças religiosas; o terceiro, sobre a relevância que o indivíduo dá aos pensamentos espirituais que tem sozinho ou em reuniões religiosas ou espirituais; o quarto sobre o interesse pela leitura de assuntos relacionados à espiritualidade ou religião; o quinto investiga se a espiritualidade ajuda a manter a estabilidade e equilíbrio da vida, e finalmente o sexto item, sobre a consideração que se dá a espiritualidade como base da vida (ANEXO 2C).

É necessário fazer o somatório de pontos para utilização da SSRS. Para isso, deve-se, anteriormente, recodificar cada item do instrumento, com altos escores indicando grande concordância do item (ex.: escore de 5 torna-se 1; 2 torna-se 4; e assim por diante). As respostas dos 6 itens são somadas para produzir o escore total, e este, por sua vez, representa o nível de orientação espiritual, com pontuação variando de 6 a 30 (GALANTER, 2007).

Essa escala, ao ser construída e submetida a teste estatístico, apresentou alfa de *Cronbach* variando de .82 a .91. Ainda sobre a validação inicial da SSRS, foi avaliada a relação dos construtos com as definições de espiritualidade, de acordo com os Doze Passos, e a percepção do indivíduo sobre religião e crença em um poder superior. Neste sentido, a escala mostrou-se sensível. Até o momento não existem trabalhos científicos brasileiros que reproduzam as propriedades psicométricas da escala em questão.

3.6.2 Escala utilizada para mensuração do estágio motivacional

A escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) foi aplicada visando identificar qual o nível motivacional em que o sujeito em processo de reabilitação melhor se enquadra. Este instrumento, quando desenvolvido (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1989), delimitou quatro estágios bem definidos, confiáveis e relacionados entre si: Pré-Contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção (OLIVEIRA et al, 2003). Foi devidamente validado no Brasil por Figlie em 2004 e apresentou boa consistência interna com remoção do item 9 da escala original (FIGLIE; DUNN; LARANJEIRA, 2004).

3.7 Procedimentos

3.7.1 Tradução e adaptação da SSRS

A. Foram realizadas duas traduções (inglês – português) da escala original em inglês do autor Galanter e colaboradores (2007), sendo uma delas, por um perito da área de álcool e drogas e a outra, por um pesquisador, também da área, ambos com domínio da língua inglesa.

B. As duas versões traduzidas da escala foram apresentadas a um grupo de 10 indivíduos não-pacientes com diferentes níveis de escolaridade (2 com ensino fundamental incompleto, 2 com ensino médio completo, 2 estudantes universitários da área de exatas, 2 estudantes universitários da área de saúde e 2 pós-graduandos). Foi solicitado aos mesmos que comentassem (verbalmente) a interpretação de cada uma das 6 questões nas duas versões e em seguida indicassem, por escrito, qual a versão considerada de mais fácil entendimento, e

ainda se nessa versão eles fariam sugestões de mudanças nas questões da escala e como reescreveriam tais questões.

C. A partir dos comentários e relatos escritos, foi aprimorada a versão de melhor entendimento em cada item. Esta foi enviada para retradução (português – inglês) por uma pessoa não familiarizada com a versão original (falante nativo da língua inglesa e com ótimo domínio da língua portuguesa da área de ciências humanas).

D. Após a retradução foi realizada uma simples correção no inglês. A versão final da escala em português foi re-avaliada por um novo comitê de 3 juizes, sendo estes, um brasileiro sem conhecimento da língua inglesa, um profissional de nível superior que domina a temática "espiritualidade" e a orientadora desta dissertação. Esta foi a versão para utilização no estudo.

3.7.2 Coleta dos dados

Foi solicitada uma autorização aos coordenadores das CT, do CAPS-ad e aos membros do grupo de AA para se efetuar a realização da pesquisa nos respectivos campos. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, deu-se início à coleta de dados pela pesquisadora a partir de meados de julho a agosto de 2007.

Após autorização dos locais, a pesquisadora marcava um horário, dirigia-se ao campo de estudo e fazia a aplicação do instrumento, preservando os procedimentos éticos, conforme descrito no item 3.4, sendo que o próprio participante respondia ao caderno de questões. Quando do surgimento de dúvidas, a pesquisadora esteve disponível para dar orientações necessárias.

3.8 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita através de um banco de dados lançado no programa de estatística SPSS – *Statistical Program of Social Science v.10 for Widdows*, para possibilitar a análise descritiva das informações sociodemográficas da população estudada e a análise das escalas.

Foi realizada a análise descritiva (número e porcentagem) e aplicados testes estatísticos adequados, de acordo com variáveis, bem como comparação entre a amostra e a análise da confiabilidade da Escala SSRS (da escala global e de acordo com cada serviço).

O nível de significância (quanto admitimos errar nas conclusões estatísticas, ou seja, a margem de erros estatísticos nas análises) foi de 0,05 (5%). Assim, todos os intervalos de confiança construídos ao longo da pesquisa foram construídos com 95% de confiabilidade estatística.

Sobre os testes utilizados (SIEGEL, 1975; MURRAY; SPIEGEL, 1993; MORETTIN; BUSSAB, 2005; MINGOTI, 2007):

3.8.1 Teste de igualdade de duas proporções

Este consiste de um teste paramétrico que compara se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis são estatisticamente significantes. O resultado de cada comparação possui uma estatística chamada de p-valor. Esta estatística é que nos ajuda a concluir sobre o teste realizado. Caso

esse valor seja maior que o nível de significância adotado (erro ou α), concluímos portanto que a H_0 (a hipótese nula) é a hipótese verdadeira; caso contrário, ficamos com H_1, a hipótese alternativa.

3.8.2 Inferência não-paramétrica

Deriva-se do fato de não ser necessário desenvolver um modelo populacional em termos de uma função de densidade de probabilidade, dependente dos parâmetros, como é o caso da normal. Os métodos não-paramétricos baseiam-se em geral nos seguintes aspectos:

- não incorporam as suposições restritivas, características dos testes paramétricos;
- os dados não precisam ser normalmente distribuídos. É necessário apenas que eles sejam ordinais.

Podem ser aplicados para variáveis qualitativas, quantitativas e sem quantidade. São sensíveis aos erros de medida, e rápidos para pequenas amostras.

Teste de Mann Whitney

É usualmente utilizado para testar se duas amostras independentes foram retiradas de populações com médias iguais.

Dados: Considere duas amostras aleatórias, onde (X_1, ..., X_n) foi retirada da população 1 e (Y_1, ..., Y_m) foi retirada da população 2.

Dispõem-se os dados em postos, como se todas as observações fizessem parte de uma única amostra. Calcula-se a soma dos postos associados às observações da população e X e de Y, isto é $R_1(X)$ e $R_2(Y)$ respectivamente. Para as

observações empatadas, são atribuídas médias aos postos, sendo que n = numero de observações do menor grupo.

$$S = \sum R(X_i)$$

$$T = S - (n(n+1))/2$$

O teste Mann-Whitney foi o mais indicado para a análise do item 4.3.2 (espiritualidade e prática religiosa, dois grupos independentes). A questão - "É praticante de sua religião?"- teve como opções de resposta: "sim", "não" e "não se aplica", assumindo, dessa maneira, valores qualitativos. As unidades amostrais foram divididas, sendo que os dados não apresentaram normalidade.

Para o item 4.3.4, que investigou sobre espiritualidade e prática religiosa familiar do entrevistado, as respostas possíveis também assumiram valores qualitativos: "sim" ou "não". Já a pontuação da escala de espiritualidade assumiu valores quantitativos. Com isso, as unidades amostrais foram separadas de acordo com a resposta. Para cada grupo foi observado o valor da pontuação da SSRS e, por fim, comparado entre os grupos. A opção "sim", não apresentou normalidade. Então foram utilizados o teste de Kolmogorov-Smirnov, Anderson-Darling e Shapiro-Wilk. Em todos se obteve p-valor menor que 0.05, sendo aplicada uma abordagem não-paramétrica. O teste de Mann-Whitney foi indicado, por se tratar de apenas dois grupos independentes.

Teste de Kruskal-Wallis

É o teste não-paramétrico que corresponde ao planejamento aleatório, quando a hipótese de normalidade é violada. Os dados consistem de K amostras

aleatórias. Denota-se a i-ésima amostra de tamanho n_i, i= 1,2,...,k.

As suposições para o teste são: as variáveis aleatórias são mutuamente independentes, contínuas; e a escala de medida é, pelo menos, ordinal.

Combinadas todas as N observações das k amostras, estas são ordenadas da menor para a maior. Atribuem-se postos do menor para o maior, para as N observações.

$$T = \frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^{k} \frac{R_i^2}{n_i} - 3(N+1)$$

Este teste foi utilizado para análise dos itens 4.3.1 e 4.3.3, que investigaram sobre a vinculação religiosa e freqüência a reuniões religiosas, respectivamente. As questões ofereceram como respostas variáveis qualitativas ("Católica", "Evangélica", "Espírita", "Umbandista", "Ateu", "Não tem, mas acredita em Deus", "Outra" e "todos ou quase todos os dias", "somente aos finais de semana", "raramente" e "não se aplica"). Assim, as unidades amostrais foram separadas de acordo com as opções descritas em diferentes grupos. Para cada grupo foi observado o valor da pontuação da SSRS, e por fim realizado comparação entre eles. Pelo fato de a maioria dos grupos terem número de unidades amostrais pequenos, foi utilizada esse tipo de análise não-paramétrica.

3.8.3 Coeficiente de correlação de Pearson

Utilizado para medir a correlação entre duas variáveis quantitativas. O valor do Coeficiente de Correlação de Pearson varia entre [-1;1]. Se o coeficiente de

correlação for igual a 1, as variáveis em estudo terão relação positiva perfeita, ou seja, se uma aumenta, a outra também aumentará na mesma proporção. Se o Coeficiente de correlação for igual a -1, as variáveis em estudo terão relação negativa perfeita, ou seja, se uma aumenta, a outra diminui na mesma proporção. Se o coeficiente for igual a 0, não existe correlação entre as variáveis.

O coeficiente de correlação é dado pela formula:

$$corr(X,Y) = \frac{cov(X,Y)}{dp(X)dp(Y)}$$

Obs.: corr (X,Y)=ρ

3.8.4 Alfa de Cronbach

O *Alfa de Cronbach* é um método de confiabilidade muito utilizado na psicometria, desde 1951. Trata-se de um índice de consistência interna que assume valores entre 0 e 1, servindo para comprovar se o instrumento em avaliação é um instrumento que gera informações confiáveis. Assim, mede a homogeneidade entre as perguntas e todas as correlações entre os itens avaliados.

Sua interpretação é dada, de forma que, quanto mais próximo de 1, o *Alfa de Cronbach* torna o instrumento de avaliação mais confiável. A confiabilidade é considerada significativa a partir do valor de 0.80.

Pode ser calculado pela seguinte forma:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1}\right] \cdot \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^{k} S_i^2}{S_t^2}\right]$$

Sendo: S_i^2 a soma das variâncias de cada item; S_t^2 a variância total dos

itens; *K* número total de itens do questionário.

3.8.5 Inferência paramétrica

Teste F

i) $E\left(\frac{RSS}{n-p}\right)=\sigma^2$

ii) $E\left(\frac{RSSh}{n-p}\right)=\sigma^2+\frac{((A\beta-c)'(A)(X'X)^{-1}A')^{-1}(A\beta-c))}{q}$

Compara os estimadores da variância populacional. Quando dois estimadores apresentam valores próximos, isso indica que ambos estão estimando a variância populacional de forma não viciada; conseqüentemente, o segundo componente do estimado (ii) é zero, o que indica que Aβ=c, o que nos leva a não rejeitar a hipótese nula.

