UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANGELICA MARTINS DE SOUZA GONÇALVES

Atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao usuário de
substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais
do cuidado

RIBEIRÃO PRETO

2013

ANGELICA MARTINS DE SOUZA GONÇALVES

Atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Uso e abuso de Álcool e
Drogas

Orientador: Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Angelica Martins de Souza Gonçalves

Título: Atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós Graduação 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

Mais uma vez, à Zélia, minha mãe, como gratidão pelo imenso amor, dedicação, apoio e exemplo de vida.

Aos meus irmãos, Izabel e Rafael, que, mesmo distantes fisicamente, sempre estiveram próximos afetivamente.

Ao meu amado noivo, Flávio, pela paciência e fôlego para superar a distância e as diferenças.

Ao Sr. Teixeira, que sempre torceu pelas minhas conquistas e delas se orgulhou.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sentir escolhida e por minha vida feliz.

À Dra. Sandra Pillon, pela leveza na condução das orientações, pela parceria e amizade durante a nossa trajetória juntas.

Ao Dr. Erikson Felipe Furtado, pelas oportunidades que me viabilizou e pelas valiosas contribuições profissionais e acadêmicas.

A todos os estudantes e instituições que colaboraram para realização deste estudo, especialmente às alunas do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Daniele, Wilmara e Jéssica, e aos amigos Michele Nachtigall Barboza e Allan Patrick Leite.

Aos colegas da Universidade Federal de Mato Grosso, especialmente às professoras Rosaline Lunardi e Izabella Rocha.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica, por mais esta oportunidade.

“Ebenézer”- “Até aqui nos ajudou o Senhor”
I Samuel 7:12

RESUMO

GONÇALVES, Angelica Martins de Souza. **Atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado**. 2013. 182f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O estudo teve como objetivo identificar as possíveis relações entre atitudes e percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas, antes e após uma intervenção educativa. Foram objetivos específicos realizar a adaptação transcultural e a avaliação do desempenho psicométrico das versões brasileiras dos instrumentos Treatment Spirituality/Religiosity Scale (TSRS-br) e Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ-br). Trata-se de um estudo analítico, longitudinal e prospectivo, com uma etapa de avaliação psicométrica. A amostra foi constituída por estudantes de Enfermagem de nível técnico e superior, vinculados a instituições públicas e privadas do município de Barra do Garças/MT. Na etapa de intervenção educativa, foram incluídos 62 estudantes de nível superior e, na de estudo psicométrico, participaram também estudantes de nível técnico. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, totalizou-se 246 indivíduos para avaliação do DDPPQ-br e 188 no estudo da TSRS-br. O questionário de pesquisa foi aplicado antes e após um mês de uma intervenção que consistiu de um curso sobre assistência para usuários de substâncias psicoativas, contendo questões sobre informações gerais; conhecimentos em assistência de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas; escala de percepção sobre ênfase no cuidado religioso e espiritual nos serviços (TSRS-br) e duas escalas de atitudes, sendo a DDPPQ-br e a SAAPPQ (*Short Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire*). A idade média dos entrevistados foi de 23 anos ($Dp \pm 4,83$). Os resultados evidenciaram aumento dos conhecimentos e melhora significativa das atitudes dos estudantes após a intervenção educativa, mas o mesmo não foi encontrado em relação às suas percepções a respeito da ênfase no cuidado religioso e espiritual nos atendimentos que envolvem a temática do uso de álcool e drogas prestados nos serviços. Também não se observaram relações entre essas variáveis. Em relação às propriedades psicométricas do DDPPQ-br, uma Análise de Componentes Principais confirmou a validação de construto do referido instrumento com 16 itens, divididos em cinco fatores. A consistência interna global encontrada foi de $Alfa=0,85$. O TSRS-br, tal como o instrumento original, manteve-se com 10 itens, divididos em dois fatores. A confiabilidade por teste-reteste apresentou $kappa$ variando de $\kappa=0,22$ a $0,47$ e consistência interna global de $Alfa=0,85$. Conclui-se que o meio acadêmico deve continuar investindo na ampliação da discussão sobre o uso e abuso de substâncias e suas interfaces com a implementação do cuidado religioso e espiritual, o qual pode ser desenvolvido por meio de uma relação de ajuda, além de aprimorar formas de se examinar a efetividade de intervenções educacionais para o trabalho nesta área. Os instrumentos utilizados no presente estudo com tal finalidade mostraram medidas satisfatórias de confiabilidade e de validade de construto.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Espiritualidade. Abuso de substâncias. Estudos de Intervenção. Psicometria.

ABSTRACT

GONÇALVES, Angelica Martins de Souza. **Attitudes of Nursing students towards the use of psychoactive substances and the emphasis on the religious and spiritual aspects of care.** 2013. 182p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

The aim in this study was to identify the possible relations between attitudes and perceptions of Nursing students about religious and spiritual care offered at health services for users of alcohol and/or drugs, before and after an educative intervention. Specific aims were to develop the cross-cultural adaptation and assess the psychometric performance of the Brazilian values of the Treatment Spirituality/Religiosity Scale (TSRS-br) and Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ-br). An analytic, longitudinal and prospective study was undertaken with a psychometric assessment phase. The sample consisted of technical and higher-education Nursing students, affiliated with public and private institutions in Barra do Garças/MT, Brazil. In the educative intervention phase, 62 higher-education students were included and, in the psychometric study, technical students participated as well. In compliance with the inclusion and exclusion criteria, 246 individuals took part in the evaluation of the DDPPQ-br and 188 in the TSRS-br study. The research questionnaire was applied before and one month after an intervention, which involved questions on general information; knowledge in Nursing care delivery to alcohol and other drugs users; scale of perception about the emphasis on religious and spiritual care in health services (TSRS-br) and two attitude scales, the DDPPQ-br and the SAAPPQ (Short Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire). The interviewees' mean age was 23 years ($Sd \pm 4.83$). The results evidenced increased knowledge and a significant improvement in students' attitudes after the educative intervention, but the same was not found with regard to their perception concerning the emphasis put on religious and spiritual care during care delivery involving alcohol and drugs use at the services. No relations among these variables were observed either. As regards the psychometric properties of the DDPPQ-br, a Main Components Analysis confirmed the construct validity of the 16-item instrument, divided in five factors. The global internal consistency found corresponded to $\text{Alpha} = 0.85$. Like the original instrument, the TSRS-br continued with ten items, divided in two factors. The kappa coefficient to evaluate test-retest reliability varied between $\kappa = 0.22$ and 0.47 , while the global internal consistency coefficient equaled $\text{Alpha} = 0.85$. In conclusion, the academic world should continue investing in a broader discussion about substance use and abuse and its interfaces with the implementation of religious and spiritual care, which can be developed through a help relation, besides improving forms of examining the effectiveness of educational interventions to work in this area. The instruments used in this study for that purposed showed satisfactory reliability and construct validity coefficients.

Key words: Knowledge, Health Attitudes and Practice. Spirituality. Substance abuse. Intervention studies. Psychometrics.

RESUMEN

GONÇALVES, Angelica Martins de Souza. **Actitudes de los estudiantes de Enfermería ante el usuario de sustancias psicoactivas y la énfasis en los aspectos religiosos y espirituales del cuidado.** 2013. 182h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

La finalidad del estudio fue identificar las posibles relaciones entre actitudes y percepciones de estudiantes de Enfermería sobre el cuidado religioso y espiritual ofrecido en los servicios de salud a los usuarios de alcohol y/o drogas, antes y después de una intervención educativa. Fueron finalidades específicas efectuar la adaptación transcultural y la evaluación del desempeño psicométrico de las versiones brasileñas de los instrumentos Treatment Spirituality/Religiosity Scale (TSRS-br) y Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ-br). Se trata de un estudio analítico, longitudinal y prospectivo, con una etapa de evaluación psicométrica. La muestra abarcó a estudiantes de Enfermería de nivel técnico y superior, vinculados a instituciones públicas y privadas de la ciudad de Barra do Garças/MT, Brasil. En la etapa de intervención educativa, fueron incluidos 62 estudiantes de nivel superior y, en aquella del estudio psicométrico, también participaron estudiantes de nivel técnico. Cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, la muestra total para evaluación del DDPPQ-br fue de 246 individuos, contra 188 en el estudio de la TSRS-br. El cuestionario de investigación fue aplicado antes y un mes después de una intervención que abarcó un curso sobre atención para usuarios de sustancias psicoactivas, con preguntas sobre informaciones generales: conocimientos en atención de Enfermería al usuario de alcohol y otras drogas; escala de percepción sobre énfasis en el cuidado religioso y espiritual en los servicios (TSRS-br) y dos escalas de actitudes, siendo la DDPPQ-br y la SAAPPQ (*Short Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire*). La edad promedia de los entrevistados fue de 23 años ($De \pm 4,83$). Los resultados evidenciaron aumento de los conocimientos y mejora significativa de las actitudes de los estudiantes tras la intervención educativa, aunque el mismo no fue encontrado respecto a sus percepciones respecto a la énfasis en el cuidado religioso y espiritual durante la atención involucrando la temática del uso de alcohol y drogas prestados en los servicios. Tampoco se observaron relaciones entre esas variables. Respecto a las propiedades psicométricas de la DDPPQ-br, un análisis de Componentes Principales confirmó la validez de constructo del referido instrumento con 16 ítem, divididos en cinco factores. La consistencia interna global encontrada fue de $\text{Alfa}=0,85$. El TSRS-br, tal como el instrumento original, se mantuvo con 10 ítem, divididos en dos factores. La confiabilidad por teste-retest mostró kappa variando de $\kappa=0,22$ a $0,47$ y consistencia interna global de $\text{Alfa}=0,85$. Se concluye que el medio académico debe seguir invirtiendo en la ampliación de la discusión sobre el uso y abuso de sustancias y sus interfaces con la implementación del cuidado religioso y espiritual, que puede ser desarrollado mediante una relación de ayuda, además de perfeccionar formas de examinar la efectividad de intervenciones educativas para el trabajo en esta área. Los instrumentos utilizados en el presente estudio con tal finalidad mostraron medidas satisfactorias de confiabilidad y de validez de constructo.

Palabras-clave: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Espiritualidad. Abuso de sustancias. Estudios de Intervención. Psicometría.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de coleta de dados.	56
Figura 2 – Box-Plot com descrição do valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil, valor máximo e valores extremos dos escores que representam as atitudes em relação ao trabalho com usuários de drogas (DDPPQ) antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (n=62). Barra do Garças/MT, 2012	77
Figura 3 – Box-Plot com descrição do valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil e valor máximo dos escores que representam as atitudes em relação ao trabalho com usuários de álcool (SAAPPQ) antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (n=62). Barra do Garças/MT, 2012	80
Figura 4 – Box-Plot com descrição do valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil e valor máximo dos escores que representam as percepções em relação ao cuidado religioso e espiritual oferecido aos usuários de substâncias psicoativas (TSRS) antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (n=62). Barra do Garças/MT, 2012	83
Figura 5 – Dispersão dos escores das escalas TSRS e DDPPQ, avaliados antes da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	84
Figura 6 – Dispersão dos escores das escalas TSRS e DDPPQ, avaliados após a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	85
Figura 7 – Dispersão dos escores das escalas TSRS e SAAPPQ antes da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	86
Figura 8 – Dispersão dos escores das escalas TSRS e SAAPPQ após a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição em número e porcentagem do ano, população, amostra e tipo de IE, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	69
Tabela 2 – Distribuição em número e porcentagem das informações sociodemográficas, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	70
Tabela 3 – Distribuição em número e porcentagem do padrão de consumo de álcool nos últimos doze meses (AUDIT-C), segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.	71
Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem da classificação de risco associado ao consumo de álcool nos últimos doze meses (AUDIT-C), segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	71
Tabela 5 – Distribuição em número e porcentagem dos sintomas depressivos (Escala PHQ-2), avaliados nas últimas duas semanas, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	72
Tabela 6 – Distribuição em número e porcentagem da classificação da Escala PHQ-2, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	72
Tabela 7 – Distribuição em número e porcentagem das opiniões sobre a assistência a usuários de substâncias psicoativas antes da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	73
Tabela 8 – Distribuição das respostas em número e porcentagem de conhecimentos teóricos sobre aspectos epidemiológicos e sociais relacionados aos usuários de álcool e drogas, segundo estudantes de Enfermagem antes e após a intervenção educativa (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	73
Tabela 9 – Distribuição em número e porcentagem sobre conhecimento teórico e prático a respeito da atuação profissional do enfermeiro junto aos usuários de álcool e drogas, segundo estudantes de Enfermagem, antes e após a intervenção educativa (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	74
Tabela 10 – Distribuição em número e porcentagem sobre conhecimento teórico e prático a respeito de formas de aspectos do atendimento aos usuários de álcool e drogas, segundo estudantes de Enfermagem, antes e após a intervenção educativa (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.....	75
Tabela 11 – Comparação dos escores das escalas de atitudes (DDPPQ e SAAPPQ), avaliadas antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	76

Tabela 12 – Distribuição em número e porcentagem dos itens da escala DDPPQ, avaliada antes e após a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	78
Tabela 13 – Distribuição em número e porcentagem dos itens da escala SAAPPQ, avaliada antes e após o curso de intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012	81
Tabela 14 – Apresentação dos escores da escala TSRS, avaliada antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo Estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.....	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAPPQ	Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DDPPQ	Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire
IE	Intervenção educativa
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PQH	Patient Health Questionnaire
SAAPPQ	Short Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSRS	Treatment Spirituality/Religiosity Scale
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UNIVAR	Faculdades Unidas do Vale do Araguaia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Considerações gerais e justificativa	17
1.2 Capítulo 1 – As atitudes	21
1.3 Capítulo 2 – O relacionamento enfermeiro-paciente na assistência ao usuário de substâncias psicoativas	28
1.4 Capítulo 3 – A assistência de Enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas.....	32
1.4.1 O cuidado de Enfermagem ao usuário de álcool e drogas nos diferentes contextos e equipamentos de saúde.....	33
1.4.2 O cuidado religioso e espiritual ao usuário de substâncias psicoativas.....	42
2. OBJETIVOS	45
2.1 Objetivo geral	46
2.2 Objetivos específicos	46
2.3 Hipótese	47
3. MÉTODO	48
3.1 Delineamento do estudo	49
3.2 Local.....	49
3.2.1 Instituição Pública de Ensino Superior	49
3.2.2 Instituição Privada de Ensino Superior.....	50
3.3 Amostra	50
3.4 Aspectos éticos.....	51
3.5 Procedimentos	52
3.5.1 Elaboração da intervenção educativa em assistência de Enfermagem para usuários de álcool e/ou drogas	52
3.5.2 Etapa de estudo de intervenção educativa e coleta dos dados	54
3.6 Instrumento.....	57
3.6.1 Informações gerais	58
3.6.2 Questões sobre conhecimentos em assistência de Enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas.....	58
3.6.3 Escala de atitudes (drogas) - DDPPQ-br.....	59
3.6.4 Escala de atitudes (álcool) – SAAPPQ.....	61
3.6.5 Escala de ênfase no cuidado religioso e espiritual nos serviços – TSRS-br.....	62
3.7 Estudo piloto	65
3.8. Análise dos dados.....	65

4. RESULTADOS	67
Parte I - Caracterização dos estudantes participantes do grupo de intervenção educativa	69
Parte II - Avaliação do conhecimento sobre aspectos da assistência de Enfermagem ao usuário de álcool e/ou drogas antes e após a intervenção educativa	73
Parte III - Avaliação das atitudes e percepção sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde em relação ao usuário de substâncias psicoativas antes e após a intervenção educativa.....	76
Parte IV - Avaliação da interdependência entre atitudes e percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde em relação ao usuário de substâncias psicoativas antes e após a intervenção educativa	84
4.1 Em relação a drogas.....	84
4.2 Em relação ao álcool	86
Parte V - Estudo da confiabilidade e validação dos instrumentos psicométricos DDPPQ e TSRS.....	87
5. DISCUSSÃO	88
5.1 As atitudes e percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas	89
5.2 Os conhecimentos e as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao trabalho com álcool e outras drogas	91
5.3 Propriedades psicométricas das escalas DDPPQ-br e TSRS-br.....	96
5.4 Limitações do estudo	96
6. CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICES.....	137
ANEXOS	177

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações gerais e justificativa

O fato do consumo de substâncias, especialmente do álcool, representar um grave problema social no Brasil não é algo novo. O assunto é frequentemente abordado pela imprensa em seus diversos noticiários. Apesar disso, na condição de estudante de um curso de graduação em Enfermagem e, posteriormente, como enfermeira com atuação bastante intensa na área, esta problemática despertava minha atenção de uma maneira ainda mais acentuada.

Para se ter uma ideia do impacto do consumo exacerbado de bebidas alcoólicas em países em desenvolvimento (incluindo o Brasil), estima-se que entre 8% a 14,9% das doenças e mortalidade estejam relacionadas ao consumo de álcool (MELONI; LARANJEIRA, 2004; MONTEIRO, 2007). O uso na vida de álcool pelo brasileiro, em média, está em torno de 74,6% (CARLINI et al., 2007). Em virtude desses dados alarmantes, o alcoolismo consta como um dos dez problemas de saúde que devem ser considerados prioritários em programas nacionais como a Estratégia de Saúde da Família (MARQUES; FURTADO, 2004).

Além disso, outras drogas consideradas importantes, do ponto de vista epidemiológico, têm as seguintes prevalências de uso na vida: tabaco (44%), maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%). De 2001 para 2005, todas essas substâncias (exceto orexígenos), além de cocaína, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e *crack* apresentaram aumento nas estimativas (BRASIL, 2009a).

Esses dados remetem às associações entre o uso de substâncias com danos à saúde e também aos decorrentes de causas externas, que frequentemente, chegam aos serviços de saúde, quando não levam à morte (ALMEIDA et al., 2008; DUAİLÍB; LARANJEIRA, 2007; NASCIMENTO; GARCIA, 2009; KESSLER; PECHANISKY, 2008; GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Nesta perspectiva, pode-se que inferir que a questão da dependência é apenas parte dos danos causados pelo uso de álcool e drogas, uma vez que dados de um importante levantamento nacional revelam que 12,3% dos indivíduos preenchem os critérios para dependência de álcool; 10,1% de tabaco; 1,2% de maconha; 0,5% de calmantes e 0,2% de inalantes e estimulantes no Brasil (CARLINI et al., 2007).