O teste F pode ser representado pela tabela de análise de variância (ANOVA), que é dado por:

Fonte	g.l.	SQ	QM	f_{calc}
Modelo	1	$\sum_{i=1}^{n}(\hat{y}_i-\bar{y})^2$	$\frac{\sum_{i=1}^{n}(\hat{y}_i-\bar{y})^2}{1}$	QMModelo /
Resíduos	$n-2$	$\sum_{i=1}^{n}(\hat{y}_i-y_i)^2$	$\frac{\sum_{i=1}^{n}(\hat{y}_i-y_i)^2}{n-2}$	QMResíduos
Total	$n-1$	$\sum_{i=1}^{n}(y_i-\bar{y})^2$	–	–

Quando a normalidade foi aceita, o test F paramétrico foi utilizado. No caso, para comparar os níveis de espiritualidade entre os cinco grupos que

compuseram a amostra (item 4.2) e também para comparar os escores entre os estágios motivacionais da Escala URICA (item 4.4), já que se trataram de dois ou mais grupos independentes.

Teste t de Student

A distribuição *t* possui como características: ser contínua e simétrica, ter média igual a zero, variação de + ∞ a - ∞ e desvio-padrão variável com o tamanho da amostra (n). Não existe uma única distribuição *t*, mas sim um grupo. Para cada tamanho de amostra existe uma distribuição e uma curva específica.

Este teste foi utilizado para testar o "significado de espiritualidade", relacionando-o com os níveis de espiritualidade entre as unidades amostrais (item 4.3.5). A questão respondida pelos entrevistados (questão 11 do questionário) assumiu valores qualitativos ("sinônimos" ou "não-sinônimos"), enquanto a pontuação da escala de espiritualidade assumiu valores quantitativos. As unidades amostrais foram separadas de acordo com a resposta dada. Para cada grupo foi observado o valor da pontuação na escala SSRS, e por fim comparado entre os grupos. Como o tamanho da amostra foi grande, a normalidade foi aceita pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo estes, portanto, aplicado este teste paramétrico.

3.8.6 Regressão Linear Múltipla

O modelo de regressão linear múltipla, com k covariáveis, é dado por:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + ... + \beta_k X_{ik} + \varepsilon_i$$

Onde *Yi* é a resposta no i-ésimo ensaio, *Xi1* e *Xi2* são os valores das duas variáveis preditoras no i-ésimo ensaio. Os parâmetros do modelo são β_0, β_1, β_2 e β_k. O termo do erro é ε_i.

Assume-se que $\varepsilon_i \sim N(0,1)$.

Neste estudo, as covariáveis estudadas para estabelecer sua relação de dependência com espiritualidade através da escala SSRS, foram:

→ Pré-contemplação X1
→ Contemplação X2
→ Ação X3
→ Manutenção X4

4. RESULTADOS

Parte I - Características da amostra

Entrevistaram-se 138 (69%) pessoas vinculadas aos serviços de reabilitação para abuso de álcool e/ou drogas ou internadas em CT.

Tabela 1 - Apresentação em número e porcentagem da amostra e população, segundo instituição a que pertencem os usuários de serviços de atendimento a usuários de substâncias psicoativas (n=138) - 2007.

Instituição	População		Amostra	
	n	%	n	%
CT Católica	38	100	34	89,4
CT Evangélica	36	100	29	80,5
AA	45	100	30	66,6
CT Não-religiosa	31	100	18	58,6
CAPS-ad	50	100	27	54
Total	**200**	**100**	**138**	**69**

A tabela 1 apresenta que 75 (54,4%) dos usuários de álcool e/ou drogas estão vinculados a instituições para recuperação, sem vinculação religiosa, e 63 (45,6%), em instituições que possuem algum vínculo religioso. Foram entrevistados 34 (89,4%) usuários pertencentes a CT Católica; 29 (80,5%) pertencentes a CT evangélica; 30 (66,6%) dos Alcoólicos Anônimos; 18 (58,6%) da CT Não-Religiosa e 27 (54%) do CAPS-ad.

Tabela 2 - Apresentação em número e porcentagem das informações sociodemográficas, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) - 2007.

Idade X= 39 anos Dp±13,60			
		n	**%**
Estado Marital	Solt / div / viúvo	87	63
	Casado / amasiado	49	35,5
Escolaridade	Ens. médio incom / comp.	64	46,4
	Ens. fundam. incom / comp.	59	42,8
	Superior incom / comp.	15	10,9
Ocupação	Trabalho formal	73	52,9
	Trabalho informal	25	18,1
	Não trabalha	25	18,1
	Aposentado	15	10,8
Trabalhou no último ano	Tempo integral	65	47,1
	Não trabalhou	43	31,2
	Tempo parcial	30	21,7

A tabela 2 apresenta as informações sociodemográficas. A amostra foi composta de homens adultos com idade média de 39 anos (Dp±13,60), variando entre 18 a 69 anos. Ainda mostra que os entrevistados vivem, em sua maioria, sozinhos 87(63%). Quase a metade da amostra 64(46,4%) possui o segundo grau completo ou incompleto. Em relação às questões laborais, 95(68,8%) afirmaram que possuem emprego formal, sendo que no último ano 65(47,1%) trabalharam em tempo integral.

Tabela 3 - Distribuição em número e porcentagem de aspectos da vida religiosa, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) - 2007.

		n	%
Religião declarada	Católica	71	51,4
	Evangélica	38	27,5
	Não tem	16	10,9
	Espírita	8	5,8
	Outra	4	1,4
Prática religiosa	Praticante	83	60,1
	Não-praticante	53	38,4
Freqüência em reuniões religiosas	Todos/quase todos os dias	47	34,1
	Aos finais de semana	46	33,3
	Raramente	29	21
	Não se aplica	16	11,6
Prática religiosa familiar	Praticante	114	82,6
	Não-praticante	23	16,6
Considera religiosidade sinônimo de espiritualidade?	Não	84	60,8
	Sim	53	38,4

A tabela 3 apresenta que, quanto à religião, os entrevistados declararam ser principalmente católicos 71(51,4%) e 38(27,5%), evangélicos. Dessa maneira, a maioria afirma ser praticante 83(60,1%), freqüentar cerimoniais religiosos na freqüência de todos ou quase todos os dias 47(34,1%) e nos finais de semana 46(33,3%).

Ao serem questionados sobre pertencer a uma família religiosa, 114(82,3%) responderam afirmativamente. Foi identificado ainda que mais da metade dos entrevistados não considera religiosidade sinônimo de espiritualidade 53(38,4%).

Tabela 4 - Apresentação do padrão de consumo de álcool ou outras drogas, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) - 2007.

		n	%
Substância psicoativa	Álcool	65	47,1
	Várias drogas	44	31,9
	Cocaína / crack	25	18,1
	Maconha	4	2,9
Número de doses de álcool	6 doses ou mais	88	63,7
	4 a 5 doses	5	3,6
	1 a 3 doses	2	1,44
Número de baseados (maconha)	2 baseados	19	13,7
	1 baseado	12	8,6
	5 ou mais baseados	6	4,3
	3 a 4 baseados	2	1,44
Quantidade de cocaína ou crack	7 gramas	29	21
	4 a 6 gramas	22	15,9
	1 a 3 gramas	11	7,9
Tempo decorrido desde o último uso	Entre 1 e 3 meses	38	27,5
	Menos de 1 mês	31	22,5
	Entre 4 e 11 meses	27	19,6
	Entre 1 e 5 anos	18	13
	Há mais de 6 anos	13	9,4

A tabela 4 apresenta que 65(47,1%) dos usuários assinalaram que a substância psicoativa consumida pela última vez foi o álcool, sendo que 88(92,7%) dos usuários afirmaram ter bebido 6 ou mais doses, o que significa a intoxicação alcoólica. No que se refere ao poliuso de substâncias 44(31,9%), afirmaram usar várias drogas concomitantemente. O uso de *crack* ou de cocaína esteve presente em 62(44,8%) dos entrevistados, e a maconha em 39(28%). Com relação ao tempo decorrido desde o último uso 31(22,5%), fizeram uso de alguma droga e/ou álcool pela ultima vez há menos de um mês, e 13(9,4%) estão abstinentes há 6 anos ou mais.

Tabela 5 - Distribuição do tempo e freqüência de *uso na vida* de álcool ou outras drogas, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=138) - 2007.

Variável		n	%
Tempo de uso na vida	Mais de 10 anos	49	35,5
	De 6 a 10 anos	23	16,7
	De 2 a 5 anos	15	10,9
	Aproximadamente 1 ano	13	9,4
	Até 6 meses	10	7,2
Freqüência de uso na vida	Várias vezes, todos/quase todos os dias	90	65,2
	2 a 3 vezes por semana	19	13,8
	2 a 4 vezes por mês	10	7,2
	Mensalmente ou menos	4	2,9

A tabela 5 apresenta que 49(35,5%) usam ou usaram drogas por mais de 10 anos e 90(65,2%) afirmaram o terem feito numa freqüência de várias vezes, todos os dias ou quase todos os dias.

Tabela 6 - Distribuição do número de internações, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) - 2007.

Internações	n	%
1 vez	54	39,1
2 a 5 vezes	45	32,6
Nenhuma	20	14,6
6 ou mais vezes	18	13

A tabela 6 apresenta que 117(85,4%) já estiveram internados na vida por problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas, sendo que 54(39,1%) dos participantes já estiveram internados pelo menos uma vez, 45(32,6%) estiveram entre 2 a 5 vezes e 20 (14,6%) nunca foram internados em decorrência de problemas com uso de substâncias psicoativas.

No que tange às demais condições de saúde, apenas 36(26,1%) responderam que fazem tratamento de saúde, sem considerar o tratamento para dependência.

O tempo de tratamento (não restrito a internações) para dependência de álcool ou outras drogas foi em média de 46 meses (Dp±74,22 meses) e a maioria relatou ter sido internada por este motivo apenas 1 vez.

Parte II - Propriedades da SSRS

4.1 Confiabilidade

A confiabilidade da escala global foi medida pelo exame de consistência interna usando o *Alfa de Cronbach* foi de 0,8355. Para considerar um instrumento com confiabilidade ideal, ele deve apresentar um valor de aproximadamente 0.80 (SIEGEL, 1975).

Tabela 7 - Apresentação da média de escores, desvio padrão e *Alfa de Cronbach* da Escala SSRS, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) - 2007.

Instituição	n	Média	Dp	Mín	Máx	Alfa Cronbach
CT Não-religiosa	18	25.67	4.43	18	30	0,8101
CT Católica	34	24.62	3.814	13	30	0,7028
CT Evangélica	28	23.93	4.988	6	30	0,8878
AA	30	23.86	5.029	10	30	0,8228
CAPS-ad	27	21.89	6.22	9	30	0,8592

A tabela 7 apresenta que os participantes da CT não-religiosa apresentaram média de escores de espiritualidade de 25,67 (Dp±4,43pontos) na escala SSRS, seguido pelos usuários da CT Católica (média 24,62 (Dp±3,81). A SSRS apresentou consistência interna com valores considerados muito bons entre os pacientes de todos os serviços, variando de 0,7028 na CT católica e 0,8878 para

a CT evangélica.

Parte III - Aspectos da espiritualidade (Análise Multivariada)

4.2 Comparação entre nível de espiritualidade

Tabela 8 - Apresentação da média, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, segundo serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) - 2007.

Instituição	n	Média	Dsv. Pd	Mínimo	1º.Quartil	Mediana	3º.Quartil	Máximo
CT Não- Relig	18	25.67	4.43	18	21	27	30	30
CT Católica	34	24.618	3.814	13	22	25	28	30
CT Evangélica	28	23.929	4.988	6	22	24	27	30
AA	30	23.867	5.029	10	21	25	28	30
CAPS-ad	27	21.89	6.22	9	16	25	26	30

A tabela 8 apresenta que a média do nível de espiritualidade representado pelos escores da escala SSRS foi maior entre os participantes da CT sem vinculação religiosa X=25,67 (Dp±4,43) e menor entre os entrevistados do CAPS-ad X=21,89 (Dp±6,22).

Tabela 9 - Apresentação da análise de variância, segundo Teste-F paramétrico para comparação dos níveis de espiritualidade entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) - 2007.

	Grau de liberdade	Soma dos Quadrados	Quadrados Médios	Teste F	Valor de p
Grupo	4	182.9	45.7	1.87	0.119
Erro	132	3226.0	24.4		
Total	**136**	**3408.9**			

S = 4,944 R-Sq = 5,37% R-Sq(adj) = 2,50%

A tabela 9 apresenta que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de espiritualidade e os cinco grupos de serviços de

atendimento a usuários de álcool ou drogas.

4.3 Avaliação entre nível de espiritualidade e aspectos religiosos

4.3.1 Espiritualidade e vinculação religiosa

Tabela 10 - Apresentação da média, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS e a vinculação religiosa, segundo usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=136) - 2007.

Religião	n	Média	Dp	Mínimo	1º.Quartil	Mediana	3º.Quartil	Máximo
Católica	71	24.394	4.64	10	22	25	28	30
Evangélica	37	24.189	5.296	6	22	24	28.5	30
Espírita	8	24.63	3.20	20	21.50	25.5	26	30
Umbandista	2	20.5	2.12	19	*	20.5	*	22
Ateu	1	9	*	9	*	9	*	9
Não tem, mas acredita em Deus	2	25.5	3.54	23	*	25.5	*	28
Outra	15	21.73	5.71	11	17	22	26	30

A tabela 10 apresenta que os maiores valores de mediana estão entre os participantes que não tem vinculação religiosa, mas acreditam em Deus, e entre aqueles que têm vinculação com a religião espírita.

Tabela 11 - Comparação entre os níveis de espiritualidade e vinculação religiosa entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas,segundo teste de Kurskal-Wallis (n=136) - 2007.

Grupo	N	Mediana	Posição da mediana	Z
Não tem, mas acredita em Deus	2	25.5	77.5	0.33
Espírita	8	25.5	70.1	0.12
Católico	71	25	72.3	1.17
Evangélico	37	24	70.7	0.40
Outra	15	22	52.9	-1.63
Umbandista	2	20.5	28.8	-1.44
Ateu	1	9	2.0	-1.69
Total	**136**		**68.5**	

T= 8.12 p>0,05 (p-valor=0.23)

A tabela 11 apresenta que não ter uma vinculação religiosa, mas acreditar

em Deus, apresentou uma mediana maior, com relação ao nível de espiritualidade, do que quando comparadas com os demais grupos, porém, não houve relação estatística significativa entre essas variáveis.

4.3.2 Espiritualidade e prática religiosa

Tabela 12 - Comparação entre as médias do nível de espiritualidade e os grupos praticantes e não-praticantes de religião, segundo Teste de Mann-Witney (n=136) - 2007.

Grupo	n	Média	Dp	Mínimo	1º.Quartil	Mediana	3º.Quartil	Maximo	p
Praticantes	83	24.313	4.635	6	22	25	28	30	0.3879
Não-praticantes	53	23.264	5.565	9	19.5	25	28	30	

p-valor=0.3879 (p>0,05)

A tabela 12 apresenta que não existe diferença estatística significativa entre o nível de espiritualidade e a prática religiosa.

4.3.3 Espiritualidade e freqüência a reuniões religiosas

Tabela 13 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, quartis e p-valor para teste entre níveis de espiritualidade e a freqüência a reuniões religiosas entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas (n=137) - 2007.

Variável	N	Média	Dp	Mín	1º Quartil	Mediana	2º. Quartil	Max	Posição mediana	Z
Todos ou quase todos os dias	46	24.717	4.787	6	23	25	28.25	30	75.4	1.35
Somente finais de semana	46	24.826	4.202	10	22	25.5	28	30	75.1	1.27
Raramente	29	22.517	5.207	10	19.5	25	26	30	57.9	-1.69
Não se aplica	16	21.5	6.36	9	16.5	22.5	27.5	30	53.1	-1.71
	137								**69.0**	

T=7,11 p-valor=0,068 (p>0,05)

A tabela 13 apresenta que a maior posição da mediana nos níveis de espiritualidade é encontrada entre os pacientes que participam de reuniões religiosas somente aos finais de semana. Não existem evidências estatísticas para afirmar que existam diferenças entre os níveis de espiritualidade, de acordo com a freqüência a reuniões religiosas entre os grupos; entretanto, foi encontrada uma tendência estatística de p.0,068 para essa amostra.

4.3.4 Espiritualidade e prática religiosa familiar

Tabela 14 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, quartis e p-valor para teste entre níveis de espiritualidade e prática religiosa familiar entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, segundo Teste de Mann Whitney (n=137) - 2007.

Grupo	n	Média	Dp	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
Família praticante	114	24.009	5.114	6	22	25	28	30
Família não-praticante	23	23.435	4.511	14	21	24	27	30

p-valor=0.3659 (p>0,05)

A tabela 14 apresenta que não existe associação estatística entre os níveis de espiritualidade e ter uma família praticante de religião, embora a média do nível de espiritualidade tenha sido maior entre o grupo de usuários que possuem família praticante.

4.3.5 Espiritualidade e seu significado

Tabela 15 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS, quartis e p-valor para considerar o significado de espiritualidade entre usuários dos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, segundo Teste *t* de Student (n=137) - 2007.

Grupo	n	Média	Dp	Mínimo	1ºQuartil	Mediana	3ºQuartil	Máximo
Sinônimos	53	24.491	4.392	10	22.5	25	28	30
Não-sinôn	84	23.548	5.351	6	21.25	25	27.75	30

t=11.231; p-valor=0.2635 (p>0,05)

A tabela 15 apresenta que os pacientes que consideram o termo espiritualidade como sinônimo de religiosidade apresentaram maior pontuação na escala de espiritualidade. Apesar disso, não houve relação estatística significativa entre a amostra. Dessa maneira, o nível de espiritualidade não se diferencia entre os grupos.

Parte IV - Associações entre estágios motivacionais e espiritualidade (Análise Descritiva da Escala URICA e Regressão Linear Múltipla)

4.4 Comparação entre os escores da escala URICA

Tabela 16 - Apresentação da média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo de escores na SSRS e quartis para descrição dos escores da Escala URICA nos serviços de atendimento para uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, segundo Teste F (n=138) - 2007.

Instituição	Média	Dsv. Pd	Mínimo	1º.Quartil	Mediana	3º.Quartil	Máximo
CT Não- Relig	25.67	4.43	18	21	27	30	30
CT Católica	24.618	3.814	13	22	25	28	30
CT Evangélica	23.929	4.988	6	22	24	27	30
AA	23.867	5.029	10	21	25	28	30
CAPS-ad	21.89	6.22	9	16	25	26	30

F=1.46; P-Valor=0.22

A tabela 16 apresenta que o p-valor do teste F foi de 0,22, maior que a significância adotada de 0.05; portanto não se rejeita a hipótese de que os indivíduos dos 5 grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação aos estágios motivacionais em que se encontram.

4.5 Distribuição da SSRS em relação a URICA

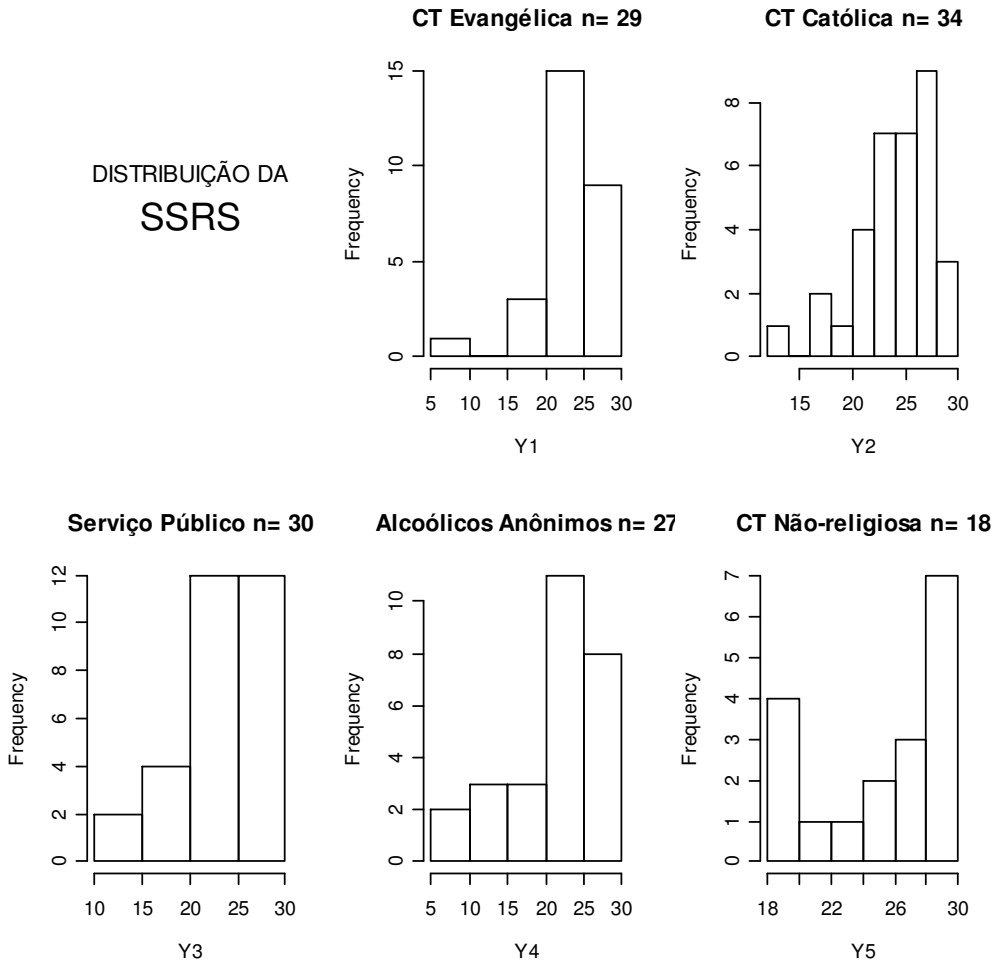

Figura 1. Apresentação da condição de normalidade, segundo a escala SSRS.

A figura 1 apresenta a normalidade das repostas. Nota-se que todas as distribuições de pontuação na escala SRSS seguem uma distribuição assimétrica à

esquerda, indicativo para não-normalidade. Porém, os testes de normalidade de Anderson Darling, Cram Von Misses, Komolgorov-Smirnoff, Pearson Qui-quadrado e Shapiro Wilks são aplicados a cada grupo e, pelo menos em um dos testes não se rejeita a normalidade a 5% de significância. Assim, os resultados abaixo são seguros e coerentes com a metodologia estatística.

Os estágios motivacionais assumem as seguintes codificações para as covariáveis:

→ Pré-contemplação X1

→ Contemplação X2

→ Ação X3

→ Manutenção X4

4.6 Análise de Regressão 1: CT Evangélica

De acordo com análise da sexta variável da escala SSRS, um indivíduo caracterizou-se como um ponto atípico; por esse motivo foi retirado da análise.

Tabela 17 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários da CT Evangélica - 2007.