No Brasil, entre a diversidade de problemas relacionados ao uso de

substâncias, identificam-se: internações hospitalares (1,2% do total), violência, desordens sociais e mentais, mortes (especialmente relacionadas a causas indiretas e não necessariamente ao dano direto causado pela droga em si). Referem-se a 0,7% dos óbitos, que acometem principalmente indivíduos do sexo masculino), câncer, cirrose, sexo inseguro, risco de exposição ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, prejuízos cognitivos residuais, acidentes de trânsito, comportamento agressivo, problemas familiares, acidentes de trabalho, afastamentos, queda da produtividade e aposentadoria precoce (ALMEIDA et al., 2008; BRASIL, 2009a; DUA LIB; LARANJEIRA, 2007; KESSLER; PECHANISKY, 2008).

Neste contexto, a relação disfuncional que muitas pessoas estabelecem com as substâncias psicoativas sempre me trouxe inquietações relacionadas às variáveis que poderiam ser consideradas fatores protetores ou que pudessem favorecer os processos de reabilitação. Em razão da minha formação acadêmica, de observações cotidianas e também por crença pessoal, a questão da religiosidade e da espiritualidade emergiu como um importante tema a ser pesquisado, tanto que se trata de uma vertente do estudo que realizei durante o mestrado.

No estudo de mestrado, a proposta foi compreender em quais estágios motivacionais a espiritualidade poderia ser melhor utilizada enquanto recurso terapêutico para indivíduos que estavam em tratamento. No momento da defesa deste trabalho, um dos membros da banca sugeriu a continuidade do estudo abordando um tema correlato, enfocando o “outro lado”, ou seja, lançar o olhar da questão da religiosidade / espiritualidade para quem presta assistência ao usuário de álcool e outras drogas.

Posteriormente, aliando a referida sugestão à minha nova condição de professora de um curso de Bacharelado em Enfermagem e de doutoranda, acreditei ser muito pertinente e relevante para a Enfermagem psiquiátrica estudar as atitudes dos estudantes em relação aos usuários de drogas e sua percepção sobre a assistência religiosa e espiritual oferecida (ou não) nos serviços de saúde. O meu questionamento era: “será que se eu tentar mudar as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação aos usuários de álcool e/ou drogas, aumentando o nível de conhecimento sobre um cuidado integral na área, a percepção que eles têm sobre o cuidado religioso e espiritual prestado nos serviços também sofrerá mudanças”?

Vale explicar, nesse momento, os porquês desta temática: a primeira

razão está muito ligada a uma observação pessoal em relação à atitude de rejeição e despreparo no trabalho com usuários de álcool e drogas por parte dos estudantes e profissionais de enfermagem na experiência que tive durante a docência no ensino de graduação de Enfermagem e também durante a capacitação de profissionais da rede de saúde pública (período em que estive vinculada ao Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo).

A segunda razão relaciona-se ao fato de também ter presenciado despreparo no que diz respeito à assistência religiosa e espiritual, tão difundida na área da Enfermagem quando se fala em cuidado integral, mas, na prática, que a maioria não sabe o que é, nem como fazer (tampouco conhece sua fundamentação). Ressalta-se a importância dessa forma de assistência, sobretudo quando atrelada à questão das drogas.

Dessa maneira, pensando em abordar essa perspectiva em um estudo de doutoramento, busquei por trabalhos relacionados ao tema nas principais bases de indexação de dados em saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), tendo encontrado apenas um trabalho publicado que fazia a interface entre atitudes de estudantes de Enfermagem e assistência religiosa e espiritual (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011). No entanto, nenhum trabalho abordava as variáveis “atitudes” e “assistência espiritual/religiosa” em relação aos usuários de substâncias psicoativas, nem havia instrumentos psicométricos específicos validados para o contexto brasileiro que tratassem de atitudes em relação ao usuário de drogas ou sobre a ênfase dada a aspectos religiosos e espirituais na assistência. É necessário esclarecer que foi constatada a existência de diversas escalas validadas no Brasil para mensuração de atitudes, entretanto mais voltadas para a questão do álcool (MACIEL, 2011; PILLON; LARANJEIRA; DUNN, 1999; VARGAS; LUIS, 2008).

Como exemplos, podem ser citadas a “*Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire*” (MACIEL, 2011), a “Escala de Atitudes frente ao Álcool, o Alcoolismo e o Alcoolista (EAFAAA)” (VARGAS; LUIS, 2008) e a “*Seaman Mannello Nurses’s Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale*” (PILLON; LARANJEIRA; DUNN, 1999), validadas para amostras de graduandos de

Enfermagem no Brasil, visando avaliar as atitudes frente ao beber em relação às características pessoais do alcoolista e a maneira de trabalhar com os indivíduos que fazem uso nocivo de álcool.

No caso da avaliação de atitudes terapêuticas dos estudantes de Enfermagem em relação aos usuários de drogas, uma adaptação da “Escala de Atitudes e Crenças – *Nursing Education in Alcohol and Drug Education* (NEADA) - que faz parte de um programa de formação sobre álcool e drogas dos Estados Unidos da América (EUA) para enfermeiros, estudantes de Enfermagem e docentes da área – tem sido utilizada (LOPES et al. 2009; LOPES, 2007; LOPES; LUIS, 2005; MENDOZA; PILLON, 2005), embora somente os procedimentos de tradução e *back-translation* tenham sido descritos em um estudo que não tinha como objetivo específico avaliar o desempenho psicométrico da referida escala (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005).

Identificadas essas lacunas, a opção pela referida temática foi natural, pois a escassez de estudos sobre atitudes frente ao usuário de drogas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais desses pacientes já seriam suficientes para justificar a relevância desta investigação. Na verdade, seria inédita uma pesquisa que buscasse esclarecer como essas duas vertentes caminham juntas, sob a ótica do estudante de Enfermagem.

Assim, este estudo tem como pressuposto que uma intervenção educativa, orientada para o cuidado ao usuário de substâncias psicoativas em diversos contextos de saúde, que inclua a abordagem da religiosidade e espiritualidade para esse paciente/cliente, pode mudar as atitudes e a percepção dos graduandos em relação ao tema.

Como subsídio para essa proposição intelectual, o referencial teórico sobre atitudes em relação ao usuário de drogas e a ênfase dada a aspectos religiosos e espirituais na assistência de enfermagem do usuário de álcool e/ou drogas foi construído abordando a questão das atitudes em relação ao uso e abuso de substâncias e uma teoria de enfermagem que sustenta a aplicação da religiosidade/espiritualidade na assistência.

1.2 Capítulo 1 – As atitudes

As atitudes, primeiro conceito-chave do campo da então iminente psicologia social, vêm, desde 1918, sendo amplamente estudadas, por se constituírem em uma tentativa de intervir e exercer controle sobre a conduta social humana, a partir de pressupostos científicos provenientes das ciências sociais (ROSE, 2008). Tradicionalmente podem ser conceituadas como classes de respostas de avaliação em relação a um objeto, pessoa ou grupo (EAGLY; CHAIKEN, 1993; HARLING; TURNER, 2012).

Vale dizer, entretanto, que não há um conceito único. Para uma melhor compreensão, será adotada, neste estudo, uma definição clássica, a qual considera que atitudes são tendências psicológicas oriundas de uma concepção particular do indivíduo, levando-o a realizar uma avaliação, que gera um grau de aprovação ou desaprovação, ou seja, fazendo com que julgue um objeto ou situação como favorável ou desfavorável. As atitudes constituem um sistema de avaliação que agrega componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (VARGAS, 2005; BITTENCOURT, 2012; JUNQUEIRA, 2010). Trata-se de um estado de prontidão mental suscetível à mudança, visto que essas respostas avaliativas podem ser consideradas predisposições aprendidas e não inatas (HARLING; TURNER, 2012).

O componente cognitivo também pode ser chamado de informativo, perceptual e estereotípico e está relacionado ao que o indivíduo pensa e ao conhecimento que possui sobre o objeto de atitude (VARGAS, 2005).

O componente afetivo está integralmente ligado ao que a pessoa sente em relação ao objeto. É a partir dos seus sentimentos que ela o avalia e expressa sua preferência (BITTENCOURT, 2012).

O componente comportamental se refere à predisposição do indivíduo em reagir frente ao objeto da atitude e consiste, portanto, de uma ação que é a resposta avaliativa mais evidente, podendo ser expressa de forma verbal ou não verbal (JUNQUEIRA, 2010).

A área da saúde, apropriando-se deste conceito, tem estudado “atitudes” sob diversas perspectivas e metodologias; pesquisas foram desenvolvidas com o intuito de investigar a relação entre as atitudes de estudantes e profissionais com as diversas práticas que compõem o rol de atuação desse campo (EVERS; PLOEG; KAASALAINEN, 2011; PEDRÃO et al., 2005; RAJKUMAR et al., 2011; TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; WU; DENG; ZHANG, 2011).

Uma dessas perspectivas, que se refere especificamente à Enfermagem, diz respeito às atitudes dos estudantes no ambiente de trabalho com usuários de álcool e/ou drogas (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005; MENDOZA; PILLON, 2005, VARGAS; LUIS, 2008). Estudos abordando o uso de álcool e as atitudes dos enfermeiros começaram a ser realizados em 1960, principalmente nos Estados Unidos, Brasil, Inglaterra e Escócia. No Brasil, o aumento significativo dessas pesquisas é observado a partir de 1999 (VARGAS; SOARES, 2011).

Pode-se constatar que, de maneira geral, os resultados de estudos mais recentes abordando a questão das atitudes entre profissionais de enfermagem mostram uma avaliação positiva, especialmente daqueles que cursaram nível superior, em relação ao trabalho envolvendo a questão do uso de substâncias nos serviços. Profissionais sem curso de graduação, como técnicos e auxiliares, apresentam atitudes positivas no que se refere à aceitação dos usuários de álcool e drogas, porém a dificuldade na abordagem dos mesmos é fator claramente limitante da atuação em campo (BARROS; PILLON, 2007; PILLON; LUIS; LARANJEIRA, 2006).

Estudos mais antigos contrapõem a afirmação de que os profissionais de enfermagem manifestam atitudes positivas em relação ao trabalho com usuários de álcool e outras drogas, evidenciando, no entanto, atitudes significativamente mais negativas e influenciadas por conteúdo moral quando, por exemplo, comparadas às atitudes desses profissionais em relação a indivíduos acometidos por outros agravos. Na prática, essas atitudes negativas e a visão moralizante sobre o assunto podem resultar em reações negativas e julgamentos de valor a respeito do usuário, manifestos durante os momentos de intervenção (PILLON, 2005; STARKEY, 1980; PILLON; LARANJEIRA; DUNN, 1999).

Sabe-se que as atitudes são fortemente influenciadas pelo nível de conhecimento a respeito de determinado assunto (EAGLY, 1993). Estudos evidenciam que os profissionais de enfermagem continuam recebendo pouca ou nenhuma informação durante seu período de formação ou treinamentos (após a graduação) sobre questões relativas ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, o pessoal de enfermagem é quem realiza o primeiro e o último contato com o usuário nos serviços de saúde, ou seja, ele necessita estar preparado para o enfrentamento de situações cotidianas que envolvem, inclusive, o atendimento ao usuário de substâncias psicoativas (BONI et al., 2004; LUIZ; LUNETTA; FERREIRA, 2008;

ROSA; TAVARES, 2008; VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Outro dado correlato mostra que estudantes, enfermeiros assistenciais e docentes consideram a dependência de álcool algo grave e irrecuperável, mas a reconhecem como doença que deve ser tratada. As atitudes negativas normalmente estão mais relacionadas à insatisfação pessoal e profissional em trabalhar com usuários de álcool (BARROS; PILLON, 2007; PILLON; LUIS; LARANJEIRA, 2006; VARGAS; SOARES, 2011).

Neste mesmo sentido, autores relatam que, em geral, os principais sentimentos dos enfermeiros diante dos usuários de álcool e outras drogas são: medo, insegurança e insatisfação, os quais podem decorrer do despreparo desses profissionais em relação a essa clientela (ROSA; TAVARES, 2008).

Essa realidade foi evidenciada em uma pesquisa qualitativa, cujos resultados sinalizam, com base nas falas dos enfermeiros, que as dificuldades de lidar com pacientes usuários álcool são praticamente as mesmas, independente de sexo, idade, tempo de formação ou serviço. Isso evidencia, segundo os autores, que as deficiências apresentadas por esses profissionais remetem à graduação, resultando na falta de conhecimentos, despreparo na assistência e discurso similar ao do senso comum (INDIG et al., 2009; MEIRA; ARCOVERDE, 2010).

Outro estudo desenvolvido com uma amostra de 144 estudantes do 4º ano de Enfermagem, de duas faculdades particulares de um município do interior do Estado de São Paulo, revelou que os estudantes assistiram a uma média de 2,5 horas/aula sobre a temática álcool durante todo o curso, o que é considerado um tempo muito pequeno (VARGAS; SOARES, 2011).

Pillon (2005), em uma pesquisa envolvendo discentes, docentes e enfermeiros assistenciais de uma universidade pública do Estado de São Paulo, revelou que, em se tratando da assistência prestada a pacientes usuários de álcool, 77% da amostra não tinham recebido nenhuma informação, 3%, poucas informações e, 20%, muitas informações. Essa realidade demonstra uma carência de aulas específicas sobre a temática na grade curricular do curso de Enfermagem.

Deficiências na formação, tais como as supracitadas, normalmente resultam em dificuldades na abordagem da questão do uso de substâncias. Em pesquisa realizada em quatro cursos de Enfermagem, no Rio de Janeiro, em 2004, foi evidenciado que 86% dos entrevistados não sabiam quais eram as perguntas adequadas para se fazer durante uma entrevista com essa clientela, mas 57%

reconheciam a importância de estabelecer um diálogo entre enfermeiro e paciente (LOPES; LUÍS, 2005).

Essa mesma ideia também se aplica a diversos contextos de saúde, inclusive hospitalar, segundo um estudo feito em quatro unidades de Pronto Atendimento na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, com uma amostra de 59 profissionais de equipes de enfermagem, sendo 52 auxiliares de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros. Entre os resultados, observou-se déficit de conhecimento desses profissionais em relação à assistência prestada a pacientes que fazem uso abusivo de álcool, principalmente àqueles com perfil de síndrome de abstinência alcoólica. Noventa por cento dessa amostra relataram utilizar, como forma de auxílio para a assistência de enfermagem, um protocolo para avaliação de síndrome de abstinência do álcool, pois os referidos profissionais admitiram desconhecer os sinais e sintomas para identificação desse quadro clínico. Apesar dessa deficiência, o referido estudo também retratou o grande interesse das equipes em aprender mais sobre essa temática, sobretudo por acreditarem que resultaria em uma melhor e mais qualificada assistência (LUIS; LUNETTA; FERREIRA, 2008).

1.2.1 As atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação aos usuários de substâncias psicoativas

Diante da problemática exposta, a literatura científica discute a hipótese de que a formação insuficiente dos estudantes de Enfermagem, especificamente sobre álcool e drogas, não permita que executem seu papel com segurança e consigam estabelecer um bom vínculo terapêutico com os clientes, uma vez que muitas inadequações são encontradas em relação à forma de abordagem do paciente (LEMOS et al., 2007).

Nessa mesma perspectiva, ainda no que se refere às deficiências na formação e às atitudes negativas presentes durante a graduação, estudos mostram uma distância entre a teoria e a prática, o saber e o fazer, além da assimilação de conteúdos fundamentados nos modelos moral e biomédico, que favorecem a gênese de dificuldades de comunicação com os clientes usuários de substâncias. Os estudantes, apesar de saberem ser papel do enfermeiro a prestação de assistência

a essa população-alvo, consideram-na de difícil manejo. Além disso, são evidenciadas falhas na abordagem, na comunicação e na construção do vínculo terapêutico (LEMOS, et al., 2007; CARRARO; HASSOOL; LUIS, 2005).

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro encontrou resultados que sinalizam para as mesmas atitudes negativas e deficiências nos conhecimentos teóricos e práticos dos estudantes de Enfermagem como potenciais preditores de uma prestação comprometida de cuidado ao usuário de álcool e/ou drogas. (LOPES; LUIS, 2005).

No momento em que se aprofunda a investigação a respeito de outros determinantes das atitudes negativas por parte dos estudantes de Enfermagem, depara-se com a questão do juízo de valor em relação aos problemas vinculados ao uso de drogas. Isso foi retratado em um estudo com a finalidade de apreender os significados e experiências sobre o fenômeno das drogas numa amostra de 40 futuros enfermeiros da Costa Rica. Essa pesquisa demonstrou que o conhecimento dos entrevistados advém mais de suas vivências do que da própria formação profissional. A maior parte relatou experiências com o uso de drogas por meio da convivência com amigos e familiares usuários. Para eles, o uso de substâncias representa a principal causa de prejuízo social e econômico enfrentado em seu país. Em consonância com os achados anteriores, esse estudo também demonstrou que os alunos acreditam na importância do saber sobre o tema “drogas”, pois, no cotidiano do enfermeiro, tem sido cada vez mais frequente o atendimento de usuários de substâncias. Ficou claro também que, na opinião dos mesmos, o conhecimento recebido na universidade não é suficiente, havendo, portanto, necessidade de aprender mais sobre como lidar com esse grupo de clientes nas perspectivas de prevenção e reabilitação (MEZA-BENAVIDES; FUREGATO, 2011).

Além da falta de conhecimento a respeito da atuação na área, as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação aos usuários de drogas tendem a ser mais negativas quando determinadas a partir de crenças também negativas (LOPES; et. al, 2009; LEMOS; et al., 2007; CARRARO; HASSOOL; LUIS, 2005).

Estudo realizado numa instituição pública do Rio de Janeiro, com uma amostra de 122 graduandos de Enfermagem, evidenciou, entre demais resultados, que 68% deles não acreditam que o usuário de drogas possa controlar seu uso, negando, portanto, acreditarem em um potencial de reabilitação e revelando deficit na capacidade de distinção entre o que é uso abusivo e dependência. Os autores

discutem que esse posicionamento advém da crença de que o uso de drogas “não é bom” (LOPES; LUIS, 2005).