	Estimativa	Erro Padrão	Teste t	p-valor
Estágios	-137.449	88.646	-1.551	0.15
Pré-contemplação	-0.2723	0.1325	-2.055	0.06
Contemplação	0.6724	0.2171	3.096	0.01
Ação	0.4424	0.2292	1.93	0.08
Manutenção	0.5448	0.2469	2.206	0.05

A tabela 17 mostra que os indivíduos da CT Evangélica, a uma significância de 5%, atendeu aos requisitos de normalidade (Teste de Durbin-

Watson, p-valor=0.82). A pontuação da escala de espiritualidade (SSRS) é explicada para esse grupo, segundo os estágios motivacionais, de acordo com o seguinte modelo:

$$SSRS = -13.74 - 0.27\,precontemplacao + 0.44acao + 0.54manutencao$$

O estágio de contemplação (X2) não estabelece relação de dependência com a SSRS neste grupo, pois seu p-valor é menor que o nível de significância de 5%. Desta forma, não se rejeita a hipótese de que X2 é estatisticamente igual a zero.

Quando verificada a dependência entre os níveis de espiritualidade com os níveis de motivação para esse grupo, os resultados mostraram que quanto menor foi a pontuação na escala de espiritualidade, maior foi a tendência de os indivíduos estarem em estágio de pré-contemplação. Com relação aos estágios de ação e manutenção, observou-se o contrário: quanto maior o nível de espiritualidade, maior a associação entre esses estágios.

4.7 Regressão 2: CT Católica

Um indivíduo apresentou-se como um ponto atípico para análise, e por esse motivo foi excluído.

Tabela 18 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários da CT Católica - 2007.

	Estimativa	Erro Padrão	Estatística t	p-valor
Estágios	915.728	772.594	1.185	0.253
Pré-contemplação	0.09959	0.1583	0.629	0.538
Contemplação	0.17364	0.23562	0.737	0.472
Ação	0.41176	0.24994	1.647	0.119
Manutenção	-0.23154	0.2404	-0.963	0.350

A tabela 18 apresenta que não houve diferença estatística entre os estágios motivacionais e os níveis de espiritualidade, apesar de os valores atenderem aos requisitos de normalidade e independência dos resíduos (Teste de Durbin-Watson, p-valor=0.08),

Isso pode ser confirmado pelo teste F da ANOVA (p-valor 0.19), de modo que não rejeitamos a hipótese de que todos os coeficientes são estatisticamente iguais a zero. Assim, não foi possível explicar as relações de dependência entre os níveis de espiritualidade e os níveis de motivação para os indivíduos vinculados à CT Católica.

4.8 Regressão 3: CT não-religiosa

Tabela 19 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários da CT Não-Religiosa - 2007.

	Estimativa	Erro Padrão	estatística t	p-valor
Estágios	11.800.000	12.667.370	-0.932	0.3686
Pré-contemplação	0.426980	0.164436	2.597	0.0221
Contemplação	-0.028860	0.390518	-0.074	0.9422
Ação	1.042.612	0.398645	2.615	0.0214
Manutenção	-0.007340	0.305306	-0.024	0.9812

A tabela 19 apresenta que existem coeficientes significativos para as covariáveis referentes a pré-contemplação e ação. Esse fato pode ser visualizado pelo teste F da ANOVA (p-valor <0.01). Os dados atenderam aos requisitos de normalidade (Teste de Durbin-Watson, p-valor=0.76).

Com isso, há o seguinte modelo, que explica a pontuação da escala de espiritualidade (SSRS) para o grupo da CT não-religiosa:

$$SSRS = 0.43 precontemplacao + 1.04 acao$$

Pode-se observar que aumento nos níveis de espiritualidade foi encontrado entre os usuários que estão em pré-contemplação e ação.

Na verdade, o aumento em unidade nos escores referentes à pré-contemplação provoca o aumento de 0.43 na pontuação da escala SSRS, enquanto o aumento em uma unidade para o estágio de ação provoca o aumento de 1.04 na SSRS.

4.9 Regressão 4: CAPS-ad

Tabela 20 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo usuários do CAPS-ad - 2007.

	Estimativa	Erro Padrão	estatística t	p-valor
Estágios	0.44702	1.068.987	0.042	0.9670
Pré-contemplação	-0.01559	0.15658	-0.100	0.9216
Contemplação	0.52479	0.29514	1.778	0.0892
Ação	0.55548	0.19975	2.781	0.0109
Manutenção	-0.71683	0.26609	-2.694	0.0133

A tabela 20 mostra que existem coeficientes significativos para as covariáveis em estudo. No caso, de X3 e X4, que representam, respectivamente, ação e manutenção. Esse fato pode ser visualizado pelo teste F da ANOVA (p-valor <0.01). Os valores apresentados na tabela atenderam aos requisitos de normalidade (Teste de Durbin-Watson, p-valor=0.25).

A seguinte relação é válida:

$$SSRS = 0.55acao - 0.71manutencao$$

Acima mostra-se que para os indivíduos do CAPS-ad espiritualidade parece estabelecer uma relação positiva de dependência com aqueles indivíduos em estado de ação, enquanto que aqueles que tiveram aumento de uma unidade na escala URICA para o estágio de manutenção tiveram diminuição de 0.71 nos escores da SSRS.

4.10 Regressão 5: Alcoólicos Anônimos

Tabela 21 - Apresentação da Estimativa, Erro Padrão, Teste t e valores de p., entre os níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais, segundo grupo de Alcoólicos Anônimos - 2007.

	Estimativa	Erro Padrão	Teste t	p-valor
Estágios	176.109	1.284.744	1.371	0.184
Pré-contemplação	0.11796	0.24673	0.478	0.637
Contemplação	-0.06362	0.39185	-0.162	0.873
Ação	0.22435	0.41084	0.546	0.591
Manutenção	0.07022	0.33189	0.212	0.834

A tabela 21 apresenta que a uma significância de 5%, nenhuma covariável é significativa. Assim, não se rejeita a hipótese de que todos os coeficientes sejam iguais a zero. Esse fato pode ser visualizado pelo teste F da ANOVA (p-valor 0.94). Os valores apresentados acima atenderam aos requisitos de normalidade (Teste de Durbin-Watson, p=0.49).

Conclui-se a partir disso, que para o grupo dos Alcoólicos Anônimos, os níveis de espiritualidade representados pelos escores da SSRS não dependem das covariáveis que representam os estágios motivacionais.

4.11 Comparação dos modelos de relação entre estágio motivacional e nível de espiritualidade

Tabela 22 - Comparação entre diferentes grupos de modelos que representam a relação entre os escores referentes aos níveis de espiritualidade e os estágios motivacionais - 2007.

Grupo	Modelo
CT Evangélica	$SSRS = -13.74 - 0.27\,precontemplacao + 0.44acao + 0.54manutencao$
CT Católica	Modelo não significativo
AA	Modelo não significativo
CAPS-ad	$SSRS = 0.55acao - 0.71manutencao$
CT Não-religiosa	$SSRS = 0.43\,precontemplacao + 1.04acao$

De acordo com os resultados, nota-se que espiritualidade parece exercer influência para indivíduos que se encontram principalmente no estágio de ação para os seguintes grupos: CT Evangélica, CAPS-ad e CT não-religiosa. O estágio de manutenção parece ser influenciado positivamente pelo fator espiritualidade no grupo da CT Evangélica. Ainda é possível inferir que espiritualidade sugere exercer influência no estágio de pré-contemplação, para o grupo da CT não-religiosa.

Para os grupos de AA e CT Católica, não foi possível explicar estatisticamente a relação de dependência entre a espiritualidade e os estágios motivacionais. Isso pode ser verificado quando são comparados os p-valores através do teste F (p-valor 0.94).

Realizando correlações lineares entre a média dos valores que representam os estágios motivacionais (covariáveis) e a escala SSRS, a única correlação significativa, ou seja, estatisticamente diferente de zero, é referente ao grupo da CT não-religiosa, que possui uma correlação de 0,54, e sua significância foi confirmada através do teste *t* para correlações.

5. DISCUSSÃO

5.1 Perfil sociodemográfico

Esta é a primeira vez, no Brasil, em que se avaliam os níveis de espiritualidade em uma amostra composta por usuários de álcool ou drogas vinculados a cinco diferentes serviços para reabilitação no abuso de substâncias psicoativas. Este estudo procurou investigar aspectos espirituais entre usuários de álcool ou outras drogas psicotrópicas, de maneira padronizada, para possibilitar a realização de uma comparação entre esses diferentes grupos, além de algumas questões pertinentes à vida religiosa dos mesmos. Para isso, primeiro foi realizada a validação de construto de uma escala psicométrica que também apresentou bom nível de confiabilidade e posteriormente, uma avaliação das possíveis relações entre níveis de espiritualidade e a dinâmica dos estágios de motivação entre os entrevistados.

A pesquisa teve como amostra 138(69%) usuários de álcool ou drogas que estavam internados ou buscando assistência nos serviços abertos nos dias de coleta de dados. Mais da metade estavam vinculados a uma instituição de cunho religioso.

Estudo recente da Secretaria Nacional Antidrogas, que incluiu a participação de 1256 instituições para tratamento do abuso de substâncias, identificou que 67,7% delas são não-governamentais e apenas 31% são governamentais. Neste contexto, 2,3% são CT e 3,1% se referem a grupos de mútua-ajuda. A busca por esses serviços ocorre principalmente devido a transtornos causados por uso, abuso ou dependência de álcool (84,1%), seguido por problemas dessa mesma natureza, porém relacionado com o uso de outras drogas (79,7%) (BRASIL, 2007c).

No presente estudo encontramos resultados que reproduzem o exposto acima. A maioria dos usuários procurou serviços para recuperação, em função das conseqüências do uso abusivo do álcool (47,1%) e uma parcela menor (31,9%) procurou por uso de drogas ilícitas.

Por outro lado, tempo e freqüência de uso na vida também estão diretamente relacionados com a busca por tratamento ou programas de reabilitação. A maioria dos entrevistados do presente estudo (todos homens) fez uso de substâncias psicoativas por mais de 10 anos, numa freqüência de várias vezes, todos os dias ou quase todos os dias, principalmente de álcool ou várias drogas. A propósito, dados do II Levantamento Domiciliar (2006) são alarmantes e mostram que 22,8% dos brasileiros já fizeram uso, na vida, de alguma droga, exceto tabaco e álcool. Com relação especificamente ao álcool, este estudo mostrou que o consumo do álcool é muito maior entre os homens, e a taxa de dependentes acima de 24 anos é três vezes maior entre os homens, quando comparada às mulheres. Esses resultados parecem estar relacionados com o fácil acesso a substâncias psicoativas, que também são relatados.

Em relação ao perfil sociodemográfico, identificou-se que a amostra foi composta por homens, adultos com idade média de 39 anos, que vivem sozinhos (solteiros, separados ou divorciados); são católicos e apresentam baixo nível de escolaridade. Esses dados corroboram-se aos de alguns estudos que trouxeram informações análogas sobre usuários de substâncias psicoativas, realizados em instituições especializadas em tratamento ou serviços de reabilitação (GALANTER et al., 2007; CAZENAVE; SABINO, 2005; FIGLIE, 2004; OLIVEIRA et al., 2003; DERMATIS et al., 2001).

Essa busca por tratamento na vida adulta pode ser explicada, segundo

outros trabalhos científicos, provavelmente devido ao fato de a substância psicoativa de maior consumo entre os brasileiros ser o álcool, e os sintomas ou mesmo problemas decorrentes de seu consumo abusivo surgirem tardiamente, como, por exemplo, danos ao fígado, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo e comprometimento do funcionamento cognitivo (CARLINI et al., 2006; VAISSMAN, 1997).

Segundo um estudo de *follow-up* realizado por Vaillant (2003) sobre a "história natural do alcoolismo", que compreendeu pacientes desde os 20 anos até a faixa etária dos 70 ou 80 anos, o consumo diário do álcool tendeu a diminuir com o aumento da idade. Outro achado interessante deste trabalho mostrou que dois anos de abstinência não são suficientes para assegurar remissão estável do uso abusivo ou dependência do álcool. Seriam necessários seis anos para que isso acontecesse.