Outros estudos, ao contrário dos expostos até o momento, mostram um contraponto no que tange à falta de preparo e às atitudes negativas em relação aos usuários de álcool e/ou drogas. Um deles foi realizado na região central da Colômbia, com 159 estudantes do último período de graduação em Enfermagem; teve como objetivo avaliar a formação dos futuros enfermeiros mediante o conhecimento, atitudes e crenças frente ao fenômeno das drogas. Os resultados foram apresentados a partir das seguintes categorias: “álcool”, “drogas e álcool” e “drogas”. No que se refere à preparação teórica sobre álcool, 60,2% dos estudantes afirmaram considerar adequada sua formação básica. Com relação ao diagnóstico precoce, 50,6% concordam plenamente que, com ele, é possível aumentar as chances de sucesso no tratamento; em se tratando do preparo teórico sobre o abuso de drogas, 56,6% afirmaram possuir formação teórica adequada. Em relação a essa última temática, 50,6% dos alunos disseram concordar plenamente a respeito da importância do enfermeiro saber diferenciar o uso de risco abusivo e a dependência de drogas (MENDONZA; PILLON, 2005).

O estudo supracitado mostrou ainda que 53% dos estudantes discordaram plenamente quando questionados a respeito da impossibilidade de ajudar uma pessoa dependente de álcool e drogas. Mostrou também que 49,4% discordaram que um dependente de drogas deva ser tratado apenas por um profissional especializado na área; 43,4% discordaram que os enfermeiros não se sentem confortáveis em perguntar ao paciente sobre o uso que faz de substâncias psicoativas. Sessenta e sete por cento dos estudantes discordaram que seja desagradável trabalhar com usuários de drogas. Entretanto, nota-se que 68 estudantes (81,9%) acreditaram ser possível que o paciente falte com a verdade quando questionado pelo enfermeiro sobre seu consumo de drogas (MENDONZA; PILLON, 2005).

Em um panorama geral, boa parte das lacunas referentes à formação dos estudantes em relação ao trabalho com os usuários de substâncias (tanto no âmbito preventivo, quanto no curativo) e consequente melhora das atitudes, pode ter como solução um maior investimento no ensino e aplicação dos aspectos básicos do relacionamento enfermeiro-paciente na assistência (GONÇALVES et. al., 2010). Uma das teorias que sustenta essa ideia é a descrita por Joyce Travelbee, na qual

se encontram elementos indispensáveis para abordagem do usuário de álcool e/ou drogas, tais como confiança, aceitação, empatia e envolvimento emocional como constitutivos básicos da relação e também a valorização do cuidado religioso e espiritual como parte intrínseca do cuidado (GONÇALVES et al., 2010; FILIZOLA; PAVARINI, 2002; TRAVELBEE, 1979).

1.3 Capítulo 2 – O relacionamento enfermeiro-paciente na assistência ao usuário de substâncias psicoativas

Nas últimas décadas, a Enfermagem psiquiátrica brasileira tem se esforçado para delinear a essência do papel do enfermeiro, seja no âmbito da psiquiatria ou da saúde mental mais recentemente. Nesse sentido, é necessário esclarecer que para pensar nos aspectos comportamentais das relações humanas, mais especificamente no relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, a Enfermagem tem sofrido influências de outras áreas, tais como da psicologia, (especialmente da Psicologia Humanista, com os pressupostos de Carl Rogers, a partir de 1960), da sociologia e da comunicação; tem também desenvolvido conhecimento próprio por meio de algumas teorias que introduziram um novo paradigma, segundo o qual o cuidado evolui do simples cuidado físico para a competência no relacionamento interpessoal, centrado nas “relações interpessoais que se processam entre o enfermeiro e o paciente”, tal como propõe a Teoria das Relações Interpessoais (1952), desenvolvida por Hildegard Peplau (ALMEIDA; DAMASCENO, 2005); posteriormente, esta teoria foi sistematizada por Joyce Travelbee (FILIZOLA, 1997). Outras autoras como Ruth Virgínia Matheney, Mary Topalis, Maria Aparecida Minzoni, Susan Irving, Cecelia Monat e Ruth Mylius Rocha também discutiram sobre o tema, enfocando o papel do enfermeiro enquanto agente terapêutico, cujas ações se baseiam no relacionamento com a pessoa em sofrimento a quem assiste (LIMA et al., 2010).

Não se pode afirmar que há uniformidade e consistência na abordagem do uso de substâncias psicoativas na área de Enfermagem, possivelmente em decorrência de uma insuficiente formação dos estudantes, o que se refletirá, sem dúvida, na assistência prestada nos serviços de saúde (HARLING; TURNER, 2012). Dessa forma, para o presente estudo, na intenção de realizar tal abordagem, parte essencial do cuidado, será adotado, como referencial, a Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, que retrata os elementos fundamentais do relacionamento enfermeiro-paciente, abrangendo aspectos da comunicação e da assistência espiritual (TRAVELBEE, 1979).

Designações como “relação de ajuda” ou relação de pessoa-pessoa” têm sido utilizadas para remeter ao referencial teórico aqui escolhido (WAIDMAN; ELSEN; MARCON, 2006).

De forma geral, segundo a concepção de Travelbee, a relação pessoa-a-pessoa é estabelecida quando um indivíduo se propõe a ajudar o outro, ou seja, quando um profissional se dispõe a contribuir com uma pessoa, família ou comunidade para o enfrentamento de uma experiência de doença ou sofrimento, de forma planejada e estruturada. Para que isso seja possível, algumas premissas e aspectos básicos devem ser observados e respeitados (FILIZOLA; PAVARINI, 2002).

Entre as premissas, estão os preceitos de que uma relação é estabelecida somente quando um ser humano reconhece o outro como único e este é o objetivo do cuidado profissional; as pessoas trocam experiências e modificam seus comportamentos, mutuamente; sentimentos como alegria, felicidade e amor são vivenciados pela maioria das pessoas; todos os seres humanos um dia adoecerão, sentirão dor e morrerão; a doença e o sofrimento são experiências espirituais, físicas e emocionais e o papel do enfermeiro deve ser o de ajudar o doente e sua família a encontrar significado nessas experiências, ajudando-os a lidar com a situação; a percepção das duas partes envolvidas na relação influencia qualitativamente e quantitativamente o cuidado prestado; os rótulos representados pelos termos “paciente” e “enfermeiro” são úteis apenas para facilitar a comunicação; o relacionamento terapêutico se dá por meio da comunicação e, para que ele se estabeleça, é necessário ir além dos papéis de enfermeiro e de paciente (WAIDMAN; ELSEN; MARCON, 2006).

Os aspectos básicos constituem as bases para se atingir as premissas da relação de ajuda, envolvendo o vínculo, a aceitação, a empatia e a confiança, que, para o enfermeiro, representam ferramentas fundamentais para abordar a questão do uso de álcool e outras drogas, assim como para acompanhar e monitorar o sucesso ou não na redução ou abstinência do consumo ou, ainda, acolher as dificuldades da pessoa a quem assiste (GONÇALVES et al., 2010).

Filizola e Pavarini (2002) discorrem sobre vínculo enquanto envolvimento emocional maduro, ou seja, como a capacidade de transcender-se e interessar-se por outra pessoa sem que esse interesse interfira na ajuda a ser oferecida ao outro, reconhecendo-o como um ser único.

A aceitação não implica somente compreender os comportamentos do outro, nem concordar com os mesmos. Significa apenas reconhecer o significado de tais comportamentos para um indivíduo. Um profissional de enfermagem pode

aceitar que um usuário de sua unidade de saúde esteja fazendo uso abusivo de álcool ou drogas, mas pode não concordar com esse comportamento. A demonstração de aceitação favorece o despertar de um sentimento de segurança e confiança por parte do sujeito assistido, o que, conseqüentemente, facilita acessar e compreender as razões, os fatores de risco e as situações que permeiam o uso de substâncias (GONÇALVES et al., 2010).

Empatia, primordial para as ações de enfermagem, pode ser definida como o estado de tomar conhecimento do quadro de referências internas e significados do outro, numa postura compreensiva (GONÇALVES et al., 2011).

Outro aspecto relevante na relação de ajuda é a comunicação, instrumento indispensável para atuação do enfermeiro com usuários de substâncias, pois consiste no elemento essencial de interação entre as pessoas, possibilitando a troca de ideias e experiências, além de sinalizarem o profissional sobre a eficácia de sua intervenção (GONÇALVES et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2005).

O conjunto das premissas e dos aspectos básicos da relação de ajuda deve embasar também a assistência pertinente ao cuidado religioso e espiritual, de acordo com a Teoria das Relações Interpessoais de Travelbee; essa teoria sofreu grande influência do catolicismo (que define o enfoque dado à religião) e da 3ª Escola Vienense de Psicoterapia, de Victor Frankl, no que se refere ao amor, à necessidade de encontrar um sentido para a vida e um significado na doença (no caso, enfoca apenas o ser espiritual) (WAIDMAN; ELSÉN; MARCON, 2006)

Para entender do que se trata a última influência supracitada da Teoria de Travelbee, vale discorrer brevemente a respeito da logoterapia de Frankl, que se define por “psicoterapia por meio do sentido da vida” ou “a partir do espiritual”. Nessa abordagem, o sentido na vida pode ser encontrado a partir de valores criadores (referentes ao que o sujeito pode fazer), vivenciais (da relação que um pessoa estabelece com o mundo e com a natureza) e de atitudes (situações que são impostas). Tem como objetivo levar o indivíduo a construir uma vida integralmente plena, mas vale ressaltar que nessa perspectiva, tal plenitude pode ser atingida não apenas nos momentos de gozo da vida, mas também nos de sofrimento (ARAÚJO et al., 2008; FRANKL, 1994; WAIDMAN; ELSÉN; MARCON, 2006).

Infelizmente, esses preceitos e saberes teóricos ainda não se aplicam totalmente às práticas do estudante e do profissional de enfermagem, sendo necessário implementar estratégias de treinamento (BRIMBLECOMBE et al., 2007;

LIMA et al., 2010; SOUZA et al., 2009). No caso de se pensar em uma mudança positiva nas atitudes do corpo de enfermagem em relação à assistência integral aos usuários de substâncias psicoativas, o preparo não só para a assistência ao usuário de álcool /ou drogas, mas também para a abordagem dos aspectos espirituais desse paciente parece fundamental, uma vez que tais aspectos têm sido, com frequência, associados à prevenção do uso abusivo e à reabilitação nos casos de dependência ((TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

1.4 Capítulo 3 – A assistência de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas

Levantamentos epidemiológicos recentes têm sinalizado para o significativo impacto do uso substâncias lícitas e ilícitas sobre a saúde do brasileiro (CARLINI et al., 2007; GALDUROZ, et al., 2005; BRASIL, 2007); assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, tem envidado esforços no sentido de expandir, ampliar o acesso e diversificar os dispositivos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse contexto, os profissionais da saúde, de maneira geral, necessitam, cada vez mais, estarem preparados para ter contato com indivíduos com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Da mesma forma, precisam saber como utilizar os preceitos do relacionamento interpessoal como ferramenta básica para assistência ao usuário de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2011; GONÇALVES, 2010).

Como parte do corpo de saúde, o processo de graduação do enfermeiro deve atentar não apenas para a formação do ponto de vista técnico (que torna o profissional apto a utilizar novas tecnologias e a realizar procedimentos nos diferentes contextos de atuação), mas, principalmente, capacitar para uma prestação de cuidado que extrapole a dimensão biológica e considere as interferências culturais, religiosas, espirituais, do ambiente, das relações e das concepções individuais como elementos inerentes e interdependentes da complexidade do ser humano. Isso tudo deve ter como foco a minimização de um sofrimento ou a promoção de saúde (DEAL, 2011; BAGGIO, 2006).

Nessa perspectiva, além das competências profissionais, o enfermeiro precisa se inserir em uma complexa rede de interações, envolvendo as diversas políticas, os diferentes serviços, o usuário, a família e a comunidade, para realizar ações de promoção, prevenção, educação, curativas, de reabilitação e de reinserção psicossocial ao usuário de álcool e drogas (GONÇALVES, 2006).

O grande desafio para que isso se consolide na prática, entretanto, se refere à falta de capacitação para atuar junto a usuários de substâncias psicoativas, fato que poderia ter seu impacto minimizado pela oferta de treinamentos na área, tanto para estudantes como para profissionais de enfermagem já atuantes (GONÇALVES; TAVARES, 2007; GRIFFITHS et al., 2007; MUNRO; WATSON; MCFADYEN, 2007; VARGAS VILELA; VENTURA; SILVA, 2010). Estudos

evidenciam que os estudantes continuam recebendo pouca ou nenhuma informação durante sua formação, e também após a graduação, no que se refere às questões relativas ao uso de álcool e outras drogas, embora realizem o primeiro e o último contato com o usuário nos serviços de saúde (BONI et al., 2004; LUIZ; LUNETTA; FERREIRA, 2008; ROSA; TAVARES, 2008; VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Neste cenário, a Enfermagem talvez consista no corpo de saúde mais estratégico para investimento em capacitação, pois esses profissionais passam o maior tempo em contato direto com os clientes e, de acordo a legislação brasileira, devem estar presentes em todas as unidades de atendimento durante 24 horas diárias (ACAUAN; DONATO; DOMINGOS; 2008; COFEN, 2011). Além disso, representam uma das classes de grande relevância no que se refere ao contingente de trabalhadores distribuídos pelos serviços de saúde públicos e privados. O Conselho Federal de Enfermagem estima que existam, atualmente, cerca de 1.449.583 profissionais de enfermagem atuando no Brasil, sendo 19,81% enfermeiros, 43,18% técnicos de enfermagem, 36,8% auxiliares e 0,01% parteiras (COFEN, 2011).

1.4.1 O cuidado de enfermagem ao usuário de álcool e drogas nos diferentes contextos e equipamentos de saúde

Um leque de conhecimentos e habilidades específicas deve fazer parte das diversas ações e atribuições da enfermagem em relação ao cuidado ao usuário de substâncias no sistema de saúde vigente, em seus diferentes níveis de atenção. A maior parte desses conhecimentos deve ser comum a qualquer profissional que lide com a essa questão (GRIFFITHS et al., 2007; MARINHO et al., 2012).

Assim, efeitos das substâncias psicoativas no organismo e danos relacionados; modelos explicativos e epidemiologia do uso de álcool e/ou drogas; noções básicas de prevenção (rastreamento e Intervenções Breves); Política Pública para Atenção Integral ao usuário; bases teóricas relativas aos principais tipos de tratamentos para a dependência e *settings* de intervenção/ reabilitação são temas que o enfermeiro ou estudante da área, a depender de seu local de atuação, deve dominar para prestar a assistência; entretanto, requerem uma abordagem multiprofissional, ao passo que o estabelecimento do relacionamento enfermeiro-

paciente, limites e possibilidades de atuação da equipe de enfermagem dizem respeito a um saber nuclear aplicável a todas as situações cotidianas de atendimento quando a questão do uso de álcool e/ou drogas é abordada (GONÇALVES, 2010; TOWNSEND, 2002; JOHNSON, 2000).

Em qualquer âmbito onde o estudante ou profissional esteja prestando o cuidado, é necessário que possua noções de epidemiologia e conheça os efeitos das substâncias psicoativas no Sistema Nervoso Central e os prejuízos associados ao seu uso (TOWNSEND, 2002). Alguns dados epidemiológicos já foram apresentados neste estudo, mas no que concerne às classes de drogas, segundo seus efeitos farmacológicos, é informação básica, para a função laboral da Enfermagem, reconhecer quais são depressoras (álcool, solventes, inalantes, benzodiazepínicos e hipnoanalgésicos como morfina, codeína e heroína), estimulantes (cocaína, *crack*, xantinas, anfetaminas, cafeína) ou perturbadoras (derivados da *Cannabis* como maconha e haxixe, LSD, mescalina, psilocibina, musarina, miristicina, fenciclidina, ecstasy, anticolinérgicos, entre outros) (CENPRE, 2012).

Outro aspecto central para que o estudante ou profissional de Enfermagem possa desenvolver boas práticas de saúde é o reconhecimento das ações que devem ser realizadas em cada um dos equipamentos que compõem a rede substitutiva para álcool e drogas, segundo a lógica da reabilitação psicossocial (MARINHO et al., 2012; BRASIL; 2011).

Basicamente, os principais dispositivos de atenção em saúde aos usuários de álcool e outras drogas nos quais o enfermeiro pode atuar estão distribuídos segundo uma organização poliárquica, na qual se encontram a Atenção Básica, os Hospitais Gerais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como pontos estratégicos da rede. O bom funcionamento dessa rede prediz melhora da qualidade clínica e redução da utilização de serviços especializados (BRASIL, 2005; MENDES, 2010).

O cuidado na Atenção Básica de Saúde

A Atenção Básica é o melhor local para se desenvolver as ações de promoção e prevenção para o uso abusivo de álcool e drogas, pois o cuidado não se restringe ao indivíduo; está voltado à coletividade, e além disso, nesse contexto, é

esperado que o estigma e a postura moralista em relação a abordagem desse tema sejam menos pronunciados (RONZANI; FURTADO, 2010).

Nesse sentido, as principais intervenções a serem aplicadas no âmbito da Atenção Primária são a triagem (ou rastreamento ou *screening*) e as intervenções breves, recursos de caráter eminentemente preventivo, simples e de baixo custo, que podem ser utilizados por diversos trabalhadores da saúde, e em diversos contextos, por serem aplicáveis a toda comunidade. Conjuntamente, envolve ações educativas, orientações básicas, aconselhamento e encaminhamento (PILLON, 2005; TSAI et al., 2010).

Tais estratégias foram originalmente desenvolvidas para motivar a mudança de comportamento em relação ao uso da substância e estimular a capacidade do indivíduo de se autoavaliar, automonitorar e autorregular. A importância da aplicação dessas técnicas reside no fato de que a identificação precoce de riscos e a prevenção para intoxicação são estratégias consideradas efetivas, em condições reais, para evitar muitos danos; fazem parte de uma assistência que vai em direção ao cuidado integral, pois intervém em fases nas quais o indivíduo ainda não se tornou um dependente (MARQUES; FURTADO, 2004; MINTO et al., 2007; BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2005; GONÇALVES, 2011; MARQUES; FURTADO, 2004; GONÇALVES, 2010).

Na perspectiva das práticas preventivas, a Enfermagem pode utilizar o rastreamento e as intervenções breves para viabilizar sua prática de prevenção universal, seletiva ou indicada. A primeira é aquela que pode ser direcionada a qualquer indivíduo (bastante oportuna neste contexto, pois, de fato, qualquer pessoa pode ter mensurado o seu consumo de substâncias e receber orientações focadas em relação a isso). Na segunda, o enfermeiro investe suas ações em pessoas consideradas vulneráveis (grande parte da população assistida, especialmente aqueles que consomem álcool e/ou drogas em níveis abusivos, mas ainda não tiveram ou não perceberam prejuízos decorrentes desse comportamento, e, no caso da prevenção indicada, os recursos são lançados para evitar novos danos, pois é direcionada a indivíduos que já apresentam sinais de abuso ou dependência evidentes (CARTANA et al., 2004; LARANJEIRA; ROMANO, 2007).

Algumas situações oportunas, nas quais a Enfermagem pode elaborar meios para se aplicar estratégias preventivas como o rastreamento e as

intervenções breves são: consultas de enfermagem; atividades que visem chamar a atenção da população para um tema de saúde (especialmente durante campanhas de qualquer natureza); visitas domiciliares e coordenação de grupos (de gestantes, hipertensos, diabéticos). É importante esclarecer que a abordagem da questão do uso de substâncias pelo enfermeiro pode ser realizada em um curto período de tempo (entre cinco a trinta minutos) como um complemento de atividades rotineiras dos serviços. Entretanto, para que sejam satisfatoriamente implementadas, é necessário que o profissional receba treinamento (GONÇALVES, 2011).

Nesse contexto, o rastreamento, especificamente, é o primeiro passo da realização de uma intervenção preventiva e tem como objetivo identificar o padrão de consumo de determinada substância psicoativa e checar se algum dano já foi instalado em virtude desse uso. Funciona como ferramenta auxiliar para aplicação das intervenções breves, sendo fortemente recomendada sua utilização enquanto procedimento inicial (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2003; FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007).

Estudos têm demonstrado que os instrumentos de rastreamento mais utilizados apresentam bom nível de sensibilidade. Diversos instrumentos específicos para a triagem do uso do álcool e drogas já foram adaptados transculturalmente e validados para a população brasileira (e até mesmo para grupos específicos), tais como o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), o *Cut-down, Annoyed, Guilty and Eye-Opener* (CAGE) e o *Tolerance Cut-down, Annoyed, Eye-Opener* (T-ACE) (HENRIQUE et al., 2004; MORAES; REICHENHEIM, 2007; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011; BABOR et al., 2003; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2005). Há evidências também de que se os usuários forem adequadamente abordados, normalmente oferecerão informações honestas sobre seus hábitos.

Uma abordagem adequada é, portanto, aquela que investe nos aspectos básicos da relação enfermeiro-paciente, na subjetividade do indivíduo assistido e concentra-se na problemática do uso de substâncias enquanto problema de saúde. Esses fatores tornam mais efetiva a referida tecnologia em saúde (GONÇALVES, 2010).

Ainda no âmbito da Atenção Básica, outras atividades que deveriam ser prioritariamente de competência do enfermeiro e apresentam reflexos diretos no

cuidado oferecido ao usuário de álcool e/outras drogas são aquelas relacionadas à supervisão e à coordenação para capacitação de agentes comunitários de saúde e de auxiliares de enfermagem. Infelizmente, de maneira geral, os próprios enfermeiros apresentam deficiências graves em relação à formação na área de saúde mental, fato que, aliado ao número insuficiente de recursos humanos, à falta de valorização e ao não reconhecimento da importância da área, tem impacto direto na qualidade da assistência individual e coletiva prestada (GONÇALVES et al., 2011).

O cuidado de enfermagem na rede hospitalar

Como se sabe, alinhada a uma perspectiva de reorganização dos serviços preconizada pela Atenção Primária à Saúde, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas prima por uma assistência que funcione em rede e possa abranger e articular diversos serviços (não apenas de saúde) como uma possibilidade de superação do modelo biomédico vigente, cujas intervenções apresentam-se fragmentadas (BRASIL, 2004; MENDES, 2010).

As unidades hospitalares, tanto gerais quanto psiquiátricas, integram essa rede, recebendo demandas referentes principalmente aos processos de desintoxicação. Na verdade, o papel dessas instituições não parece estar muito claro no que diz respeito ao manejo dos quadros de dependência (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Apesar disso, um relato de experiência mostra que os objetivos do atendimento nesses dispositivos de saúde podem ser bem mais amplos, tal como ocorre em um Serviço Hospitalar e de Referência para Álcool e Drogas (SHRAD), e, assim, a Enfermagem pode ser bastante ativa e contribuir para uma assistência que inclua, no seu planejamento, o acolhimento, ações de conscientização e orientação do paciente desde a porta de entrada no hospital; rastreamento de problemas associados ao uso de substâncias; esclarecimento e orientação sobre a questão da dependência enquanto condição de transtorno psiquiátrico; avaliação do grau de aceitabilidade do paciente em relação ao tratamento como um todo (encaminhamentos necessários, desintoxicação e possibilidade de continuidade em abstinência ou redução de danos no pós alta); ajuda ao paciente para que ele repense seu projeto de vida; no caso dos clientes portadores de doenças

sexualmente transmissíveis, oferecimento de cuidados específicos e encaminhamentos necessários; realização de campanhas internas de conscientização entre os profissionais acerca da dependência e suas implicações para o indivíduo na própria unidade hospitalar, enfocando o direito ao tratamento digno e humano (CRP, 2012).

Estudo qualitativo desenvolvido com usuários de *crack* internados em um hospital psiquiátrico no Rio Grande do Sul demonstrou que o aproveitamento produtivo do tempo livre durante a internação e a construção de uma relação mais humanizada por parte dos profissionais (entre outros fatores) também devem fazer parte da gama de recursos terapêuticos dispensados nos hospitais. Um dado interessante, referente ao último aspecto citado, é que três dos sete entrevistados reconheceram esse cuidado na atuação de alguns técnicos de enfermagem que se propuseram a “conversar” e a “dar conselhos” (MAGALHÃES; SILVA, 2010).

Acresce-se que, na prática clínica hospitalar, o enfermeiro precisa estar muito atento a problemas que estão normalmente associados ao consumo de álcool e/ou drogas, tais como diagnósticos de doenças pancreáticas, hepáticas (hepatites, esteatose), gástricas (gastrites, úlceras), cardíacas (hipertensão arterial), vasculares, entre outras (GONÇALVES, 2011).

Nesse sentido, além do reconhecimento das enfermidades, faz parte das atribuições do enfermeiro hospitalar a identificação dos efeitos físicos e mentais decorrentes do uso agudo e crônico de substâncias psicoativas e dos eventuais sintomas de abstinência. A presença de disfunções fisiológicas ocorrendo conjuntamente com alterações comportamentais (como a agressividade, euforia, agitação, prejuízo do juízo crítico da realidade, por exemplo) pode ser um indício do uso de substâncias e não estar tão visível para o profissional no momento da abordagem, representando, por vezes, situações que requerem cuidado crítico (CENPRE, 2012; BROTTTO; LEE, 2007).

No que tange especificamente aos sintomas de abstinência do álcool, classificar os sinais e sintomas de distúrbio motor, distúrbio do sono, confusão mental, alucinações, sudorese, sintomas gastrointestinais, convulsões e alterações da frequência de pulso, do apetite e da pressão arterial em leves, moderados e graves deve também fazer parte da avaliação do enfermeiro (BRASILb, 2009; JOHNSON, 2000).

Em alguns casos, as demandas supracitadas podem caracterizar

situações de urgência e emergência, nas quais a Enfermagem deverá prover auxílio para manutenção das funções vitais do cliente, assegurar segurança e aliviar o desconforto (JOHNSON, 2000).

Vale ressaltar que o hospital geral é, via de regra, a porta de entrada para o tratamento dos problemas decorrentes do uso do álcool ou outras drogas, mas nem sempre os enfermeiros generalistas têm preparo adequado em relação a isso e, nesse contexto, tanto a qualidade quanto a quantidade do cuidado estão condicionadas ao conhecimento, à percepção e às atitudes que o enfermeiro possui em relação ao cliente. Se o profissional mantiver uma atitude negativa em relação ao usuário de álcool e/ drogas, o reflexo disso pode ser a adoção de uma postura também negativa por parte do cliente em relação ao enfermeiro (OLIVEIRA; VARGAS, 2012).

O cuidado de enfermagem ao usuário de substâncias psicoativas nos serviços especializados

Com a mudança do perfil do uso de substâncias (especialmente do *crack*) e a partir da expansão, maior acesso e diversificação dos equipamentos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o enfermeiro tem assumido o papel de membro de equipes multidisciplinares em serviços de tratamento e reabilitação psicossocial dos dependentes, tais como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), os Consultórios de Rua e os Ambulatórios de Saúde Mental, apesar de nem sempre estarem plenamente preparados para essa função (BRASIL, 2011; VARGAS; DUARTE, 2011).

Todos esses serviços têm seu funcionamento alicerçado no desafio de humanizar a assistência ao usuário de substâncias psicoativas, na perspectiva de uma Clínica Ampliada, de modo que ele não fique reduzido a um diagnóstico e nem tenha sua assistência focada apenas no profissional médico, ou seja, privilegia o acompanhamento terapêutico compartilhado (TAVARES, 2005).

Na lógica da Clínica Ampliada, não apenas a equipe multidisciplinar protagoniza a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), mas também os próprios usuários, entendendo que quanto mais longo for o seguimento do tratamento, mais necessárias serão sua participação e autonomia. Há, portanto, um compartilhamento de obrigações assumidas por ambas as partes (BRASIL, 2008).

Na verdade, o PTS é um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo”, que deve ser constantemente reavaliado; é voltado a situações mais complexas. Ademais, prima pela intersetorialidade, pois são reconhecidas as limitações advindas de restringir a resolução de problemas multifatoriais apenas às tecnologias e conhecimentos da área saúde (BRASIL, 2008).

Na condução e acompanhamento do PTS, é necessário que um profissional que tenha construído e estreitado vínculos com determinada pessoa, assuma a responsabilidade de ser seu “profissional de referência” frente à equipe (BRASIL, 2008). Esse pode ser um dos papéis desempenhados pelo enfermeiro em um serviço especializado para o tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool e drogas (ROSA, 2005).

Ainda no que se refere à atuação da Enfermagem no âmbito da equipe multidisciplinar que integra um PTS, destaca-se sua contribuição para o estabelecimento do diagnóstico (quando são investigados os riscos e vulnerabilidades do usuário) e para definição de metas (quando o enfermeiro é o profissional de referência e, após o diagnóstico ter sido feito pela equipe, negocia metas de curto, médio e longo prazo com o cliente)(GONÇALVES; TAVARES, 2007).

O enfermeiro membro de um CAPS-ad sempre vai se deparar com as demandas dos PTS de seus clientes, mas, além disso, diversas outras funções integrarão igualmente seu rol de atividades cotidianas. Kantorski e colaboradores (2010), baseados na abordagem psicossocial que emergiu a partir da Reforma Psiquiátrica, dividem essas funções em dois grupos: (i) funções ressignificadas - atividades mais restritas ao trabalho da enfermagem como entrega, conferência, administração e supervisão da medicação; cuidados com a higiene pessoal; exame físico; atividades burocráticas da unidade; treinamento do pessoal da enfermagem; observação dos usuários não inseridos em atividades; e (ii) funções construídas no modo psicossocial –atividades nem sempre comuns aos enfermeiros atuantes em outros serviços, tais como acolhimento; realização e discussão de oficinas e grupos terapêuticos; participação em assembleias e em reuniões (de equipe e de coordenadores de Serviços de Saúde Mental); visitas domiciliares, visando interação com a família; acompanhamento em consultas e participação em atividades de lazer e socialização.

Lidar com comorbidades também integra a rotina dos enfermeiros que trabalham nos serviços especializados para reabilitação do uso de álcool e outras drogas, já que a maior demanda consiste de clientes dependentes e essa condição, por si só, frequentemente se apresenta acompanhada de outros transtornos mentais e comportamentais, com risco aumentado para suicídio, especialmente entre aqueles pacientes com histórico de uso de múltiplas substâncias (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012; COSTA; OLIVEIRA, 2012). São prevalentes os transtornos de humor, transtornos psicóticos, de ansiedade e de personalidade (DEMETROVICS; 2009).

Pode-se dizer, portanto, que nos dispositivos de saúde mental voltados para álcool e drogas, o enfermeiro é um membro valorizado na equipe multidisciplinar pela gama de atividades que desenvolve e por sua flexibilidade no contexto do trabalho (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Em oposição a essa observação, são evidentes as limitações e os desafios observados na prática, tais como o enfoque aos problemas clínicos e físicos dos cliente e o despreparo para atuar nos casos que envolvem uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Para ilustrar essa situação, um estudo brasileiro, conduzido com 16 enfermeiros atuantes em CAPS-ad, mostrou que aproximadamente 70% dos participantes referiram não ter recebido preparo formal para atuar junto aos usuários de substâncias psicoativas. Interessante destacar que a gênese dessa falta de conhecimento por parte dos profissionais que estão na linha de frente já pode ser percebida desde o período de graduação, pois se sabe que o conhecimento dos estudantes é, igualmente, limitado (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011; VARGAS VILELA; VENTURA; SILVA, 2010).

A execução das ações de enfermagem nos serviços especializados na área em questão requer um alto nível de complexidade e, portanto, um cuidadoso planejamento da assistência integrada ao PTS precisa ser feito de modo a aumentar o nível de resolutividade dos problemas apresentados pelo cliente. Para que isso ocorra, entretanto, é necessário haver predomínio de práticas comunitárias nos serviços (MARINHO et al., 2012).

1.4.2 O cuidado religioso e espiritual ao usuário de substâncias psicoativas

A história recente da área da saúde mostra uma crescente valorização da religiosidade e da espiritualidade como recursos terapêuticos e objetos de pesquisa (COOK, 2004; MONOD et al., 2011). Paralelamente, esse movimento está atrelado à produção de diversos estudos científicos e ao desenvolvimento de instrumentos psicométricos como forma de avaliar as diversas facetas dessas dimensões. Essa mesma realidade se reproduz no âmbito da área que explora temas correlatos ao uso de álcool e/ou drogas (GALANTER et al. 2007; MONOD et al., 2011; KOENING; BUSSING, 2010; LILLIS et al., 2008).

Nesse sentido, vale mencionar distinções conceituais entre os termos "espiritualidade" e "religiosidade" (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; CLARKE, 2006; MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; POWELL et al., 2003), considerando que os mesmos têm sido eventualmente interpretados como sinônimos. No presente estudo, espiritualidade será aquilo que dá às pessoas sentido e propósito na vida e diz respeito à influência de Deus como um Ser Superior, que interfere no viver humano; refere-se, portanto, ao transcendente e não mantém relação com determinada religião (KOENING, 2008). Religiosidade será concebida como uma prática sectária (GALANTER et al., 2007), que faz parte de um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, criados para facilitar a aproximação com o sagrado ou o transcendente (MOREIRA-ALMEIDA; KOENING, 2006).

No que tange a algumas populações-alvo específicas, como no caso de usuários de álcool e drogas, o tema em questão torna-se ainda mais relevante, uma vez que as práticas espirituais e religiosas por dependentes de substâncias estão frequentemente associadas à manutenção de estado de abstinência, permanência nos programas de tratamento e a outras atitudes que reforçam os recursos de força pessoal (CHU, SUNG, HSIAO, 2012). Nesse contexto, espiritualidade relaciona-se com a manutenção do estado de sobriedade, satisfação pessoal, redução de episódios de *binge drinking*, orientações mais otimistas de vida, melhor suporte social e menores níveis de ansiedade (LEIGH; BOWEN, MARLATT, 2005; POAGE; KETZENBERGER; OLSON, 2004).

O exercício da dimensão espiritual, especialmente para indivíduos vinculados a grupos que preconizam abstinência de drogas e álcool, tais como os

Narcóticos Anônimos (NA) e os Alcoólicos Anônimos (AA), tem sido associado à redução do padrão de consumo e maior nível motivacional para mudança do comportamento de uso de substâncias psicoativas, bem como diminuição dos episódios de *craving* e maior visão crítica sobre as consequências do beber (GALANTER et al., 2007; KRENTZMAN et al., 2011).

Com relação à religiosidade, evidências recentes sugerem, ainda, que o consumo de drogas, e especialmente do álcool, é diretamente influenciado pela religião professada e por sua prática, agindo como fator protetor do uso de substâncias para a população (prioritariamente para jovens), o que nem sempre pode ser atribuído à espiritualidade (GNAT, 2006; PILLON et al., 2011; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Paradoxalmente aos achados recorrentes na literatura, até mesmo nos estudos que não encontraram resultados condizentes com a afirmativa de que a prática espiritual pode favorecer diretamente o usuário de álcool e/ou drogas, verifica-se que o exercício da espiritualidade pode ser significativamente efetivo para melhora dos quadros de ansiedade e depressão, comuns aos processos de mudança de comportamento (ARNOLD et al., 2002; MILLER et al., 2008; MILLER; ROLLNICK, 2001).

Esforços têm sido realizados pela área de Enfermagem para que todos esses aspectos supracitados possam ser incorporados pelos estudantes e profissionais e refletidos no cuidado, não apenas para áreas específicas de atuação, mas nos âmbitos dos diferentes serviços (CORTEZ, 2009).

Nesta mesma perspectiva, emerge a questão da humanização e do cuidado holístico, que passa a ser incorporada ao campo da Enfermagem, principalmente a partir do desenvolvimento de teorias na área (1970), tal como descrito no item 1.3 (capítulo 2). A inclusão da atenção e do conforto espiritual coincide com as primeiras práticas desenvolvidas por Florence Nigthingale na Guerra da Criméia (1854), já que a mesma prestava sua assistência recorrendo, também, a leituras bíblicas e devocionais aos doentes terminais e gravemente feridos. Essa iniciativa, apesar de remontar aos primórdios da Enfermagem, ainda hoje está em perfeita consonância com o que se concebe em relação às necessidades humanas básicas e, conseqüentemente, ao cuidado, considerando que a espiritualidade e a religiosidade consistem em aspectos a serem observados e pensados pelo enfermeiro em seu planejamento do cuidado (HORTA, 1979; SÁ E

PEREIRA, 2007).