Alguns outros estudos, entretanto, mostram que, para a cocaína e o *crack*, por exemplo, a busca por tratamento é predominantemente feita por jovens. A idade de início do uso é estimada entre 12 e 17 anos em trabalhos mais recentes (CARLINI et al., 2005), e entre 12 e 24 anos, em trabalhos mais antigos (NAPPO; GALDUROZ; NOTO, 1994). Os usuários desse tipo de substância psicoativa chegam a ocupar 50 a 80% do total de vagas oferecidas nos ambulatórios e serviços de internação no Brasil (DUNN et al., 1996).

5.2 A escala SSRS

A escala SSRS apresentou bom nível de confiabilidade para a amostra estudada e, individualmente, para cada serviço ou tratamento. O ideal para avaliar

confiabilidade, é que se façam diversas aplicações de um instrumento aos mesmos sujeitos, ou seja, fazer teste-reteste (MENEZES; NASCIMENTO, 2000), o que não foi possível neste estudo, em virtude da escassez de tempo hábil e dificuldade para reencontrar os mesmos indivíduos nos serviços após um certo tempo. Apesar disso, a aplicação de um teste estatístico também pode esclarecer sobre aspectos da confiabilidade de um instrumento, e foi esse o método utilizado. Para considerar um instrumento com confiabilidade ideal, ele deve apresentar um valor de aproximadamente 0.80 quando aplicado o teste de *α de Cronbach* (SIEGEL, 1975). A escala SSRS apresentou valor discretamente maior (0.83). Portanto, pode ser considerada confiável e de uso recomendado entre usuários de substâncias psicoativas.

A aplicação da escala SSRS, após sua adaptação transcultural, foi realizada em diferentes grupos que compuseram a amostra para buscar a verificação empírica de seu uso, ou seja, avaliar sua validade de construto e observar o padrão das respostas obtidas envolvendo indivíduos diferentes em locais de diferentes características (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

Apesar dos procedimentos metodológicos descritos, não se pode ignorar a existência de diversas limitações do instrumento, tais como a subjetividade do que se entende por exercer a espiritualidade, o quanto isso é estimulado em cada contexto de serviço voltado para recuperação do uso abusivo ou dependência de álcool ou drogas e o fato de a escala SSRS ter sido desenvolvida de acordo com preceitos dos grupos baseados em Doze Passos, ou seja, levando em conta o que os mesmos consideram importante para o exercício da vida espiritual. Além disso, também existem os aspectos religiosos e as experiências pessoais que não podem ser negligenciados quando trabalhado e investigado este construto. Portanto, outros

estudos devem ser feitos para avaliar a reprodutibilidade desse instrumento em outras populações.

Os autores da SSRS original, no processo de validação da mesma, encontrou como limitação das propriedades psicométricas, o fato de os seis itens que a compõem constituírem um fator estrutural unidimensional sempre que aplicada em diferentes amostras, apesar da manutenção de bons níveis de confiabilidade (GALANTER et al., 2007). Esse comportamento da escala foi reproduzido também neste estudo.

Após aplicação, os resultados mostraram que todos os grupos apresentaram médias altas de escores que retratam sobre aspectos do exercício da espiritualidade. Os grupos compostos por usuários das CT apresentaram maiores médias, seguidos, entretanto, pelos outros serviços, no caso, o AA e o CAPS-ad. Uma explicação para essa diferença (que não foi estatisticamente significativa) pode estar relacionada com o estímulo diário e incisivo ao exercício da vida espiritual nessas CT. Nelas, os indivíduos estão passando por período de internação, e o fundamento do tratamento para recuperação é de cunho espiritual em todos os âmbitos de CT incluídas neste estudo (religiosas ou não). Neste sentido, um grande número de trabalhos científicos vem apontando que o estímulo ao exercício da dimensão espiritual tem potencial para facilitar o processo de reabilitação para o abuso e dependência de álcool e outras drogas, apesar de seus mecanismos serem ainda pouco conhecidos. Isso pode estar relacionado ao novo estilo de vida em que vínculos, práticas cotidianas e até mesmo a adesão a uma determinada religião são incentivadas, visando a que os indivíduos consigam esquivar-se de situações que propiciem o uso de substâncias psicoativas (GALANTER et al., 2007; LEIGH; BOWEN; MARLATT, 2005; DALGALARRONDO; SOLDERA; CORREA-FILHO,

2004; ARNOLD et al., 2002; FORMAN; BOVASSO; WOOD, 2001). Como parecem ser evidentes os benefícios que esse tipo de intervenção pode resultar, não há motivos para não aprimorar técnicas de estimulo a fatores que estão ligados à espiritualidade do indivíduo nos contextos dos tratamentos para abuso e dependência de substâncias psicoativas, e isso pode ser melhor explorado com a produção de novos estudos numa perspectiva científica e interdisciplinar.

5.3 Os aspectos religiosos, a espiritualidade e o abuso e dependência de substâncias psicoativas

Os achados deste estudo mostraram, em todos os testes realizados entre a amostra, que espiritualidade independe de aspectos da vida religiosa dos indivíduos, seja com relação a prática e freqüência a cerimoniais religiosos pessoais ou familiares, seja em relação à doutrina religiosa de escolha, confirmando o que outros vários trabalhos científicos publicados já concluíram (CLARKE, 2006a; ELIAS, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006; COOK, 2004; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Existe ainda um outro resultado interessante deste estudo que revelou que os próprios entrevistados não consideram religiosidade sinônimo de espiritualidade, o que também corrobora diversos trabalhos científicos apresentados na literatura (CLARKE, 2006a; MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006). O fato de os usuários dos serviços para atenção ao uso de álcool e drogas fazerem distinção entre religiosidade e espiritualidade possibilita que o exercício da dimensão espiritual possa ser trabalhado em qualquer âmbito de tratamento, um aspecto bastante positivo.

A espiritualidade, como dimensão pessoal, interfere com toda a história de

vida do indivíduo, enquanto a religiosidade se refere a um possível meio para a manifestação desses aspectos espirituais (isso relacionado ou não a um tratamento para reabilitação). A propósito, um estudo realizado por Sanchez e Nappo (2007) mostraram que apesar de muitas pessoas procurarem um recurso religioso para recuperação da dependência de drogas, a busca por uma religião ocorreu em um momento posterior, em decorrência "dos sucessos observados em terceiros ou em sua própria recuperação paulatina".

Nesse sentido, espiritualidade, para os usuários de substâncias psicoativas, de acordo com as altas médias apresentadas pela escala SSRS, demonstrou estar ligada a aspectos pessoais dos entrevistados, de modo que esse fator espiritual pudesse estar ligado a uma vida mais estável e equilibrada, talvez pelo reconhecimento dos mesmos de que um sentimento pessoal possa estimular um desfecho positivo no que diz respeito à resistência às drogas, facilitando a manutenção do estado de abstinência, melhorando os relacionamentos interpessoais e ajudando a suportar outros sentimentos, como a ansiedade, por exemplo. Outros estudos, não necessariamente voltados para o problema da dependência, vêm mostrando que um número relevante de pacientes consideram suas necessidades espirituais importantes e gostariam de ter alguma atenção para essas necessidades (ARNOLD, 2002; POST; SAAD, 2001; PUCHALSKI; LARSON, 2000; PUCHALSKI; LARSON, 1998; ANDERSON; ANDERSON; FELSENTHAL, 1993).

A área de enfermagem, especialmente, tem produzido discussões sobre a abrangência da espiritualidade na assistência ao paciente, e também sobre a influência da concepção dos próprios enfermeiros sobre o cuidado espiritual (KOCISZEWSKI, 2004; MARTINS, et al, 2004; YANG; MAO, 2005; CLARKE, 2006b;

FERNANDES; MONTEIRO; ALVES, 2006).

O nível de espiritualidade também não demonstrou relação com o número de internações relacionadas com consumo de substâncias psicoativas. Apesar de a literatura que trata especificamente sobre a questão da dependência apresentar que práticas espirituais estão associadas com sobriedade, manutenção de estado de abstinência, promoção de atitudes que facilitam a abertura da pessoa para um tratamento e como recurso de força pessoal (SANCHEZ; NAPPO, 2007; POAGE; KETZENBERGER, 2004; ARNOLD et al., 2002), poucos trabalhos retratam a questão da espiritualidade pensando no número de internações, engajamento e progresso do tratamento (GALANTER et al., 2007). Outros fatores que implicam em tipo de droga consumida, motivação para o tratamento ou recaída devem estar mais ligados a esses números de internações que o fator espiritualidade (GALDURÓZ, 2001; MILLER; ROLLNICK, 2001; JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999).

5.4 Os estágios motivacionais e a espiritualidade no abuso e dependência de substâncias psicoativas

Várias outras reflexões são geradas a partir dos resultados obtidos neste estudo. Uma delas refere-se à homogeneidade entre os resultados obtidos em relação a média de pontuação entre os estágios motivacionais quando aplicada a escala URICA e também em relação ao nível de espiritualidade demonstrado pela SSRS entre indivíduos vinculados a instituições que trabalham com diferentes abordagens, sejam elas religiosas ou laicas.

A distribuição dos indivíduos entrevistados, principalmente entre os estágios motivacionais de pré-contemplação, ação e manutenção, foi identificada

neste estudo. Outros trabalhos que utilizaram a URICA como instrumento também não encontraram grandes disparidades entre as médias para esses três estágios motivacionais, o que está em consonância com o que foi proposto no Modelo Transteórico de Prochaska, no qual o indivíduo está sempre transitando pelas fases de motivação (OLIVEIRA et al., 2003; RUMPF; HAPKE; JOHN, 1998).

A partir do estudo sobre a espiritualidade como ferramenta terapêutica, as análises deste trabalho levam a refletir que para determinado estágio motivacional em que o indivíduo se enquadre, é possível pensar em determinadas estratégias para se utilizar deste recurso em cada contexto onde o usuário de álcool ou drogas está realizando seu tratamento. É importante ressaltar que estudos científicos apontam bons resultados para tratamentos baseados na motivação para mudança e na aplicação de técnicas para prevenção da recaída para usuários recebendo atenção tanto em ambiente ambulatorial, quanto de internação (GOSSOP et al., 2002; FOSTER, 2006).

No estágio de pré-contemplação, ou seja, o período de “negação”, no qual as pessoas sequer acreditam que o uso de substâncias se tornou um problema para suas vidas, a espiritualidade pode atuar como um fator de ajuda (no modelo da entrevista motivacional), na medida em que possa instigar um despertar da percepção do usuário em relação ao seu consumo abusivo de determinada substância, e encorajá-lo a realizar mudanças de comportamento em sua vida. Deste modo, o usuário transitará para outro estágio motivacional, ou seja, entrará num período de ambivalência por meio de um “algo mais”.

De acordo com os resultados, talvez para os sujeitos vinculados à CT não-religiosa algumas estratégias que exploram a questão da espiritualidade possam ser implementadas para aumentar a motivação dos indivíduos que se

encontram em pré-contemplação, já para os indivíduos pré-contempladores vinculados à CT evangélica (que apresentou uma relação negativa com espiritualidade), um outro estímulo, que não o exercício da dimensão espiritual, possa ser mais eficiente.

O objetivo da prática espiritual do indivíduo que se encontra em pré-contemplação (essa prática pode estar acontecendo, por exemplo, quando o sujeito passa a considerar para si a existência de um poder superior, e busca a partir disso, um sentido de vida que lhe seja positivo) não é a de provocar confronto, mas funcionar como uma estratégia motivacional cuidadosa, pois dessa maneira isso poderá cooperar, no sentido de que o pré-contemplador desperte para um potencial ganho ao interromper o uso de substâncias (FIGLIE, 2004; MILLER; ROLLNICK, 2001; JUNGERMAN; LARANJEIRA, 1999).

Uma outra reflexão produzida por este estudo diz respeito ao resultado que aponta para o estágio de ação como o mais influenciado por aspectos da vida espiritual tanto na CT evangélica e na CT não-religiosa, quanto no CAPS-ad.

O fato desses indivíduos se encontrarem em “ação” faz com que os mesmos pareçam estar mais propensos a incluir o exercício da espiritualidade no processo de recuperação, o que vai de acordo com o modelo teórico que explica os estágios de motivação, já que essas pessoas são aquelas comprometidas com mudanças significativas e que estão à procura de apoio para obter ganhos no processo de reabilitação.

A princípio, a conscientização sobre os prejuízos decorrentes dos problemas ocasionados pelo uso de substâncias psicoativas exige que um plano de mudança seja traçado. Neste estágio, é importante reforçar a sensação de auto-eficácia do paciente (MILLER; ROLLNICK, 2001; JUNGERMAN; LARANJEIRA,

1999), o que nos leva a questionar se espiritualidade, nesse sentido, não poderia ser parte desse plano, que está funcionando como um grande foco de atividade bem-sucedida, de sucesso? A crença de uma pessoa na sua capacidade de realizar e de ter ganhos em uma tarefa específica sempre foi um elemento-chave na motivação para a mudança. Aliás, a espiritualidade tem potencial para se comportar como fator de melhora para o dependente quando se torna essa tal "atividade bem-sucedida" e coopera com a reafirmação da decisão de abstenção das drogas, funcionando, portanto, como fonte de reforço para a auto-eficácia.

A literatura científica aponta que elementos como fé e esperança, ênfase na responsabilidade pessoal e auto-estima (consideração que a pessoa tem por si mesma) são reconhecidos como elementos importantes na mudança. Até mesmo abordagens como as do AA, que "enfatizam a falta do poder pessoal diante de um problema", também salientam que "a mudança está no poder da própria pessoa; neste caso, quando ela decide entregar o controle a um poder superior, ou seja, assumir o controle abrindo mão dele" (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Foi verificada a relação entre o estágio de manutenção e espiritualidade entre os usuários da CT Evangélica e do CAPS-ad. Levando em conta que alguns desses entrevistados já estão há algum tempo em tratamento, já era de se esperar que alguns estivessem em um estágio bem avançado de mudança, ou seja, no estágio de manutenção. Apesar disso, consolidar novos padrões de comportamento exige um determinado período (MILLER; ROLLNICK, 2001). Neste sentido, o exercício da espiritualidade pode colaborar nesse processo, quando o indivíduo encontra firmeza para evitar recaídas e volta aos padrões desejados de comportamento. Isso pode ser reforçado até por aliar questões espirituais à religiosidade.

No que se refere à espiritualidade, através do uso da escala SSRS e especificamente neste contexto, mostram resultados que indicam que os indivíduos em tratamento para abuso e dependência de substâncias psicoativas apresentam altas médias de escores que representam a importância com sua dimensão espiritual, semelhante aos achados no estudo de validação original (GALANTER et al., 2007). No entanto, torna-se de fundamental importância relatar aqui a escassez outros trabalhos reproduzindo o uso dessa escala.

Para amostra deste estudo, se considerarmos a nota de corte da SSRS=15, deduziremos que os cinco grupos estudados consideram relevantes as questões pertinentes à espiritualidade em suas vidas, fato que parece interferir nos os sistemas motivacionais para o processo de reabilitação do abuso de álcool ou drogas, o que diz respeito diretamente ao âmbito da saúde. Fica mais uma vez evidente, portanto, que é possível considerar o exercício da espiritualidade como um potencial recurso adicional aplicável às diferentes abordagens terapêuticas entre todos os grupos da amostra.

Especialmente a partir da década de 90, criou-se um consenso em torno de estudos desenvolvidos em diversos países, de que não existem dúvidas sobre a veracidade de fatores, como religiosidade e espiritualidade, estarem intimamente relacionados com saúde física e mental (MOREIRA-ALMEIDA, 2007; KOENING, 2007; DALGALARRONDO, 2007; RHI, 2001).

A literatura vem mostrando que indivíduos que dão importância à dimensão espiritual em suas vidas, seja através de vínculo religioso ou não, possuem melhor habilidade para lidar com estresse (especialmente mulheres), ansiedade, psicoses, doenças crônicas, dor, reabilitação para os casos de dependência de substâncias, além de redução do uso. O fator espiritual também tem

sido relacionado com resultados positivos na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental, cuidados paliativos, experiências de quase-morte e qualidade de vida (ARNOLD et al., 2002; KOENING, 2004; POAGE; KETZENBERGER, 2004; LEIGH; BROWEN; MARLATT, 2005; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2006; LEVENSON; ALDWIN; YANCURA, 2006; GALANTER, 2007; KOENING, 2007; LEÃO; LOTUFO NETO, 2007).

De maneira geral, espiritualidade se estabelece como um meio para que os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas se fortaleçam ou se reciclem com sucesso nas metas para cada estágio motivacional. Alguns estudos científicos vêm reforçando esse aspecto positivo de suporte e mediação de sucesso a longo prazo para esses casos (POAGE; KETZENBERGER, 2004; OAKES; ALLEN; CIARROCCHI, 2000). Não é objetivo deste trabalho, entretanto, apontar a espiritualidade como uma solução para a problemática do abuso ou dependência de álcool ou drogas, tampouco, afirmar que um tipo de aprimoramento dessa dimensão pessoal tenha potencial para substituir uma atenção específica para esses casos por si só. Inclusive, foi intuito deste estudo investigar diferentes serviços com distintas abordagens terapêuticas para atenção ao uso de substâncias psicoativas, já que alguns desses serviços trabalham com a proposta de internação com aconselhamento espiritual, tentando afastar os usuários de situações de risco para recaídas. Esperava-se que existissem diferenças entre os níveis de espiritualidade dessas pessoas, o que não foi comprovado.

Uma avaliação entre 210 residentes de CT realizada nos Estados Unidos indicou que os mesmos têm preferência por incluir orientação espiritual em seus tratamentos (GALANTER, 2007). Outro estudo com 47 usuários de drogas, apesar de utilizar um método que não permite comparação com o primeiro, também chegou

à mesma conclusão (ARNOLD et al., 2002). Existe atualmente um considerável número de trabalhos científicos que expressam grande interesse na inclusão de aspectos religiosos e espirituais como ingredientes para o tratamento do abuso e dependência de substâncias psicoativas, sendo isso não só aceito por pacientes em regime de internato, mas também por profissionais da saúde (LILLIS et al., 2008; DERMATIS et al., 2004). Forman e colaboradores (2001) investigaram entre esses profissionais que trabalhavam diretamente com tratamento para dependência de substâncias, se os mesmos consideravam positivas as abordagens inovadoras nesse contexto, e descobriu que mais de 80% apresentam um interesse crescente em abordagens como as baseadas em Doze Passos e espiritualidade.

Assim, investigar a relação entre espiritualidade e motivação tem importância, pois, levando-se em consideração a gravidade dos casos que a dependência pode acarretar, e a dificuldade de manejo, principalmente no contexto de atenção à saúde, não há motivos para excluir novos recursos que possam ser benéficos. Torna-se necessário, entretanto, que também se façam avaliações desses processos, que é sugestão para outros trabalhos científicos nacionais. Alguns trabalhos estrangeiros já têm sido desenvolvidos para facilitar esse tipo de avaliação (RUSH, 2003). Lillis e colaboradores (2008) desenvolveram recentemente uma escala psicométrica (TSRS-Treatment Spirituality Religiosity Scale) com esse objetivo.

A questão da transcendência é inerente ao sentido que os indivíduos dão às suas vidas, e pode acabar implicando em um resultado libertador quando pensamos na problemática do abuso de substâncias psicoativas e, apesar de ser muito difícil conceituá-la, empiricamente tem sido observado que ela tem poder para humanização, de forma a gerar transformação e auto-valorização. A religião pode

ser um caminho pelo qual se busca o exercício da espiritualidade, mas esta por sua vez, está mais associada a uma inspiração, uma construção pessoal de motivações humanas e de valores, do que a questões doutrinárias.

5.5 Limitações do estudo

As limitações do uso da escala SSRS já foram apontadas. Uma outra limitação do presente estudo diz respeito ao fato de não terem sido utilizados instrumentos para avaliar o nível de gravidade de dependência do uso de substâncias psicoativas entre a amostra e nem para rastrear transtornos psiquiátricos associados, o que significa que poderia haver diferenças entre os níveis de motivação dos indivíduos, de acordo com o grau de gravidade de cada caso, e possível presença de transtornos psiquiátricos associados.

Não foi possível descrever como se distribuem os níveis de motivação para recuperação pelos estágios para os grupos de AA e CT Católica, em virtude do método de análise estatística que foi necessário utilizar.

A amostra é representativa para a população dos locais investigados, não sendo possível extrapolar os resultados.

6. CONCLUSÃO

Este estudo buscou avaliar a questão da espiritualidade de uma maneira padronizada, usando para isso, a comparação de escores de uma escala psicométrica que foi adaptada, e apresentou bom nível de confiabilidade.

Não foi encontrado nesse estudo relação entre aspectos religiosos e espiritualidade, tendo sido discutido o assunto baseado em trabalhos científicos recentes da área.

Os estágios de pré-contemplação, ação e manutenção foram aqueles que puderam ser descritos em função do “fator espiritualidade”, e para cada um deles, a dimensão espiritual foi pensada no sentido de estimular o indivíduo a obter sucesso no processo de reabilitação para o abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Através disso, um terapeuta pode se apropriar desse recurso e explorar aspectos da espiritualidade para aumentar a sensação de auto-eficácia, fazendo com que isso seja útil para focalizar um resultado bem-sucedido. A propósito, não apenas no âmbito do tratamento formal em saúde, é válido trabalhar a questão espiritual, mas também em outros contextos como o familiar e o de serviços de apoio que cooperam para o processo de reabilitação do uso de álcool ou outras drogas.

Esse processo tem o objetivo de ajudar o indivíduo na adoção de novos comportamentos que deverão ser adquiridos e sedimentados no decorrer da vida. Espera-se, portanto, que ele consiga elaborar maneiras de adotar um novo estilo de vida menos vulnerável a recaídas e que isso seja construído sob uma base sólida.

Foi ainda relatado no estudo a necessidade de sucessivas avaliações desses processos que envolvem o uso de aspectos religiosos e espirituais no contexto do tratamento e motivação para o abuso e dependência de substâncias psicoativas, que é sugestão para novos trabalhos científicos.

REFERÊNCIAS

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. Alcoólicos Anônimos, 4. ed., 2001.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Alcoólicos Anônimos. Como funciona?.** Vivência - Revista Brasileira de Alcoólicos Anônimos, n. 99, fevereiro, 2006.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. Igualdade na Diversidade**.** Vivência - **Revista Brasileira de Alcoólicos Anônimos**, n. 107, maio, 2007.

ANDERSON, J.M.; ANDERSON, L.J.; FELSENTHAL, G. Pastoral needs for support within an inpatient rehabilitation unit. **Archives of Phys Medical Rehabilitation**; v.74, p.574-8, 1993.

ARAÚJO, R. B. et al. Abordagem cognitivo-comportamental dos sonhos de alcoolistas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n.3, p.387-507 Set./Dez.2003.

ARNOLD, R. M.; AVANTS, K.; MARGOLIN, A.; MARCOTTE, D. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 23, p. 319-326, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1> em: jan. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/area.cfm?id_area=853>. Acesso em: abr. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área de Saúde Mental. Levantamento das Comunidades Terapêuticas. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas. LEITE, M. C.: **Aspectos Básicos da síndrome de dependência de substâncias psicoativas.** 3 ed. Brasília-DF, 2002a. (Série Diálogo).