A assistência de enfermagem às dimensões espiritual e religiosa do usuário de álcool ou outras substâncias objetiva auxiliar no controle de emoções e sensações, podendo integrar o rol de diferentes estratégias e técnicas motivacionais aplicáveis tanto ao âmbito da prevenção quanto do tratamento; deve englobar o estabelecimento do relacionamento interpessoal (GONÇALVES et al., 2010; GONÇALVES et al., 2011).

Nos diferentes campos de atuação, para uma prática clínica efetiva, o enfermeiro tem a opção de investigar sobre as crenças religiosas ou espirituais e utilizá-las como recurso terapêutico, pois é notório que esses componentes humanos interferem nas atitudes e podem ser fortes motivadores para alterações nos modos de pensar, sentir e agir do indivíduo (ALVES; CONTI; CARVALHO, 2007). Essa maneira de implementar o cuidado religioso/espiritual pode ter seus efeitos potencializados, se pensada a partir de um modelo explicativo que melhor se enquadre à história de vida do cliente (PILLON; LUIS, 2004).

Apesar da relevância não restrita à questão das substâncias, a intervenção que privilegia as dimensões espirituais e religiosas da pessoa não é reconhecida como prioritária entre os enfermeiros, o que pode ser explicado por vários motivos, entre eles a inabilidade para lidar com o subjetivo e a desvalorização do potencial terapêutico dessas facetas humanas em relação à esfera biológica do ser humano (KOCISZEWSKI, 2004). Outros fatores limitantes referem-se ao excesso de atribuições, tempo reduzido para atendimentos individuais, falta de parâmetros para avaliar quando a religião e a espiritualidade podem ajudar a lidar com um agravo e quando podem estar exacerbando essa condição, falta de informações sobre o paciente e tendência dos profissionais a privilegiar determinados aspectos do sujeito em detrimento de outros (SHERRY; CASH, 2004).

2. OBJETIVOS

2.2 Objetivo geral

Identificar as possíveis relações entre atitudes e percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas antes e após uma intervenção educativa.

2.3 Objetivos específicos

- Avaliar os conhecimentos sobre aspectos da assistência de Enfermagem aos usuários de álcool e drogas entre estudantes de Enfermagem antes e após uma intervenção educativa;
- Comparar as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao trabalho com usuários de drogas e álcool antes e após uma intervenção educativa;
- Comparar as percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde frente ao usuário de substâncias psicoativas antes e após uma intervenção educativa;
- Avaliar o desempenho da versão do instrumento *Treatment Spirituality/Religiosity Scale (TSRS)*, traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil;
- Avaliar o desempenho do instrumento *Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ)*, traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil.

2.4 Hipótese

H_0 : As relações entre as atitudes e percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas não se diferenciam antes e após uma intervenção educativa;

H_1 : As relações entre as atitudes e percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas se diferenciam antes e após uma intervenção educativa.

H_0 : Os conhecimentos sobre aspectos da assistência de Enfermagem aos usuários de álcool e/ou drogas não são diferentes antes e após uma intervenção educativa.

H_1 : Os conhecimentos sobre aspectos da assistência de Enfermagem ao usuário de álcool e/ou drogas são diferentes antes e após uma intervenção educativa.

H_0 : As atitudes e as percepções em relação aos aspectos religiosos e espirituais do cuidado não são diferentes antes e após uma intervenção educativa.

H_1 : As atitudes e as percepções em relação aos aspectos religiosos e espirituais do cuidado são diferentes antes e após uma intervenção educativa.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Estudo analítico, longitudinal e prospectivo. A presente pesquisa envolveu também uma etapa de estudo psicométrico referente aos procedimentos de adaptação transcultural e validação das escalas DDPPQ e TSRS.

3.2 Local

Os dados foram coletados em duas instituições de ensino superior, sendo uma pública e outra privada, na região do Médio Araguaia, município de Barra do Garças, Estado de Mato Grosso (MT) .

O critério de escolha das referidas universidades como locais de pesquisa justifica-se pelo fato de as mesmas serem as únicas instituições regionais onde funcionam cursos de graduação em Enfermagem reconhecidos pelo Ministério da Educação. Ambas possuem projetos pedagógicos que preconizam a formação de um profissional generalista, numa perspectiva que englobe aspectos biopsicossociais e espirituais do indivíduo. Além disso, os estudantes, quando em campo de estágio, têm a oportunidade de realizar atendimentos voltados a usuários de álcool e outras drogas em diversos momentos durante o curso de graduação.

3.2.1 Instituição Pública de Ensino Superior

A instituição pública onde os dados foram coletados para este estudo consiste em um campus do interior, de uma instituição federal do Estado de Mato Grosso, situada no município de Barra do Garças/MT. Atualmente conta com 2382 alunos matriculados em cursos vinculados a três institutos de diferentes áreas do conhecimento: ciências biológicas e da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia), ciências exatas e da terra (Agronomia, Ciência da Computação, Engenharia Civil, Engenharia de Alimentos, Física, Matemática, Química) e ciências humanas e sociais (Jornalismo, Direito, Geografia, Letras) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, 2012).

Em relação ao curso de Enfermagem, segundo dados levantados junto ao setor de controle acadêmico da referida instituição, no primeiro semestre de 2012

(quando os dados foram coletados) eram 125 matriculados, estando assim distribuídos: 31 no primeiro ano, 27 no segundo, 29 no terceiro, e 38 no quarto ano.

3.2.2 Instituição Privada de Ensino Superior

Esta instituição possui 14 cursos de graduação em diferentes áreas do conhecimento (Administração, Ciências Contábeis, Educação Física, Medicina Veterinária, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Agronomia, Zootecnia, Pedagogia, História, Serviço Social, Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas) (FACULDADES UNIDAS DO VALE DO ARAGUAIA, 2012).

No que tange ao curso de Enfermagem, especificamente no período em que este estudo foi realizado, havia um total de 327 matriculados em diferentes turmas, dos quais 99 eram estudantes do primeiro ano, 93 no segundo, 92 no terceiro e 43 no quarto ano, de acordo com os controles de matrícula fornecidos pela referida instituição.

3.3 Amostra

Participaram deste estudo estudantes de Enfermagem de nível superior (N=62).

- **Critérios de inclusão:** ser estudante regularmente matriculado em qualquer período do curso de Bacharelado em Enfermagem; já ter realizado algum atendimento no qual foi necessário abordar a questão do uso de álcool e/ou drogas; concordar em se submeter a uma intervenção educativa sobre assistência de enfermagem aos usuários de substâncias psicoativas; responder a um questionário anteriormente à intervenção e um mês após ter concluído a mesma; ter dezoito anos ou mais; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa.
- **Critérios de exclusão:** não concordar em participar do estudo; não ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; faltar a alguma das aulas da intervenção educativa sobre assistência de enfermagem aos usuários de substâncias psicoativas; não responder a um dos questionários; ter passado por mais alguma capacitação para

assistência de enfermagem em álcool e drogas antes da segunda aplicação do questionário; apresentar alguma condição que impeça a compreensão de perguntas de um instrumento de pesquisa.

A etapa de estudos psicométricos das escalas TSRS e DDPPQ incluiu estudantes de Enfermagem de nível técnico, além dos estudantes de nível superior e apresentou critérios de inclusão e exclusão distintos dos supracitados, conforme as peculiaridades de cada um dos instrumentos (artigos 1 e 2).

3.4 Aspectos Éticos

Inicialmente foi solicitada a anuência formal de todas as instituições previstas como campos para coleta de dados (APÊNDICES A e B) e a autorização dos autores dos instrumentos originais utilizados nos estudos psicométricos (DDPPQ e TSRS – ANEXOS A e B). Em seguida, respeitando aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 196/96, obteve-se aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller/UFMT (CAAE 02441512.5.0000.5541 / 2012 – ANEXO C). Somente após, deu-se início ao processo de coleta de dados.

Os sujeitos convidados a participar do estudo foram inicialmente orientados sobre a justificativa, os objetivos e procedimentos. Da mesma forma, foram informados de que em virtude do delineamento deste estudo, e também por envolver dois momentos de coletas de dados, seria necessário realizar um controle dos respondentes da pesquisa. Por este motivo, o participante, juntamente com o questionário de pesquisa numerado (o qual não continha nenhum dado de identificação), recebeu um outro envelope com o mesmo código numérico do questionário. Nesse envelope, havia uma ficha solicitando a identificação e um contato do participante para que o mesmo fosse localizado para a segunda etapa do estudo (e-mail ou telefone).

Na devolução, a ficha foi lacrada dentro do envelope e depositada em urna distinta à do caderno de questões, de modo a garantir anonimato e sigilo. Essa urna ficou em poder da pesquisadora-responsável, sem acesso a outras pessoas. Em nenhuma circunstância, os dados existentes na ficha de identificação foram lançados em banco de dados ou divulgados.

Aqueles que concordaram em participar da pesquisa manifestaram sua anuência por meio da assinatura nos impressos do Termo de Consentimento Livre-

Esclarecido (TCLE).

Vale esclarecer que os TCLE foram elaborados de acordo com a etapa da pesquisa, ou seja, parte de “estudo de intervenção educativa”, da qual participaram os estudantes de Enfermagem (APÊNDICE C) ou parte de “estudo psicométrico”, que envolveu o Comitê de Juízes (APÊNDICE D). Duas vias do TCLE foram providenciadas, estando, assim, garantida uma cópia do mesmo ao participante e ficando a outra em poder da pesquisadora.

Este trabalho foi conduzido de modo a atender às normas previstas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que visa o respeito à dignidade humana. Com isso, assegurou-se ao entrevistado:

- garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia;
- liberdade para se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo para si;
- garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (CONEP, 196/96).

3.5 Procedimentos

3.5.1 Elaboração da intervenção educativa em assistência de enfermagem para usuários de álcool e/ou drogas

O modelo teórico-prático de construção da intervenção educativa, que consistiu de um curso com quatro aulas (APÊNDICE E), levou em consideração alguns aspectos gerais já pensados e descritos por Silva (2005) em experiência semelhante durante seu processo de doutoramento. Dessa forma, os seguintes itens nortearam a elaboração da intervenção educativa: método didático mais adequado; conteúdo de maior relevância na área de Enfermagem e pertinente aos objetivos deste estudo; diretrizes internacionais para treinamento de pessoal em saúde em assuntos relacionados ao álcool e drogas (NIAAA, 2005); assistência aos usuários de substâncias psicoativas em diversos contextos de saúde; tempo ideal a ser empregado e recursos humanos e materiais existentes. Em resposta à necessidade de se contemplar os itens acima elencados, foram realizados:

- Pesquisa na literatura sobre métodos didáticos apropriados e viáveis: optou-

se por aplicar a intervenção educativa sob forma de aula expositiva dialogada.

- Estruturação dos módulos que integraram o conteúdo programático: baseou-se na revisão bibliográfica e nos referenciais teóricos utilizados na etapa de “introdução” deste trabalho. O enfoque foi dado às principais lacunas observadas na literatura, ficando assim constituído:
 - Aula 1: Epidemiologia e classificação das principais substâncias psicoativas utilizadas no Brasil;
 - Aula 2: Rastreamento e Intervenções Breves a partir do ASSIST;
 - Aula 3: O cuidado ao usuário de substâncias psicoativas nos diversos equipamentos de saúde;
 - Aula 4: Cuidado à dimensão espiritual. Qual sua importância para o usuário de substâncias psicoativas?

A primeira aula foi programada com o objetivo de apresentar aos participantes da intervenção educativa a classificação das principais substâncias psicoativas de abuso utilizadas no Brasil e introduzir conceitos sobre aspectos sociais e epidemiológicos envolvidos com o uso de álcool e outras drogas nesse contexto. Foram abordadas questões relativas ao impacto do uso de substâncias na sociedade brasileira, diferença entre o uso abusivo e a dependência, fatores de risco, fatores de proteção e as características das pessoas que fazem uso de determinadas drogas.

Na segunda aula foram enfatizadas as ações preventivas que o enfermeiro pode desenvolver em seu contexto de atuação. O tema foi “Rastreamento e Intervenções Breves a partir do ASSIST”. Para trabalhar esse conteúdo, adotou-se a primeira parte do modelo de treinamento oferecido pela Rede TREATNET II, que é um projeto do Ministério da Saúde em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) para o Brasil e Cone Sul (BRASIL, 2011). Vale observar que a autora desta tese recebeu treinamento adequado para replicar o referido conteúdo para profissionais de saúde (ANEXO D); o ASSIST é um dos instrumentos de rastreamento mais utilizados no mundo. Pelo fato de ser amplamente difundido, possui um bom índice de estudos que reproduzem sua validade para diversos contextos, inclusive para o Brasil (HARRIS, 2013; HENRIQUE et al., 2004). De acordo com o conteúdo programático, foram

abordados os tópicos: identificação de sinais e sintomas do uso; problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool e outras drogas; utilização de um instrumento de rastreamento e aplicação da técnica de Intervenção Breve, incluindo a parte de aconselhamento.

Na terceira aula, foram abordadas, de maneira sucinta, as ações de enfermagem que devem ser direcionadas ao cuidado do usuário de álcool e/ou drogas e o papel do enfermeiro nos seguintes dispositivos de saúde: Unidades de Atenção Básica à Saúde; Pronto Atendimento / Unidades Hospitalares e Serviços de Saúde Mental.

A quarta aula propôs disseminar, entre os participantes, informações sobre os fundamentos e a importância da atuação de enfermagem no cuidado à dimensão espiritual e religiosa do indivíduo que faz uso de substâncias psicoativas. Neste contexto, foram abordadas as bases desse cuidado; diferenças entre religiosidade e espiritualidade; dificuldades apresentadas pelos enfermeiros para prestar assistência espiritual/religiosa ao cliente e sua importância para o usuário de substâncias psicoativas.

A carga horária total de ministração das aulas referentes à intervenção educativa foi de 16 horas, sendo 4 horas para cada aula.

3.5.2 Etapa de estudo de intervenção educativa e coleta dos dados

As aulas da intervenção educativa em assistência de enfermagem para usuários de álcool e/ou drogas foram oferecidas de forma vinculada a um projeto de extensão cadastrado no Sistema de Informação e Gestão de Projetos (SIGProj) pela Universidade Federal de Mato Grosso (cadastro número 108540.458.115295.23032012). Tiveram, como público-alvo, estudantes de nível técnico e superior em Enfermagem (de acordo com as etapas previstas para realização deste estudo) e foi aberto também a profissionais de enfermagem atuantes na rede de saúde. Foram disponibilizadas vagas para duas turmas de até 80 inscritos, mas, efetivamente, participaram de todas as aulas 98 estudantes de nível superior e técnico de enfermagem. Não houve inscrições de profissionais da área.

No primeiro dia da intervenção educativa, antecedendo o início da aula, foi feita uma apresentação do projeto de pesquisa vinculado à capacitação e todos

os participantes inscritos foram convidados a contribuir com o estudo. Com isso, de acordo com descrito no item 3.5.1, foi realizada a primeira etapa de coleta de dados. Elaborou-se um controle dos respondentes e, decorrido um mês da primeira mensuração, foi feito contato com os mesmos com objetivo de solicitar o preenchimento do questionário da pesquisa pela segunda vez.

É oportuno esclarecer que para a etapa de estudos psicométricos das escalas DDPPQ e TSRS, outros estudantes que não frequentaram as aulas da intervenção educativa também foram recrutados nas instituições de ensino às quais eram vinculados (igualmente foram solicitados a responder ao questionário duas vezes, com diferença de um mês entre uma aplicação e outra). Obviamente, foram excluídos da etapa deste estudo que se refere à avaliação da intervenção educativa. Em resumo:

Figura 1 – Fluxograma de coleta de dados

Como se observa na figura acima, entre os 98 estudantes de Enfermagem que integralizaram o curso referente à intervenção educativa, apenas 62 (63,2%) preencheram os critérios de inclusão (item 3.3) e foram inseridos no denominado “grupo de intervenção educativa”.

3.6 Instrumento

- **Elaboração :**

De acordo com os objetivos deste estudo, a elaboração do instrumento de pesquisa envolveu uma etapa de adaptação transcultural e validação de duas escalas psicométricas: a *Drugs and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ)* e a *Treatment Spirituality / Religiosity Scale (TSRS)*. Os procedimentos adotados para tal fim constam dos artigos 1 (DDPPQ) e 2 (TSRS), referentes a cada uma das escalas, e estão apresentados após a parte de discussão desta tese.

- **Conteúdo**

Elaborou-se um questionário (APÊNDICES F e G) dividido em 5 partes, a saber:

- a) Informações gerais (item 3.6.1);
- b) Questões sobre conhecimentos em assistência de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas (item 3.6.2);
- c) Atitudes sobre problemas relacionados às drogas: Versão brasileira do *Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire* - DDPPQ-br (item 3.6.3);
- d) Questionário de atitudes sobre as percepções e os problemas relacionados ao álcool – *Short Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire* - SAAPPQ (item 3.6.4);
- e) Avaliação da ênfase do cuidado religioso e espiritual nos serviços: Versão brasileira da *Treatment Spirituality/Religiosity Scale* – TSRS-br (itens 3.6.5).

3.6.1 Informações gerais

Foram investigados dados sociodemográficos e aspectos da formação profissional, propondo a avaliar o perfil da amostra: idade, sexo, prática religiosa, situação ocupacional, atendimentos que envolvam a temática de álcool/drogas e tempo na área. Foram ainda incluídos nessa seção:

- AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test*): instrumento composto pelas três primeiras questões do AUDIT que avaliam a quantidade e frequência de consumo pessoal de álcool nos últimos 12 meses. Trata-se de um instrumento de uso livre e já validado para o contexto brasileiro (BABOR et al., 2003; MENEZES-GAYA, 2011);
- PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire*): instrumento voltado para avaliação da frequência de humor deprimido e anedonia nas últimas duas semanas (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2003). É uma versão breve do PHQ-9 (inclui apenas as questões um e dois). O estudo de validade preditiva do PHQ- 2 no Brasil foi realizado, tendo apresentado um bom desempenho psicométrico (valores de sensibilidade de 0,97 e de especificidade igual a 0,88) (MENEZES-GAYA, 2011).