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas . Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002b.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Homogeneização de conhecimentos para conselheiros estaduais antidrogas:** compartilhando procedimentos e práticas comuns. Brasília-DF, 2002c.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil**: Relatório. Coordenação geral Denise Bontempo Birche de Carvalho – Universidade de Brasília. Supervisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Brasília-DF, 2007c.

Carlini E. A., et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001-- São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A., et al. **II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil: 2005 –São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CHRISTO, G.; FRANEY, C. Drug user's spiritual beliefs, locus of control and the disease concept in relation to Narcotics Anonymous attendance and six-month outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, v.38, p. 51-56, 1995.

CLARKE, J. A discussion paper about "meaning" in the nursing literature on spirituality: an interpretation of meaning as "ultimate concern" using the work of Paul Tilich. **International Journal of Nursing Studies**, v.43, p.915-921, 2006a.

CLARKE, J. Religion and spirituality: a discussion paper about negativity, reductionism and differentiation in nursing texts. **International Journal of Nursing Studies**, v.43, p. 775-785, 2006b.

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

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v. 34, suplemento 1, 25-33, 2007.

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

DERMATIS, H.; SALKE, M.; GALANTER, M.; BUNT, G. The role social cohesion among residents in a therapeutic community. **Journal of Abuse Treatment**, v. 21, p.105-110, 2001.

DUNN J, LARANJEIRA R, SILVEIRA DX, FORMIGONI MLOS, FERRI CP. *Crack* cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance Use Misuse,** v.31, n.4, p.519-27, 1996.

EDWARDS, G.; DARE, C. **Psicoterapia e tratamento das Adições**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S.; PIMENTA, G.A.M. A dimensão espiritual do ser humano em uma perspectiva acadêmica. **Revista Técnica IPEP,** v.6, n.1**,** p.29-46, 2006.

FERNANDES, C; MONTEIRO, C; ALVES J. Espiritualidade no cuidar. **Informar: revista de formação contínua em enfermagem**. Ano XII, n.36. janeiro/junho 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2000.

FIGLIE, N. B. ; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Estrutura Fatorial da Stage Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.26, n.2, 2004.

FIGLIE, N.B. **Motivação para o abandono do alcoolismo**. 2004. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

FOSTER, E. The spiritual encounter within a complementary therapy treatment. Complementary Therapies in Clinical Practice, v.12, p. 163-169, 2006.

JORGE, M. A. S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P; REIS, V. L. M. VENÂNCIO, Joaquim (org). **Textos de apoio em políticas de Saúde**. Escola Politécnica De Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FORMAN, R. F.; BOVASSO, G.; WOODY, G. Staff beliefs about addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.21, p. 1-9, 2001.

GALANTER, M. Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. **Journal of Substance Abuse Treatment,** v.33, p. 265-272, 2007.

GALANTER, M.; DERMATIS, H.; BUNT, G.; WILLIANS, C.; TRUJILLO, M.; STEINKE, P. Assesment of spirituality and its relevance to addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.33, n. 257-264, 2007.

GALANTER, M.; KLEBER, H.D. Evaluación del Paciente. In: **Tratamiento de los transtornos por abuso de substancias de la American Psychiatric Press**. Barcelona: Masson, 1997.

GALDURÓZ, J.C.F. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. **Revista IMESC**, n.3, p.37-42, 2001.

GOSSOP, M.; MARSDEN. J.; STEWART, D.; KIDD, T. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). **Drug and Alcohol Dependence**, v.66, n.1, p.21-8, mar.2002.

IBGE **– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Anuário Estatístico do Brasil.** Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**,** www.ibge.org, 2002.

JOSEPH, J.; BRESLIN, C.; SKINNER, H. Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In: Tucker J.; Donavan D.; Marlatt A. **Changing Addictive Behavior**. New York: Guilford, p. 60-80, 1999.

JUNGERMAN, F.S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas **e** práticas. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 48, n. 5, p.197-207, 1999.

KOCISZEWSKI, C. Spiritual Care: a phenoenologic study of critical care nurses. **Heart and Lung,** v.33, n.6, p.401-411, 2004.

KOENING, H. G. Religião, Espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, supl. 1, prefácio, 2007.

KOENING, H. G. Spirituality, wellness and quality of life. **Sexuality, Reproduction & Menopause**, v.2, n.2, p. 76-82, jun. 2004.

KOENING, H. G.; McCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**: a century of research reviewed. New York: Oxford University Press, 2001.

LEÃO, F. L.; LOTUFO NETO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, p.54-59, supl. 1, 2007.

LEIGH, J.; BROWEN, S.; MARLATT, A. Spirituality, Mindfulness and Substance abuse. **Addictive Behaivors**, v.30, p.1335-1341, 2005.

LEVENSON, M.R.; ALDWIN, C.M.; YANCURA, L. Positive Emotional Change: Medianting Effects of Forgiveness and Spiriality. **Explore,** v.2, n.6, p.??, nov/dez, 2006.

LILLIS, J.; GIFFORD, E.; HUMPHREYS, K.; MOSS, R. Assessing spirituality/religiosity in treatment environment: the treatment spirituality/religiosity scale. **Journal of Substance Abuse Treatment**. Article in press received 18 October 2007, accepted February 2008.

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

MARTINS, C; VEIGA C; QUELHAS I; BARCELOS O; AZEVEDO P. Cuidar holístico: dimensão espiritual. **Informar: revista de formação contínua em Enfermagem**, n.32, p.10-12, Ano X. janeiro/junho 2004.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do uso do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.26, suplemento 1, p.7-10, 2004.

MENEZES; NASCIMENTO. Validade e Confiabilidade das Escalas de Avaliação em Psiquiatria. In: GORENSTEIN, Clarice (ed.); ANDRADE, Laura H. S. G. (ed.); ZUARDI, Antonio Waldo (ed.). **Escalas em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

MILLER, W R.; ROLLNICK, S; tradução Andrea Caleffi e Cláudia Donelles. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

MINGOTI, S. A. **Analise de dados através de métodos de estatística multivariada – uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte:Editora UFMG, 2007.

MONTEIRO, M. G. **Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción**. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Washington, D. C, pag 3-21, 2007

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. Editorial da Revista de Psiquiatria Clínica, 2007 v. 34, suplemento 1, 2007.

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

MORETTIN, P.A.; BUSSAB, W.O. **Estatística básica**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MURRAY, R.; SPIEGEL, A. **Estatística**. Coleção Schaum. 3 ed. São Paulo: Afiliada, 1993.

MURRAY, T. S.; MALCARNE, V. L.; GOGGIN, K. Alcohol-related God / higher power control beliefs, locus of control and recovery within the Alcoholics Anonymous paradigm. **Alcoholism Treatment Quartely**, p. 21, 23-39, 2003.

NAPPO AS, GALDURÓZ JC, NOTO AR. Uso do crack em São Paulo: fenômeno emergente? **Revista ABP-APAL,** v.16, n.2, p75-83, 1994.

OAKES, K. E.; ALLEN, J. P.; CIARROCCHI, J.W. Spirituality, religious problem-solving, and sobriety in Alcoholics Anonymous. **Alcoholism Treatment Quarterly,** v.18, p.37-50, 2000.

OLIVEIRA, M. S.; LARANJEIRA, R.; ARAÚJO, R. B.; CAMILO, R. L.; SCHNEIDER, D. D. G. Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.2, p.265-270, 2003.

PARDINI, D. A.; PLANTE, T. G.; SHERMAN, A.; STUMP, J. E. Religious faith and spitituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment**, p. 347-354, 2000.

POAGE, E. D.; KETZENBERGER, K. E.; OLSON, J. Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. **Addictive Behaviors**, v.29, p.1857-1862, 2004.

POST SG, PUCHASLKI CM, LARSON DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and rthics. **Annals of Internal Medicine**, v.132, p.578-83, 2000.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheorical therapy: Towards a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Pratice**, v.19, p. 276-288, 1989.

PROCHASKA, J.; VELICER, W. F. The transtheorical model of health **behavior** change**. American Journal Health Promotion,** n.12, p.38-47, 1997.

PUCHASLKI CM, LARSON DB. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad Med**, v.73, p.970-4, 1998.

RHI, BY. Culture, Spirituality, and Mental Health: the forgotten Aspects of Religion and Health. **Psychiatric Clinics of North America**, v.24, n.3, p. 569-579, 2001.

RUMPF, H; HAPKE, U; JOHN, U. Previous help seeking and motivation to change drinking behavior in alcohol-dependent general hospital patients. General Hospital Psychiatry, v.20, p.115-119, 1998.

RUSH, B. The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.25, n.3, p.393-411, 2003.

SAAD, M; MASIERO, D; BATTISTELLA, LR. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta fisiátrica,** v.8, n.3, p.107-112, 2001.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia (Campinas),** v.22, n.2, p.167-174, 2005.

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

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**: para ciências do comportamento. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1975.

SILVA, J. A.; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.53, n.4, p.243-252, 2004.

VAILLANT, E. G. A 60-year follow up of alcoholic men. **Addiction**, v. 98, n.8, p.1043-1051, 2003.

VAISSMAN, M. Correlação entre os critérios diagnósticos para abuso e síndrome de dependência do álcool (SDA) para Edwards, CID 10 e o DSM-IV: implicações na clínica e na pesquisa epidemiológica, **Revista Brasileira de Neurologia**, v.33, n.2, p.127-130, 1997.

WAKEFIELD, G. S.; SHELDRAK, P. **The SCM Dictionary of Christian Spirituality**. SCM-Canterbury Press, 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evaluation of Substances Abuse Treatment.** Workbook Series: Geneva, 2000.

YANG, K; MAO X. A study of nurses's spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies.** v.44, n.6, p.999-1010, 2007.

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo 1A – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (não-pacientes)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE –ESCLARECIDO

Eu, Angélica Martins de Souza Gonçalves, aluna da Pós-Graduação pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, venho convidá-lo a participar de um estudo que tem como objetivo conhecer melhor como as questões espirituais podem ajudar no tratamento de dependência de drogas.

Este estudo será realizado através do preenchimento de um questionário que tem 6 folhas, mas contém perguntas simples.Ele será respondido em caráter voluntário, sem a identificação dos participantes, estando garantido anonimato. Esta etapa refere-se a um teste de entendimento do instrumento que será aplicado posteriormente a pacientes.

Sua colaboração é de extrema importância para o desenvolvimento desta pesquisa para ajudar na melhora da assistência aos pacientes com problemas de uso de álcool e/ou drogas. Portanto, se você concordar em participar, por favor, leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir. É garantido ao participante da pesquisa uma cópia assinada deste termo, por isso ele está sendo entregue em duas vias. A outra cópia ficará em poder do pesquisador.

Pelo presente consentimento declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado :

1. *Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação;*
2. *Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;*
3. *Do direito de não ser identificado e ter a minha privacidade preservada;*
4. *O direito de estar seguro diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias;*

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e concordo em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que subscreve este termo de consentimento.

Ribeirão Preto, _____de_____de 2007.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Contato do pesquisador: Angélica Martins. *Av. bandeirantes 1900, Monte Alegre, Campus da USP, Ribeirão Preto/SP. E-mail: angelica_enf@yahoo.com.br, fone: (16)3602-3425.*

Anexo 1B – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (pacientes)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE –ESCLARECIDO

Eu, Angélica Martins de Souza Gonçalves, aluna da Pós-Graduação pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, venho convidá-lo a participar de um estudo que tem como objetivo conhecer melhor como as questões espirituais podem ajudar no tratamento de dependência de drogas.

Este estudo será realizado através do preenchimento de um questionário que tem 6 folhas, mas contém perguntas simples.Ele será respondido na própria instituição em caráter voluntário, sem a identificação dos participantes, estando garantido anonimato.