Os dois instrumentos supracitados foram incluídos, pois o consumo pessoal de uma substância psicoativa pode ser um fator que interfere nas atitudes, tanto em relação ao usuário quanto em relação à própria substância (JUNQUEIRA, 2010). Ademais, a presença de sintomas depressivos pode refletir diretamente na motivação para o trabalho (isso se aplica aos estudantes de Enfermagem (FUREGATO, et al., 2006).

3.6.2 Questões sobre conhecimentos em assistência de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas

Nesta seção, foi investigado o nível de informação do estudante em relação a vertentes da assistência de enfermagem ao usuário de substâncias psicoativas (“nenhuma”, “pouca” ou “muita informação”). Os respondentes foram especificamente questionados sobre aspectos sociais e epidemiológicos do uso; identificação de sinais e sintomas do consumo; abuso e dependência de

substâncias; rastreamento e outras estratégias preventivas do consumo de álcool e outras drogas; como atuar profissionalmente no trabalho com reabilitação psicossocial; formas de realizar aconselhamento; barreiras no diagnóstico e tratamento (meios que impedem a equipe de saúde, o paciente e a família de intervirem nos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool e drogas). Esse modelo de avaliação foi adaptado com base na tese de doutorado de Junqueira (2010).

3.6.3 Escala de atitudes (drogas) - DDPPQ-br

A versão brasileira do DDPPQ, o DDPPQ-br é um dos instrumentos validados no contexto do presente estudo e as suas propriedades psicométricas investigadas estão descritas no artigo 1 desta tese.

De qualquer maneira, é oportuno discorrer sobre o DDPPQ original, construído, adaptado e validado para o contexto inglês (WATSON; MACLAREN; KERR, 2006), a partir do *Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire* (AAPPQ), cuja função é mensurar as atitudes e percepções de profissionais que trabalham com usuários de álcool. No caso do DDPPQ, ao invés de avaliar questões relacionadas ao trabalho com álcool, substitui-se por aspectos referentes às drogas (WATSON; MACLAREN; KERR, 2006).

Na verdade, o AAPPQ, antes do surgimento do DDPPQ, já havia sido adaptado com essa mesma finalidade. Como exemplo, cita-se uma pesquisa que testou o AAPPQ entre 252 agentes penitenciários vinculados a quatro unidades prisionais do sudoeste da Inglaterra. Denominou-se essa adaptação como “Prison Attitudes Drug Scale” (PAD), mas, apesar dos estudos preliminares do referido instrumento, ele não poderia ser considerado válido para uso entre profissionais de saúde sem novas avaliações psicométricas, por se tratarem, no caso, de duas populações com características específicas e muito distintas (AIREY, MARRIOTT, 2003; WATSON; MACLAREN; KERR, 2006).

O DDPPQ é um instrumento autoaplicável, composto por 20 itens a serem aplicados a indivíduos que trabalham diretamente com usuários de drogas. As respostas consistem em assertivas, nas quais o respondente pode concordar ou discordar de seu conteúdo, ou seja, compõem uma escala do tipo *Likert* (variando de 0-concordo muito a 7-discordo muito).

O estudo de validação e confiabilidade do DDPPQ foi conduzido em uma amostra aleatória estratificada, composta por 672 profissionais de diversas formações, como médicos, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros vinculados a um serviço de saúde mental e serviços voltados para atenção ao uso de álcool e drogas. A população foi constituída por 195 médicos, 80 psicólogos clínicos, 63 terapeutas ocupacionais e 735 profissionais de enfermagem (n=1073) (WATSON; MACLAREN; KERR, 2006).

Inicialmente, uma versão com 30 itens do DDPPQ foi utilizada para realizar o estudo das propriedades psicométricas. A redução do instrumento final a 20 itens ocorreu no contexto dos estudos de confiabilidade por teste e reteste e Análise de Componentes Principais (análise fatorial) (WATSON; MACLAREN; KERR, 2006).

Na exploração da fidedignidade do instrumento, foi checada a concordância entres as respostas em dois momentos pela estatística de *kappa ponderado* e aplicado o teste de sinal para verificar se as medianas apresentavam diferenças significantes. Cinco itens (15, 23, 30, 19 e 24) demonstraram desempenho limítrofe ou mau desempenho e foram descartados. Ademais, foi feito o teste t pareado, revelando que a diferença média nos escores totais não eram significativas ($P=0,14$). O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0.82, demonstrando um bom índice (WATSON; MACLAREN; KERR, 2006).

Na análise fatorial, outros itens também foram eliminados por apresentarem baixas cargas fatoriais. A análise dos componentes principais (n=377) confirmou a validade de construto do DDPPQ e demonstrou a presença de cinco subescalas no instrumento: adequação na função; suporte; satisfação no trabalho; autoestima e legitimidade da função. O ponto de corte utilizado para designar “confiabilidade satisfatória” de um fator foi de $\alpha=0.4$. Dessa forma, foram encontrados os seguintes valores de consistência interna e composição dos fatores: Componente 1 ($\alpha= 0.94$): sete itens (Função de adequação - itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7); Componente 2 ($\alpha= 0.78$): três itens (Função de suporte - itens 13, 13, e 14); Componente 3 ($\alpha= 0.80$): quatro itens (satisfação no trabalho - itens 20, 27, 28 e 28); Componente 4 ($\alpha= 0.69$): quatro itens (autoestima - itens 18, 21, e 26); Componente 5 ($\alpha= 0.89$): dois itens (legitimidade da função itens 9 e 11). Um teste-t foi realizado para detectar alguma mudança sistemática nas respostas comparando com a média da pontuação total. A consistência interna do instrumento com 20 itens na íntegra foi de α de Cronbach=0.87, considerado um resultado

muito satisfatório (WATSON; MACLAREN; KERR, 2006).

A seguir, a versão original do instrumento:

Please circle one number for each question.	Strongly agree	Strongly disagree
1. I feel I have a working knowledge of drugs and drug related problems.	1 2 3 4 5 6 7	
2. I feel I know enough about the causes of drug problems to carry out my role when working with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
3. I feel I know enough about the physical effects of drug use to carry out my role when working with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
4. I feel I know enough about the psychological effects of drugs to carry out my role when working with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
5. I feel I know enough about the factors which put people at risk of developing drug problems to carry out my role.	1 2 3 4 5 6 7	
6. I feel I know how to counsel drug users over the long term.	1 2 3 4 5 6 7	
7. I feel I can appropriately advise my patients/clients about drugs and their effects.	1 2 3 4 5 6 7	
8. I feel I have the right to ask patients/clients questions about their drug use when necessary.	1 2 3 4 5 6 7	
9. I feel I have the right to ask a patient for any information that is relevant to their drug problems.	1 2 3 4 5 6 7	
10. If I felt the need when working with drug users I could easily find someone with whom I could discuss any personal difficulties that I might encounter.	1 2 3 4 5 6 7	
11. If I felt the need when working with drug users I could easily find someone who would help me clarify my professional responsibilities.	1 2 3 4 5 6 7	
12. If I felt the need I could easily find someone who would be able to help me formulate the best approach to a drug user.	1 2 3 4 5 6 7	
13. I feel that there is little I can do to help drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
14. I feel I am able to work with drug users as well as other client groups.	1 2 3 4 5 6 7	
15. All in all I am inclined to feel I am a failure with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
16. In general, I have less respect for drug users than for most other patients/clients I work with.	1 2 3 4 5 6 7	
17. I often feel uncomfortable when working with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
18. In general, one can get satisfaction from working with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
19. In general, it is rewarding to work with drug users.	1 2 3 4 5 6 7	
20. In general, I feel I can understand drug users.	1 2 3 4 5 6 7	

3.6.4 Escala de atitudes (álcool) – SAAPPQ

Tal como o DDPPQ, o SAAPPQ é também um instrumento originário do *Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire* (AAPPQ-30), desenvolvido e validado na língua inglesa previamente por Cartwright (1980). Trata-se de uma versão reduzida ou breve do instrumento original, adaptado por Anderson e Clement (1987), que avalia percepções sobre o uso do álcool e os problemas relacionados, além das concepções sobre o trabalho com os usuários dessa substância (ANDERSON; CLEMENT, 1987). Já foi utilizado em pesquisas realizadas em outras

partes do mundo como Reino Unido, Austrália e Hong Kong, as quais envolveram a avaliação de atitudes de médicos, enfermeiros e estudantes de Enfermagem (ARTHUR, 2001; BROOKER et al., 1999; KANNER et al., 1999, PULFORD et al., 2007).

A versão utilizada neste estudo é livre e foi recentemente validada no Brasil em uma pesquisa conduzida com 235 estudantes de Enfermagem de nível superior (MACIEL, 2011). O instrumento apresentou bons índices de consistência interna global ($\alpha=0.87$) e também em seus dois fatores, individualmente.

O referido instrumento tem por característica ser autoaplicável e possuir 10 assertivas, nas quais o respondente assinala se discorda muito ou discorda, nem concorda/discorda, concorda ou concorda muito (Escala do tipo *Likert*, variando de 1 a 5 pontos, respectivamente), ou seja, quanto maior a pontuação, mais positiva é a atitude em relação ao trabalho com usuários de álcool (MACIEL, 2011).

Uma observação a respeito da versão brasileira do SAAPPQ é que o termo empregado para se referir aos usuários de álcool é “alcoólatra” e não há, no caso, distinção clara entre um usuário de risco, abusivo ou dependente. Por esse motivo, e também visando preservar a integridade semântica do estudo de validação pregresso, optou-se por mantê-lo, apesar de se tratar de um termo estereotipado.

Em relação ao cálculo dos escores da SAPPQ, é necessário que os itens que retratam atitudes negativas (3, 4 e 6) sejam recodificados da seguinte maneira: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1. Em seguida, basta fazer o somatório (MACIEL, 2011).

3.6.5 Escala de ênfase do cuidado religioso e espiritual nos serviços – TSRS-br

A TSRS (LILLIS et al., 2008), tal como a DDPPQ, corresponde a uma escala que apresenta suas propriedades psicométricas exploradas no contexto do presente estudo (artigo 2). Originalmente, consiste em um instrumento construído nos Estados Unidos cujo objetivo é medir e avaliar a ênfase dada à espiritualidade /religiosidade na terapêutica de transtornos relacionados ao uso de substâncias. Foi construído levando em conta as importantes implicações que a inclusão do fator espiritualidade/religiosidade pode ter para o usuário de substâncias.

O processo de elaboração da escala original ocorreu no contexto de um estudo multicêntrico, cujo objetivo era comparar os resultados de tratamentos de pacientes vinculados a programas que se baseiam em Doze Passos, Terapia Cognitivo-Comportamental e um tratamento que combina ambas as abordagens. Foram colhidos dados de 3.018 pacientes e 329 membros das equipes investigadas, distribuídos por 15 programas de diferentes localizações geográficas, selecionados e classificados em relação ao tipo de terapêutica que oferecem. Assim, foram realizadas visitas com duração de 1 a 2 dias aos locais de tratamento, além de contatos telefônicos. A aplicação da pesquisa foi feita a pacientes antes da conclusão do tempo de integralização do tratamento e também aos profissionais dos serviços que estivessem vinculados a um determinado programa por um período mínimo de 30 dias (LILLIS et al., 2008).

A forma de apresentação das alternativas de resposta para os itens “verdadeiro” ou “falso” foi escolhida com base em experiências prévias dos pesquisadores para assegurar melhor compreensão dos indivíduos da população-alvo e também pelo fato da TSRS ser um novo domínio da *Community-Oriented Programs Environment Scale* (LILLIS et al., 2008; MOSS, 1996).

Os itens que compõem a TSRS foram criados a partir de preceitos da literatura científica sobre espiritualidade/religiosidade e de observações sistemáticas e discussão com funcionários e coordenadores de diferentes programas de tratamento para álcool e outras drogas. Inicialmente foram incluídos cerca de 20 possíveis itens para a escala. Por meio de realizações de sucessivos testes-piloto, alguns foram considerados redundantes e, conseqüentemente, eliminados. Obteve-se, então, uma nova versão do instrumento composta por 12 assertivas. Análises subsequentes mostraram que a composição do instrumento com 9 ou 10 itens apresentou boa consistência interna (LILLIS et al., 2008).

Nesse sentido, os estudos de confiabilidade e validade evidenciaram que os 10 itens que compuseram a versão final da TSRS mostraram correlações médias inter-itens variando entre si de 0,18 a 0,32. A consistência interna do instrumento na íntegra também mostrou índices satisfatórios (Cronbach α = 0,77 para pacientes e α = 0,83 para profissionais). No caso da estrutura fatorial, uma Análise de Componentes Principais também foi feita para as duas amostras, sendo que valores iguais ou maiores que 1,5 foram retidos. Os resultados evidenciaram que o instrumento demonstrou estrutura unifatorial. A avaliação dos pacientes rendeu um

autovalor de 3,30 (33,01% da variância) e, para a equipe, o componente teve um autovalor de 4,05 (40,45% da variância) (LILLIS et al., 2008). A seguir, é apresentada a versão original do instrumento:

	Item	True	False
1.	Patients are encouraged to pray as part of their recovery program	1	0
2.	There is relatively little emphasis on religion or spirituality in this program	0	1
3.	Staff stress the importance of establishing a relationship with God or one's Higher Power	1	0
4.	Patients rarely attend religious services while in the program	0	1
5.	Staff encourage patients to attend religious services	1	0
6.	Patients rarely read the Bible or talk with chaplain	0	1
7.	Some of the group sessions end with the Serenity Prayer	1	0
8.	Patients are not encouraged to talk about prayer and religion	0	1
9.	The Bible and other religious materials are readily available	1	0
10.	Patients rarely talk about their religious beliefs	0	1

No âmbito desta pesquisa, mediante autorização dos autores da escala original, realizou-se a validação de uma versão brasileira da TSRS, denominada TSRS-br. Até o momento, nenhum outro estudo que reproduzisse as propriedades psicométricas dessa escala havia sido realizado no Brasil. Os resultados dessa etapa estão detalhadamente descritos no artigo nº 2, que faz parte desta tese. De qualquer maneira, é oportuno esclarecer que foi mantida a forma autoaplicável e composição de 10 itens da escala e a pontuação foi feita pelo simples somatório dos itens assinalados pelo respondente, tal como no instrumento original, sendo que as questões 1, 3, 5, 7 e 9 são pontuadas como fatores para inclusão de religiosidade/espiritualidade na assistência e, as questões 2, 4, 6, 8 e 10, como fator de exclusão.

Apesar de originalmente a TSRS ter sido elaborada para aplicação em serviços específicos de tratamento e reabilitação para o uso de álcool e/ou outras drogas, optou-se por não se restringir à observação da ênfase do cuidado religioso e espiritual nesses dispositivos de saúde pelo fato de que, na conformação da rede e na política de saúde brasileira vigente, o cuidado ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas deve ser irrestrito, apesar das diferenças de enfoque. Além disso, a Enfermagem, ao atuar em qualquer um desses serviços de saúde, também deve prestar assistência às dimensões subjetivas das pessoas.

3.7 Estudo piloto

A versão final do questionário foi aplicada em dez indivíduos da população-alvo (estudantes e profissionais de Enfermagem) para discutir possíveis dificuldades de entendimento em relação às questões. Embora não tenham sido necessárias modificações no instrumento de pesquisa, os questionários colhidos nesta etapa, por sua vez, não foram incluídos no banco utilizado para a análise dos dados.

3.8 Análise dos dados

Como recurso para viabilizar as análises, foi construído um banco de dados no programa estatístico SPSS – *Statistical Program of Social Science v.17 for Windows*.

Inicialmente, realizou-se uma estatística descritiva dos dados da amostra (extraídos da parte de “informações gerais” e “conhecimentos” do questionário) como requisito básico para sintetizar uma série de valores de mesma natureza (cálculos de frequência em número e porcentagem), permitindo uma visão global da variação desses valores, organizando-os e descrevendo-os de três maneiras: por meio de tabelas, gráficos e medidas de tendência central (médias, medianas) e de dispersão (mínimos e máximos, quartis, desvios padrão).

O nível de significância, 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 calculados com 95% de confiabilidade estatística (PAGANO; GAUVREAU, 2003).

Para aplicação das estatísticas adequadas, a normalidade dos dados foi testada por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov, Anderson-Darling e Shapiro-Wilk (MORETTIN; BUSSAB, 2005).

Para checar a correlação entre as atitudes e as percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas, antes e após a intervenção educativa nesta temática, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, definido como:

$$r = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}.$$

Ele quantifica a força de associação linear entre duas variáveis quantitativas e, portanto, descreve quão bem uma linha reta se ajustaria através de uma nuvem de pontos.

Se os pontos caem exatamente sobre uma linha crescente, então $r = 1$, ou seja, as variáveis em estudo terão relação positiva perfeita; assim, se uma aumenta, a outra também aumentará na mesma proporção. Por outro lado, se os pontos caem exatamente sobre uma linha decrescente, $r = -1$, 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, infere-se não existir correlação entre as variáveis.

Em resposta ao objetivo de comparar as atitudes e a ênfase no cuidado espiritual nos serviços, antes e após a intervenção educativa, adotou-se o teste t-Student pareado. No caso, o pareamento pôde ser observado pela necessidade da obtenção de medidas de um mesmo indivíduo ao longo do tempo. Esse teste tem por hipótese nula que a diferença entre as medidas obtidas em ambos os períodos seja igual a zero.

As análises referentes à parte dos estudos psicométricos estão descritas nos artigos 1 e 2.

4. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão apresentados da seguinte forma:

Parte I - Caracterização dos estudantes participantes do grupo de intervenção educativa;

Parte II – Avaliação do conhecimento sobre aspectos da assistência de enfermagem ao usuário de álcool e/ou drogas antes e após a intervenção educativa;

Parte III – Avaliação das atitudes e percepção sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde em relação ao usuário de substâncias psicoativas antes e após a intervenção educativa;

Parte IV – Avaliação das relações entre atitudes e percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde em relação ao usuário de substâncias psicoativas antes e após a intervenção educativa;

Parte V - Estudo da confiabilidade e validação dos instrumentos psicométricos DDPPQ e TSRS (apresentados após a parte de discussão, na forma de artigos - 1 e 2).