Sua colaboração é de extrema importância para o desenvolvimento desta pesquisa para ajudar na melhora da assistência aos pacientes com problemas de uso de álcool e/ou drogas. Portanto, se você concordar em participar, por favor, leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir. É garantido ao participante da pesquisa uma cópia assinada deste termo, por isso ele está sendo entregue em duas vias. A outra cópia ficará em poder do pesquisador.

Pelo presente consentimento declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado :

5. *Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação;*
6. *Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;*
7. *Do direito de não ser identificado e ter a minha privacidade preservada;*
8. *O direito de estar seguro diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias;*

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e concordo em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que subscreve este termo de consentimento.

Ribeirão Preto, _____de_____de 2007.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Contato do pesquisador: Angélica Martins. *Av. bandeirantes 1900, Monte Alegre, Campus da USP, Ribeirão Preto/SP. E-mail: angelica_enf@yahoo.com.br, fone: (16)3602-3425.*

Anexo 1C – Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (comitê de peritos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE –ESCLARECIDO

Eu, Angélica Martins de Souza Gonçalves, aluna da Pós-Graduação pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, venho convidá-lo a participar de um estudo que tem como objetivo conhecer melhor como as questões espirituais podem ajudar no tratamento de dependência de drogas.

Esta etapa do estudo terá objetivo de realizar a tradução e adaptação do instrumento (SSRS) que estamos avaliando para posterior validação no Brasil.

Sua colaboração é de extrema importância para o desenvolvimento desta pesquisa e para ajudar na melhora da assistência aos pacientes com problemas de uso de álcool e/ou drogas. Portanto, se você concordar em participar, por favor, leia e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir. É garantido ao participante da pesquisa uma cópia assinada deste termo, por isso ele está sendo entregue em duas vias. A outra cópia ficará em poder do pesquisador.

Pelo presente consentimento declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado :

9. *Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação;*
10. *Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;*
11. *Do direito de não ser identificado e ter a minha privacidade preservada;*
12. *O direito de estar seguro diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias;*

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e concordo em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que subscreve este termo de consentimento.

Ribeirão Preto, _____de_____de 2007.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Contato do pesquisador: Angélica Martins. *Av. bandeirantes 1900, Monte Alegre, Campus da USP, Ribeirão Preto/SP. E-mail: angelica_enf@yahoo.com.br, fone: (16)3602-3425.*

ANEXO 2 – Instrumento

Anexo 2A - Informações Sócio-Demográficas e sobre padrão de uso de substâncias psicoativas e tratamento

Data:____/____/____ Entrevistador/local:_____ Código:_____

1. Sexo:

(1)Masculino

(2)Feminino

2. Idade:

_____anos

3. Estado Civil:

(1) Solteiro

(2) Casado ou amasiado

(3) Divorciado, separado ou viúvo

4. Escolaridade:

(1) Primeiro grau incompleto ou completo

(2) Segundo grau incompleto ou completo

(3) Superior incompleto ou completo

5. Ocupação:

(1) Nenhuma

(2) Estudante

(3) Cargos operacionais (funcionário. Ex.: mecânico, padeiro, pedreiro, pintor, etc)

(4) Cargos administrativos (funcionário)

(5) Cargos de chefia (funcionário)

(6) Dono do próprio negócio

(7) Aposentado

(8) Outros (bicos):_____

6. Trabalhou no último ano:

(1) Tempo integral

(2) Tempo parcial

(3) Não trabalhou

7. Faz algum tipo de tratamento de saúde?

(1) Não

(2) Sim. Qual?_____

8. Religião:

(1) Católico

(2)Evangélico

(3) Espírita

(4) Umbandista

(5) Ateu

(6) Não tem, mas acredita em Deus

(7) Outra. Qual?_____

9. É praticante de sua religião?

(1) Sim

(2) Não

(3) Não se aplica

10. Com que freqüência participa de reuniões religiosas?(cultos, missas, centros)

(1) Todos ou quase todos os dias

(2) Somente aos finais de semana

(3) raramente

(4) Não se aplica

11. Sua família é praticante de alguma religião? (pai, mãe, irmãos ou avós)

(1) Sim

(2) Não

12. Na sua opinião espiritualidade tem o mesmo significado que religiosidade ou religião?

(1) Sim

(2) Não

13. Há quanto tempo você faz tratamento para dependência de álcool e/ou drogas?

_____dias ou _____semanas ou _____meses ou _____anos

14. Quantas vezes você foi internado pelos problemas com álcool ou drogas?

(1) 1 vez

(2) 2 a 5 vezes

(3) 6 a 10 vezes

(4) mais de 11 vezes

15. Quais drogas você faz (ou fazia) uso:

(1) álcool

(2) maconha

(3) cocaína

(4) crack

(5) outra

(6) várias. Quais? _____

16. Quando usou pela última vez?

(1) há menos de 1 mês

(2) por volta de 1 a 3 meses

(3) por volta de 4 a 11 meses

(4) por volta de 1 a 5 anos

(5) por volta de 6 a 10 anos

(6) há mais de 10 anos

17. Da ÚLTIMA VEZ que você usou uma substância, você consumiu álcool? Quanto (aproximadamente)?

(1) Não usei álcool

(2) Sim - 1 a 3 doses

(3) Sim - 4 a 5 doses

(4) Sim – 6 doses ou mais

Obs.: Tem 1 dose em:

- 1 lata de cerveja (uma garrafa de cerveja corresponde a 2 doses)

- Aproximadamente 2 a 3 dedos de bebidas como pinga, conhaque

- 140ml de vinho

18. Da ÚLTIMA VEZ que você usou uma substância, você usou maconha? Quanto (aproximadamente)?

(1) Não usei maconha

(2) Sim - 1 baseado

(3) Sim – 2 baseados

(4) Sim – 3 a 4 baseados

(5) Sim – mais de 5 baseados

19. Da ÚLTIMA VEZ que você usou uma substância, você usou crack ou cocaína? Quanto (aproximadamente)?

(1) Não usei

(2) Sim - 1 a 3 gramas

(3) Sim – 4 a 6 gramas

(4) Sim – mais de 7 gramas

Obs.: Considere que uma pedra de tamanho médio de crack, tem 2 gramas de cocaína.

20. Com que freqüência você usa (ou usava)?

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes por mês

(3) De 2 a 3 vezes por semana

(4) Várias vezes todos ou quase todos os dias

21. Por quanto tempo usa (ou usou) dessa maneira?

(1) 1 mês

(2) 1 a 6 meses

(3) 1 ano

(4) 2 a 5 anos

(5) 6 a 10 anos

(4) mais de 10 anos

22. Com quantos anos você usou pela primeira vez?_____

Responda agora pensando somente no consumo de **ÁLCOOL ao longo dos últimos 12 meses**

23. Com que freqüência você consome bebidas alcoólicas?

(0) Nunca

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes por mês

(3) De 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

24. Quantas doses de álcool você consome tipicamente ao beber?

(0) 0 ou 1

(1) 2 ou 3

(2) 4 ou 5

(3) 6 ou 7

(4) 8 ou mais

25. Com que freqüência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

Anexo 2B - Escala URICA – Motivação

Cada frase das próximas questões compõem uma escala que descreve os sentimentos de uma pessoa quando ela começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Indique, por gentileza, o quanto você concorda ou discorda de cada frase. A escolha deverá se **basear no que você está sentindo agora** e não no que você sentiu no passado ou gostaria de sentir. Para todas as frases que se referem ao seu problema, pense no seu consumo de drogas ou de álcool. "Aqui", refere-se a este local ou programa de tratamento. Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião.

Escala URICA	**Discordo muito**	**Discordo**	**Indeciso**	**Concordo**	**Concordo muito**
1.No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2.Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Vale a pena trabalhar meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para eu estar aqui.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? ( ) Não,Coloque e responda "discordo muito",Vá para Q 7 ( )Sim - Por isso estou aqui, para buscar ajuda.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Você tem tido sucesso em resolver seu problema? ( ) Não, assinale "Discordo muito", Vá para a Q.10. ( ) Sim,Mas não tenho certeza que eu possa manter este esforço sozinho.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. As vezes meu problema é difícil, mas estou tentando solucioná-lo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Escala URICA	**Discordo muito**	**Discordo**	**Indeciso**	**Concordo**	**Concordo muito**
12.Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13.Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14 .Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16.Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? ( )Não, Coloque a resposta "discordo muito" Vá para a Q.17. ( )Sim, Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17.Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18.Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19.Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20. Você começou a tentar resolver seu problema? ( ) Não, Coloque a resposta "discordo muito"Vá para a Q.21. ( ) Sim - Mas gostaria de receber ajuda.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21.Talvez este lugar possa me ajudar	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22. Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? ( ) Não,Coloque a resposta "Discordo muito", vá para a Q23. ( )Sim,Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23.É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu seja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24.Eu espero que alguém aqui possa me dar orientações.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25. Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Escala URICA	**Discordo muito**	**Discordo**	**Indeciso**	**Concordo**	**Concordo muito**
26. Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27. Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28. É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29. Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30. Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31. Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32. Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, ele volta a me perseguir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 2C - Escala SSRS – Espiritualidade

Indique o número que melhor indica o quanto você concorda com cada afirmação, escolhendo:

1= “concordo muito”
2= “concordo”
3= “concordo parcialmente”
4= “discordo”
5= “discordo totalmente”

	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
1. É importante para mim passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Me esforço muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. As orações ou pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. A espiritualidade ajuda manter minha vida estável e equilibrada da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

ANEXO 3 – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 159/2007

Ribeirão Preto, 06 de julho de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de julho de 2007.

Protocolo: nº 0804/2007

Projeto: ESTUDO DOS NÍVEIS MOTIVACIONAIS EM RELAÇÃO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A ESPIRITUALIDADE.

Pesquisadores: Sandra Cristina Pillon
Angélica Martins de Souza Gonçalves

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Sandra Cristina Pillon
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 4 –AUTORIZAÇÃO PARA USO DA ESCALA SSRS

Sandra Cristina Pillon

De: "Marc Galanter, MD" <marcgalanter@nyu.edu>
Para: "Sandra Cristina Pillon" <pillon@eerp.usp.br>
Enviada em: sexta-feira, 1 de dezembro de 2006 16:03
Anexar: Assessment of spirituality.pdf
Assunto: Re: spirituality scale

Sandra:

A copy of our article (in press in the Journal of Substance Abuse Treatment) is attached. The scale and instructions are included. Please let me know how things go with this.

Marc

Marc Galanter, M.D.
Professor of Psychiatry, and Director
Division of Alcoholism and Drug Abuse
NYU School of Medicine
550 First Avenue, Room NBV20N28
New York, NY 10016
Phone: 212-263-6960; Fax: 212-263-8285

----- Original Message -----
From: Sandra Cristina Pillon <pillon@eerp.usp.br>
Date: Thursday, November 23, 2006 10:29 am
Subject: spirituality scale

> MessageDear Professor Dr Galanter,
>
>
>
> i am professor at University of Sao Paulo (Faculty Nursing of
> Ribeirão Preto) and i have developed research in alcohol and drugs
> abuse and we talked (in ISAM meeting -Porto) about possibilities to
> use of your spirituality scale. Now i have back to Brazil and I
> would like your permission to use it and also, you give supervision
> to us (I and my student of Master Degree) here in a brasilian
> sample,
>
> we can use this scale in patients in Outpatients Programs (no
> religion influence) and other group Community Programs (with
> religion influence). What do you think, or you could give us
> suggestions to planning the methodology,
>
>
>
>
>
> best regards,
>

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITE A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves, Angélica M. S.
Estudo dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade. Ribeirão Preto, 2008.
113p. . il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Pillon, Sandra Cristina

1. Espiritualidade 2. Dependência a substâncias 2. Abuso de substâncias psicoativas. 3. Motivação. I. Título. II. Autor.