Parte I - Caracterização dos estudantes participantes do grupo de intervenção educativa

Tabela 1 - Distribuição em número e porcentagem do ano, população, amostra e tipo de IE, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

Ano em curso	Instituição Pública				Instituição Privada			
	População		Amostra		População		Amostra	
	N	%	n	%	N	%	n	%
Primeiro ano	31	24,8	-	-	99	30,2	-	-
Segundo ano	27	21,6	1	0,8	93	28,4	-	-
Terceiro ano	29	23,2	19	15,2	92	28,2	12	3,6
Quarto ano	38	30,4	23	18,4	43	13,2	7	2,2
Total	125	100	43	34,4	327	100	19	5,8

A tabela 1 apresenta a população e amostra de estudantes de Enfermagem que participaram do presente estudo. A maioria está vinculada a uma instituição pública e cursando o terceiro ou o quarto ano.

Tabela 2 - Distribuição em número e porcentagem das informações sociodemográficas, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

		n	%
Sexo	Feminino	50	80,6
	Masculino	12	19,4
Ocupação	Trabalha na área de saúde	5	8,1
	Não trabalha na área de saúde	9	14,4
	Não trabalha	48	77,4
Formação educacional	Sim	7	11,3
	Nível técnico ou auxiliar	55	88,7
	Nível Superior	7	11,3
	Não	55	88,7
Religião	Católico	32	51,6
	Evangélico	24	38,7
	Espírita	4	6,5
	Não tem religião, mas acredita em Deus	2	3,2
	Sim	46	74,2
Prática religiosa	Não	14	22,6
	Não se aplica	2	3,2

A tabela 2 evidencia que a amostra foi composta predominantemente por estudantes do sexo feminino, solteiros (39-62,9%) e jovens com média de idade de 23 anos ($Dp \pm 4,83$), variando entre 19 a 39 anos. Em relação às questões laborais, a maioria afirmou não possuir vínculo empregatício, mas, entre os que trabalhavam, 3 (4,8%) estavam em atividades por período de até um ano, 7 (11,3%) há mais de um ano e menos que três anos e 4 (6,4%) se encontravam no mesmo emprego há mais de três anos.

Sobre os serviços de saúde onde os estudantes mais vivenciaram experiências práticas na rede de atenção à saúde, tanto na condição de profissionais de saúde da rede como estagiários, 40 (64,5%) referiram as Unidades de Atenção Básica à Saúde, 18 (29%) os hospitais e 4 (6,4%) os Serviços de Saúde Mental.

A respeito da religião, uma boa parte dos estudantes se declarou evangélica, mas a maioria era de religião católica e praticante.

Tabela 3 – Distribuição em número e porcentagem do padrão de consumo de álcool nos últimos doze meses (AUDIT-C), segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

		n	%
Frequência do consumo	Nunca	23	37,1
	Uma vez por mês ou menos	22	35,5
	Duas a quatro vezes por semana	13	21,0
	Duas a três vezes por semana	4	6,5
Número de doses	Zero ou um	44	71,0
	Duas ou três	15	24,2
	Quatro ou cinco	3	4,8
Frequência do consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião	Nunca	32	51,6
	Menos que uma vez por mês	21	33,9
	Uma vez por mês	6	9,7
	Uma vez por semana	3	4,8

Acima estão apresentados, individualmente, os itens do AUDIT-C referentes à quantidade, à frequência e ao consumo de álcool no padrão *binge drinking* (que representa um consumo alcoólico de cinco ou mais doses) entre estudantes de Enfermagem. Observa-se que a maioria referiu ser abstinência ou consumir tal substância em frequência e quantidade consideradas baixas.

A tabela 3 evidencia ainda a terceira pergunta do AUDIT, que consiste em um instrumento rastreador do consumo abusivo de álcool, denominado AUDIT-3 (AALTO et al. 2009; WU et al. 2008), e que tem nota de corte igual a 2 pontos (MENESES-GAYA, 2011). Observa-se que, na amostra, há 3 (4,8%) estudantes que se classificaram na referida zona de risco.

Tabela 4 – Distribuição do número e porcentagem da classificação de riscos associados ao consumo de álcool nos últimos doze meses (AUDIT-C), segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

	n	%
Uso de baixo risco	60	96,8
Uso Abusivo	2	3,2

De acordo com o AUDIT-C, que também rastreia o uso abusivo de álcool, mas possui ponto de corte igual a 6 pontos (MENESES-GAYA, 2011), apenas 2 (3,2%) estudantes consomem bebida alcóolica acima de limites considerados de baixo

risco, reforçando os resultados que evidenciam baixos índices de problemas relacionados ao uso do álcool na amostra.

Tabela 5 – Distribuição, em número e porcentagem, dos sintomas depressivos (Escala PHQ-2), avaliados nas últimas duas semanas, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

		n	%
Foi incomodado por pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.	Nenhuma vez	35	56,5
	Vários dias	22	35,5
	Mais da metade dos dias	3	4,8
	Quase todos os dias	2	3,2
Sentiu-se triste, deprimido ou sem esperança.	Nenhuma vez	43	69,4
	Vários dias	15	24,2
	Mais da metade dos dias	1	1,6
	Quase todos os dias	3	4,8

Tabela 6 – Distribuição, em número e porcentagem, da classificação da Escala PHQ-2, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

	n	%
Sem sintomas depressivos	58	93,5
Com sintomas depressivos	4	6,5

A tabela 5 demonstra que a maioria dos estudantes entrevistados não apresenta sinais e sintomas depressivos expressos pela perda de interesse ou de prazer em realizar suas atividades, sentimento de tristeza, depressão ou falta de esperança nas duas últimas semanas à data em que os dados foram coletados. Isso é confirmado pela leitura da escala PHQ-2, apresentada na tabela 6 (GAYA, 2011).

Parte II – Avaliação do conhecimento sobre aspectos da assistência de enfermagem ao usuário de álcool e/ou drogas antes e após a intervenção educativa

Tabela 7 – Distribuição, em número e porcentagem, das opiniões sobre a assistência a usuários de substâncias psicoativas antes da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

	N	%
É possível fazer prevenção	4	6,5
É possível fazer tratamento	2	3,2
É possível fazer prevenção e tratamento	56	90,3

A tabela 7 mostra que os estudantes acreditam ser possível fazer tanto prevenção quanto tratamento em relação ao uso de substâncias psicoativas.

Quando questionados se já haviam recebido algum tipo de capacitação em relação ao tema “álcool e drogas”, anteriormente à participação no curso ministrado no âmbito deste estudo, 35 (56,5%) responderam afirmativamente, mas a consideraram insuficiente; 7 (11,6%) já haviam participado e julgavam suficiente e 20 (32,3%) nunca haviam recebido capacitação sobre essa temática.

Tabela 8 – Distribuição das respostas, em número e porcentagem, de conhecimentos teóricos sobre aspectos epidemiológicos e sociais relacionados aos usuários de álcool e drogas, segundo estudantes de Enfermagem antes e após a intervenção educativa (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

			n	%
Aspectos sociais e epidemiológicos do uso de álcool e outras drogas	Nenhuma informação	Antes	11	17,7
		Depois	-	-
	Poucas informações	Antes	50	80,6
		Depois	42	67,7
	Muitas informações	Antes	1	1,6
		Depois	20	32,2

Tabela 9 – Distribuição, em número e porcentagem, sobre conhecimento teórico e prático a respeito da atuação profissional do enfermeiro junto aos usuários de álcool e drogas, segundo estudantes de Enfermagem antes e após a intervenção educativa (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

			n	%
Atuação profissional no trabalho com prevenção do uso de álcool e drogas	Nenhuma informação	Antes	11	17,7
		Depois	-	-
	Poucas informações	Antes	47	75,8
		Depois	15	24,2
	Muitas informações	Antes	4	6,5
		Depois	47	75,8
Atuação profissional sobre o trabalho de reabilitação da dependência de álcool e drogas	Nenhuma informação	Antes	20	32,2
		Depois	-	-
	Poucas informações	Antes	40	64,5
		Depois	42	67,7
	Muitas informações	Antes	2	3,2
		Depois	20	32,2

Tabela 10 – Distribuição, em número e porcentagem, sobre conhecimento teórico e prático a respeito de aspectos do atendimento aos usuários de álcool e drogas, segundo estudantes de Enfermagem antes e após a intervenção educativa (N=62). Barra do Garças, MT, Brasil, 2012.

			n	%
Identificação de sinais e sintomas do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas	Nenhuma informação	Antes	3	4.8
		Depois	-	-
	Poucas informações	Antes	50	80.6
		Depois	22	35.5
	Muitas informações	Antes	9	14.5
		Depois	40	64.5
Instrumentos para rastreamento do uso de álcool e de outras drogas	Nenhuma informação	Antes	24	38.7
		Depois	-	-
	Poucas informações	Antes	35	56.5
		Depois	22	35,5
	Muitas informações	Antes	3	4.8
		Depois	40	64.6
Formas de aconselhamento para parar de usar álcool e outras drogas	Nenhuma informação	Antes	13	21.0
		Depois	1	1,6
	Poucas informações	Antes	43	69.4
		Depois	26	41.9
	Muitas informações	Antes	6	9.7
		Depois	35	56.5
Abordagens sobre o uso de álcool e outras drogas em um atendimento	Nenhuma informação	Antes	20	32.2
		Depois	3	4.8
	Poucas informações	Antes	41	66.1
		Depois	26	41.9
	Muitas informações	Antes	1	1.6
		Depois	33	53.2
Barreiras no diagnóstico e tratamento para abuso de álcool e outras drogas	Nenhuma informação	Antes	13	21.0
		Depois	2	3.2
	Poucas informações	Antes	47	75.8
		Depois	34	54.8
	Muitas informações	Antes	2	3.2
		Depois	26	41.9

As tabelas 8, 9 e 10 mostram as respostas dos estudantes acerca dos conhecimentos sobre os aspectos teóricos e práticos da assistência de enfermagem antes e após serem submetidos à intervenção educativa. De forma geral, os conhecimentos aumentaram para todas as variáveis estudadas, podendo-se destacar: o reconhecimento de sinais e sintomas do uso, abuso e dependência; implementação de ações preventivas para o uso de substâncias psicoativas e utilização de técnicas de aconselhamento.

Parte III – Avaliação das atitudes e percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde em relação ao usuário de substâncias psicoativas antes e após a intervenção educativa.

Tabela 11 – Comparação dos escores das escalas de atitudes (DDPPQ e SAAPPQ), avaliados antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Escalas	Tempo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Dp	p.
DDPPQ	1	47	118	70.5	74,0	13,8	0,0001*
	2	28	114	63.5	62,8	16.9	
SAAPPQ	1	26	49	39.0	38,6	4.5	0,0026
	2	30	50	41.0	40,7	4.7	

*Teste t-student Pareado – $p < 0,05$

A tabela 11 mostra uma diferença significativa nas atitudes dos estudantes em relação ao trabalho junto aos usuários de substâncias psicoativas, antes e depois de participarem do curso que consistiu na intervenção educativa.

Figura 2 -Box-Plot com descrição do valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil, valor máximo e valores extremos dos escores que representam as atitudes em relação ao trabalho com usuários de drogas (DDPPQ) antes (Pré) e depois (Pós) da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Tabela 12 – Distribuição, em número e porcentagem, dos itens da escala DDPPQ, avaliados antes e após a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

	RESPOSTA	T1		T2	
		n	%	n	%
1. Sinto que sei o suficiente sobre as causas dos problemas com drogas para exercer meu papel profissional.	Concorda	16	25,8	38	61,2
	Indiferente	19	30,6	14	22,6
	Discorda	27	43,5	10	16,1
2. Sinto que sei o suficiente sobre efeitos psicológicos relacionados ao uso de drogas quando exerço meu papel profissional.	Concorda	16	25,8	32	51,6
	Indiferente	14	22,6	14	22,6
	Discorda	32	51,6	16	25,8
3. Considero que tenho conhecimento sobre drogas e problemas relacionados ao seu uso para exercer meu papel no trabalho.	Concorda	20	32,3	38	61,2
	Indiferente	15	24,2	12	19,4
	Discorda	27	43,5	12	19,4
4. Sinto que sei o suficiente sobre efeitos físicos causados pelo uso de drogas para exercer meu papel profissional.	Concorda	23	37,1	38	61,2
	Indiferente	14	22,6	12	19,4
	Discorda	25	40,3	12	19,4
5. Sinto que sei o suficiente sobre fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de drogas para desempenhar meu papel profissional.	Concorda	24	38,7	45	72,5
	Indiferente	17	27,4	9	14,5
	Discorda	21	33,8	8	12,9
6. Sinto que posso aconselhar adequadamente meus pacientes/clientes sobre seu uso de drogas, quando necessário.	Concorda	14	22,6	29	46,8
	Indiferente	12	19,4	14	22,6
	Discorda	36	58,0	19	30,6
7. Sinto-me preparado(a) para aconselhar indivíduos que fazem uso de drogas há muito tempo.	Concorda	19	30,6	45	72,6
	Indiferente	13	21	8	12,9
	Discorda	30	48,4	9	14,5
8. Se eu sentir necessidade, eu posso facilmente encontrar alguém que possa me ajudar a formular uma melhor abordagem ao usuário de drogas.	Concorda	42	67,7	51	82,3
	Indiferente	9	14,5	4	6,5
	Discorda	11	17,8	7	11,3
9. Se eu sentir necessidade, eu posso facilmente encontrar alguém que possa me ajudar a esclarecer quais as minhas responsabilidades profissionais.	Concorda	44	71	51	82,2
	Indiferente	8	12,9	4	6,5
	Discorda	10	16,1	7	11,3
10. Se eu sentir necessidade, eu posso facilmente encontrar alguém para discutir alguma dificuldade pessoal em atender um usuário de drogas.	Concorda	26	41,9	35	56,4
	Indiferente	12	19,4	10	16,1
	Discorda	24	38,7	17	27,4
11. Sinto que tenho o direito de perguntar aos pacientes quaisquer informações importantes sobre seus problemas relacionados ao uso de drogas.	Concorda	24	38,7	38	61,2
	Indiferente	13	21,0	15	24,1
	Discorda	25	40,3	9	14,5
12. Sinto que tenho o direito de perguntar aos clientes sobre o seu uso de drogas, quando necessário.	Concorda	27	43,5	33	53,3
	Indiferente	9	14,5	15	24,1
	Discorda	26	42	14	22,6
13. Em geral, é satisfatório trabalhar com usuários de drogas.	Concorda	31	50,0	38	61,2
	Indiferente	13	21,0	11	17,8
	Discorda	18	29	13	21

Continua

	RESPOSTAS	T1		T2	
		n	%	n	%
14. Em geral, é gratificante trabalhar com usuários de drogas.	Concorda	21	33,8	34	54,8
	Indiferente	20	32,3	12	19,4
	Discorda	21	33,8	16	25,8
15. Sinto-me inclinado a sentir que sou um fracasso com usuários de drogas.	Concorda	35	56,4	44	70,9
	Indiferente	12	19,4	10	16,1
	Discorda	15	24,1	8	13
16. Em geral, tenho menos respeito por usuários de drogas do que por outros pacientes/clientes com quem trabalho.	Concorda	11	17,8	5	8,1
	Indiferente	3	4,8	4	6,5
	Discorda	48	77,4	53	85,4
17. Frequentemente me sinto desconfortável quando trabalho com usuários de drogas.	Concorda	41	66	39	62,9
	Indiferente	9	14,6	14	22,6
	Discorda	12	19,4	9	14,5
18. Em geral, é satisfatório trabalhar com usuários de drogas.	Concorda	24	38,7	25	40,3
	Indiferente	21	33,9	26	41,9
	Discorda	17	27,4	11	17,8
19. Em geral, é gratificante trabalhar com usuários de drogas.	Concorda	27	43,5	30	48,4
	Indiferente	20	32,3	8	12,9
	Discorda	15	24,1	24	38,7
20. Em geral, sinto que posso entender os usuários de drogas.	Concorda	28	45,1	31	50
	Indiferente	19	30,6	23	37,1
	Discorda	15	24,1	8	12,9

Conclusão

A tabela 12 mostra que as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao trabalho junto aos usuários de substâncias psicoativas, de um modo geral, tem melhorado, o que é confirmado pelos fracos índices de concordância entre as respostas apresentadas pelos itens, individualmente, nos tempos 1 e 2. Isso pode ser especialmente observado se analisarmos de forma dicotômica as respostas “concordo” (1, 2 e 3) e “discordo” (5, 6 e 7) para cada uma das questões antes e após a intervenção educativa. Neste sentido, as maiores diferenças dizem respeito ao sentimento de poder aconselhar adequadamente os clientes sobre as drogas e seus efeitos (DDPPQ 7); possuir conhecimentos suficientes para exercer sua função (DDPPQ 1, 5, 2, 4 e 6, respectivamente); ter com quem contar para esclarecer os papéis profissionais em relação aos atendimentos da clientela em questão (DDPPQ 11) e sentir-se capaz de trabalhar com essa clientela. Por outro lado, os dados também mostram que antes da intervenção educativa, poucos estudantes se consideravam um fracasso no trabalho junto aos usuários de drogas (DDPPQ 15) e,

em relação ao “gostar” dessa função, pode-se dizer que não foram encontradas grandes diferenças (DDPPQ 17 a 20).

Figura 3 - Box-Plot com descrição do valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil e valor máximo dos escores que representam as atitudes em relação ao trabalho com usuários de álcool (SAAPPQ) antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (n=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Tabela 13 – Distribuição, em número e porcentagem, dos itens da escala SAAPPQ, avaliados antes e depois do curso de intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

	RESPOSTA	T1		T2	
		n	%	n	%
1. Considero que sei o suficiente sobre casos de alcoolismo, para exercer meu papel quando trabalho com alcoólatras.	Concorda	6	4,8	26	41,9
	Indiferente	13	21,0	20	32,3
	Discorda	43	69,4	16	25,8
2. Sinto que posso aconselhar adequadamente meus pacientes sobre a bebida alcoólica e seus efeitos.	Concorda	15	24,1	36	58,0
	Indiferente	16	25,8	14	22,6
	Discorda	31	50,0	12	19,4
3. Não sentiria muito orgulho em trabalhar com alcoólatras.	Concorda	4	6,5	2	3,3
	Indiferente	15	24,1	10	16,1
	Discorda	43	69,4	50	80,6
4. De modo geral, sinto que não sei lidar com alcoólatras.	Concorda	29	46,7	25	40,2
	Indiferente	31	50,0	35	56,5
	Discorda	2	3,3	2	3,3
5. Quero trabalhar com pacientes alcoólatras.	Concorda	18	20,0	15	24,1
	Indiferente	29	46,8	32	51,8
	Discorda	15	24,1	15	24,1
6. O pessimismo é a atitude mais realista a ser tomada em relação aos alcoólatras.	Concorda	13	21,0	15	24,1
	Indiferente	6	24,1	9	14,6
	Discorda	43	69,4	38	61,3
7. Sinto que tenho o direito de perguntar aos meus pacientes sobre seu consumo de bebida alcoólica, quando necessário.	Concorda	48	77,4	55	88,7
	Indiferente	8	12,9	3	4,9
	Discorda	6	4,8	4	6,5
8. Sei que meus pacientes acreditam que tenho o direito de perguntar a eles sobre seu consumo de bebida alcoólica, quando necessário.	Concorda	31	50,0	26	41,9
	Indiferente	19	30,6	22	35,5
	Discorda	12	19,4	14	22,6
9. Em geral, é recompensador trabalhar com pacientes alcoólatras.	Concorda	27	43,6	32	51,7
	Indiferente	30	48,4	24	38,7
	Discorda	5	8,0	6	9,6
10. Em geral, gosto de atender alcoólatras.	Concorda	13	21,0	18	20,0
	Indiferente	38	61,3	30	48,4
	Discorda	11	17,7	14	22,6

No que tange às atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao trabalho com usuários de álcool, observa-se predominante melhora se comparados os tempos 1 e 2, ou seja, antes e após terem participado da intervenção educativa. Neste contexto, a mudança mais relevante pôde ser observada na percepção dos estudantes de que poderiam aconselhar adequadamente seus clientes sobre a bebida alcoólica e seus efeitos. A exceção desse achado ocorreu nos itens 5, 6 e 7 da escala SAAPPQ. Apesar disso, não se pode falar em piora das atitudes em

relação aos objetos investigados, pois a maioria dos entrevistados mostrou-se indiferente ao fato de querer trabalhar com usuários de álcool, tanto antes quanto após o curso (SAAPPQ 5). No caso da afirmativa de que o pessimismo é a atitude mais realista em relação à clientela em questão (SAAPPQ 6), ela foi identificada nos dois tempos em que a maioria dos estudantes discorda desse conteúdo. O mesmo ocorreu com o item 7 da escala SAAPPQ, que se refere à crença do profissional em se reconhecer como alguém que tem o direito de perguntar sobre o consumo de álcool do cliente, conforme mostra a tabela 14.

Tabela 14 - Apresentação dos escores da escala TSRS, avaliados antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Escala	Tempo	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Dp	P.
TSRS	1	0	9,0	4,0	3,9	2,6	*0,0835
	2	0	10,0	5,0	4,5	3,2	

*Teste t-student Pareado - $p.>0,005$

Em relação às percepções dos estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos dispositivos de saúde para usuários de substâncias psicoativas, não foram encontradas diferenças nos dois tempos avaliados, conforme revelam os dados apresentados na tabela 14.

Figura 4 - Box-Plot com descrição do valor mínimo, primeiro quartil, mediana, terceiro quartil e valor máximo dos escores que representam as percepções em relação ao cuidado religioso e espiritual oferecido aos usuários de substâncias psicoativas (TSRS) antes (T1) e após (T2) a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (n=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Parte IV – Avaliação das relações entre atitudes e percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços de saúde em relação ao usuário de substâncias psicoativas antes e após a intervenção educativa

4.1 Em relação à drogas:

Figura 5 - Dispersão dos escores das escalas TSRS e DDPPQ, avaliados antes da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Para os escores totais das escalas DDPPQ e TSRS, foram encontrados, por meio do cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, $r=0.07$ e $p\text{-valor}=0.579$, ou seja, não houve correlação entre as atitudes em relação ao trabalho com usuários de drogas e percepções dos estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde para o referido grupo antes de receberem o curso de intervenção educativa.

Figura 6 - Dispersão dos escores das escalas TSRS e DDPPQ após a intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Também não foram encontradas evidências para afirmar existir correlação entre as atitudes em relação ao trabalho com usuários de drogas e percepções dos estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde para o grupo avaliado após a intervenção educativa ($r=0.000$ e $p\text{-valor}=0.978$).

4.2 Em relação ao álcool:

Figura 7 - Dispersão dos escores das escalas TSRS e SAAPPQ antes da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

Observou-se uma fraca correlação negativa entre os escores da SAAPPQ e da TSRS ($r=-0.03$), bem como não foi encontrada significância para esse resultado ($p\text{-valor}=0.77$), o que significa, nesse caso, que não se pode afirmar que exista correlação entre as atitudes em relação ao trabalho com usuários de álcool e as percepções dos estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde para os usuários dessa substância antes de receberem o curso que consistiu na intervenção educativa.

Parte V - Estudo da confiabilidade e validação dos instrumentos psicométricos DDPPQ e TSRS

Figura 8 - Dispersão dos escores das escalas TSRS e SAAPPQ depois da intervenção educativa, segundo estudantes de Enfermagem (N=62). Barra do Garças/MT, 2012.

A correlação entre os escores das atitudes no trabalho com usuários de álcool e as percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços foi de $r=-0,24$. Apesar de fraca, essa correlação foi significativa, sendo o $p\text{-valor}=0,05$.

5. DISCUSSÃO

5.1 As atitudes e percepções de estudantes de Enfermagem sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas

Este estudo, de maneira geral, encontrou resultados dicotômicos a respeito da interdependência entre as atitudes dos estudantes de Enfermagem e suas percepções sobre o cuidado religioso e espiritual oferecido nos serviços de saúde aos usuários de álcool e/ou drogas, antes e após terem sido submetidos à intervenção educativa a respeito dessas temáticas.

Quando se analisa as atitudes frente ao trabalho com usuários de drogas, não se observa correlação com a ênfase no cuidado religioso e espiritual, antes ou após a intervenção educativa. Não se pode deixar de observar, entretanto, que antes da intervenção, quanto piores as atitudes, mais os graduandos observavam a ênfase no cuidado às dimensões religiosa e espiritual, ao passo que, após, isso parece ter mudado para alguns estudantes, sinalizando para uma tendência de neutralidade das atitudes em relação às percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços.

No que tange aos resultados atinentes ao trabalho com usuários de álcool e às percepções sobre o cuidado religioso e espiritual nos serviços, antecedendo a intervenção educativa, não foi verificada nenhuma relação entre as variáveis, mas, após a mesma, observou-se uma fraca relação, porém significativa. Verificou-se, nos dois momentos, que quanto melhor a atitude, menor a percepção da ênfase do cuidado religioso e espiritual nos serviços. Por fim, independentemente do fato da avaliação ter sido direcionada para álcool ou outras drogas, constatou-se que quanto maior o nível de conhecimento sobre a assistência ao usuário de substâncias e melhores as atitudes em relação ao trabalho com essa clientela, os estudantes têm a percepção de que os aspectos religiosos e espirituais não são enfatizados nos serviços.

Esse achado faz sentido, pois os conhecimentos são moduladores das atitudes e também da crítica a respeito de determinado assunto (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; ZIMBARDO; EBBESEN, 1973). A imersão prévia dos graduandos que participaram deste estudo em campos de prática colaborou para a percepção de que o cuidado religioso e espiritual não é enfatizado nos serviços de saúde por diversos motivos (SALGADO; ROCHA; CONTI, 2009; TOMASSO;

BELTRAME; LUCCHETTI, 2011); isso não foi alterado com a intervenção educativa que abordou a questão da prestação da assistência religiosa e espiritual a partir dos preceitos da relação de ajuda (de acordo com Travelbee), ou seja, o estabelecimento de um parâmetro objetivo para a prestação da referida assistência também não provocou mudanças na visão dos estudantes de Enfermagem sobre o tema, revelando que os elementos básicos do relacionamento interpessoal como confiança, empatia e envolvimento emocional também não estão sendo devidamente incorporados na rotina de cuidados pelos profissionais em relação ao trabalho que envolve o uso de substâncias psicoativas, segundo a visão dos estudantes (FILIZOLA; PAVARINI, 2002; COELHO, 2012).

Estudos científicos mencionam que entre os desafios para que estudantes e profissionais de Enfermagem valorizem os aspectos subjetivos do ser humano na assistência (isso se estende aos usuários de álcool e drogas) estão as suas próprias limitações pessoais (questionamentos de natureza religiosa, concepção do sentido da vida e conflitos íntimos); a falta de conhecimento e capacitação adequados; uma visão biologicista do cuidado e crenças pautadas no senso comum (OLIVEIRA; FRAZILI, 2012; LOPES et al. 2008; WYLIE, 2010; PILLON, 2005; SOUZA; RONZANI, 2012).

As dificuldades supracitadas sustentam uma realidade que sinaliza para uma desarticulação entre a teoria e a prática, considerando que, tradicionalmente, os currículos dos cursos de Enfermagem englobam disciplinas que tratam dos aspectos interpessoais, muito embora, atualmente, possa ser observado um movimento no sentido de valorizar o cuidado religioso e espiritual no contexto acadêmico (especialmente quando se trata da questão do abuso de substâncias psicoativas), vislumbrando uma transformação da formação enfatizada nos conteúdos centrados no modelo médico (KANTORSKI et al. 2005; LOPES; LUIS; 2005; RAMOS et al. 2001).

A referida situação tem um aspecto negativo para a qualidade da assistência, pois a valorização da subjetividade do cliente e o esforço para estabelecer o relacionamento enfermeiro-paciente, que tem como premissa a mutualidade e as trocas entre as pessoas, intensamente mediadas pelos sentimentos dos envolvidos, poderiam, simultaneamente, cooperar para o cuidado religioso e espiritual, facilitando o processo de abordagem e o monitoramento da abstinência ou redução do consumo de substâncias psicoativas do cliente. O diálogo franco e a

comunicação terapêutica evitam o distanciamento, a superficialidade e a incomunicabilidade, além de cooperarem para que os objetivos da relação de ajuda sejam cumpridos (CHAVES et al., 2008; GONÇALVES et al., 2010; GONÇALVES et al., 2011; WYLIE, 2010). Autores discutem ainda que no manejo de usuários de substâncias, atitudes positivas direcionadas ao investimento nessas relações terapêuticas interpessoais potencialmente minimizam as deficiências dos profissionais em relação aos conhecimentos específicos da área (LOPES et al., 2009; WYLIE, 2010).

Frente ao exposto, é possível depreender que, lamentavelmente, o estudante de Enfermagem ainda encontra muita dificuldade para conceber as práticas da área como um processo interpessoal (FILIZOLA 1997; LIMA et al., 2010), no qual tanto o profissional quanto o paciente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais. Assim, considerando o contexto aqui discutido, se faz necessário não apenas treinar e capacitar os graduandos em temas que dizem respeito ao estabelecimento do relacionamento interpessoal, à complexidade de relações decorrentes do uso álcool e drogas ou relativos ao cuidado religioso e espiritual, mas é necessário também mostrar um aspecto prático para aplicação desses conhecimentos nos diversos campos de estágio, com suas distintas características, de forma a compreender o paciente em seu mundo, com suas angústias, seus anseios, proporcionando um cuidado mais ético e humanizado (Travelbee, 1979).

5.1 Os conhecimentos e as atitudes dos estudantes de Enfermagem em relação ao trabalho com álcool e outras drogas

Sabe-se que as atitudes são dirigidas a objetos particulares de avaliação, provocam mudanças comportamentais e são diretamente influenciadas pelos conhecimentos (ZIMBARDO; EBBESEN, 1973). Neste estudo, por meio do uso de instrumentos psicométricos, foram investigadas as atitudes de estudantes de Enfermagem diante do trabalho com usuários de álcool e outras drogas. Entretanto, para viabilizar a avaliação de tal construto verificou-se, especificamente, suas atitudes em relação ao quanto se sentem preparados para exercerem seu papel; suas atitudes frente ao usuário de substâncias; atitudes em relação à eficiência nos atendimentos e atitudes face à satisfação e gratificação em atuar junto a usuários de substâncias psicoativas.

Do ponto de vista didático, seria possível tratar as atitudes de forma fragmentada, mas elas estão arraigadas a um complexo sistema de crenças, expectativas, valores e elementos culturais. Por esse motivo, neste estudo, a questão da assistência dos usuários de substâncias será examinada de forma abrangente.

No que tange ao tema em questão, esta pesquisa encontrou uma melhora significativa das atitudes dos graduandos após sua submissão a uma intervenção educativa. Também foi expressivo o aumento nos níveis de conhecimento sobre diversos aspectos da assistência ao usuário de substâncias psicoativas. Resultados semelhantes foram encontrados em diversos outros estudos correlatos, com delineamento pré e pós teste ou de comparação randomizados (JUNQUEIRA, 2010; RASSOOL; RAWAF, 2008; SILVA, 2005; STRANG et al., 2007).

De qualquer maneira, vale elencar e refletir sobre quais foram os objetos de atitudes mais influenciados pela intervenção educativa no âmbito deste estudo.

Quando se avaliou a melhora das atitudes frente ao trabalho com os usuários de drogas, as maiores mudanças foram verificadas no que diz respeito à percepção do estudante de que possui conhecimentos suficientes para exercer sua função e poder aconselhar adequadamente os clientes sobre drogas e seus efeitos. O mesmo resultado também foi observado a respeito das atitudes frente ao trabalho com usuários de álcool.

Os achados supracitados relativos à capacidade do aluno para realizar um atendimento ao usuário de álcool e/ou drogas parecem estar diretamente relacionados ao conteúdo ministrado durante o curso de capacitação, o qual abrangeu: aspectos básicos da abordagem da questão do uso de substâncias psicoativas numa perspectiva de saúde, princípios do relacionamento interpessoal (com interface com a assistência à dimensão religiosa e espiritual) e técnicas de realização de aconselhamento a partir da avaliação dos estágios de prontidão para mudança (entre outros temas).

Neste contexto, um dos grandes benefícios decorrente do investimento na formação do estudante ou do profissional é o reforço de sua autoestima em reconhecer recursos próprios para prestar uma boa assistência, com potencial melhora das expectativas em relação aos atendimentos que abordam o uso e abuso de álcool e/ou drogas. Isso constitui uma das variáveis que influenciam, direta ou indiretamente, o estabelecimento do compromisso terapêutico com os clientes

(ALBERY et al., 2003, COELHO, 2012). Sabe-se ainda que no trabalho com usuários de substâncias, a satisfação pessoal e profissional também pode ser reflexo de uma melhor formação, especialmente entre profissionais de nível superior. Daí a necessidade de se investir naqueles que ainda estão em período de formação (BARROS; PILLON, 2007).

Os próprios estudantes de Enfermagem reconhecem a relevância do “saber como atuar” diante do fenômeno das drogas, não apenas como um meio para desempenhar sua função laboral, mas também para intervirem no contexto em que vivem. Isso expressa uma atitude positiva em relação ao tema em questão; entretanto, os mesmos graduandos relatam a existência de um descompasso entre a teoria e a prática, normalmente manifesto na futura vida profissional (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005; HERRERA, 2011).

A questão do preparo para a assistência também interfere na determinação das atitudes dos estudantes em relação ao próprio usuário, pois a compreensão da questão segundo a perspectiva da saúde pode minimizar o caráter moralizante e permeado por estigmas concebidos a partir do senso comum, provenientes da interface entre o uso de substâncias e os diversos problemas familiares, socioeconômicos e legais (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; RAMOS et. at., 2001; RONZANI; FURTADO, 2010; SOARES; VARGAS, 2011).

Como se pode inferir a partir do exposto, as atitudes possuem múltiplos determinantes, além do conhecimento, e entre eles estão: as opiniões negativas a respeito das drogas emitidas pela sociedade, a imagem do uso de drogas veiculada pela imprensa, idade, hábitos de vida, *status* social, além dos conhecimentos e crenças pessoais. Todos esses fatores são inerentes à qualidade da assistência, pois interferem na aceitação, com uma postura isenta de juízo e outros comportamentos contraproducentes frente ao tema das substâncias psicoativas (CROTHERS; DORRIAN, 2011; HARLING; TURNER, 2012).

Um estudo australiano, que também utilizou a escala SAAPPQ para mensurar as atitudes de enfermeiras perante o trabalho com usuários de álcool, obteve resultados semelhantes aos deste estudo no que se refere aos aspectos motivacionais. As autoras trabalharam com uma amostra de idade média de 39 anos, (com desvio padrão de aproximadamente 11 anos) e verificaram que as profissionais mais velhas eram mais enfáticas em afirmar que o uso do álcool deve ser visto como problema médico e que o pessimismo não é a atitude mais realista

perante os usuários de álcool (vale dizer que essas enfermeiras foram recrutadas durante seminários semanais de um programa de capacitação em temas generalistas do hospital onde eram contratadas). No presente estudo, os graduandos que tiveram idade média muito menor do que na pesquisa supracitada (23 anos, com desvio padrão de 4 anos), igualmente se mostraram, em certo ponto, pessimistas ou indiferentes ao fato de desejarem trabalhar com a clientela em questão, mesmo após terem sido capacitados para tanto (no contexto deste estudo isso se replicou também em direção às drogas) (CROTHERS; DORRIAN, 2011).

Ainda no âmbito do estudo australiano, outro resultado interessante evidenciou uma associação entre a média de consumo pessoal de álcool e a satisfação do enfermeiro em trabalhar com indivíduos que usam essa substância (CROTHERS; DORRIAN, 2011). Entre estudantes de nível superior, Junqueira (2010) constatou que quanto maior o consumo pessoal de álcool, mais positivas são as atitudes em relação ao beber. Nesta pesquisa, a quantidade e a frequência do consumo de álcool referidas pelos estudantes foram consideradas baixas e não parecem estar relacionadas às atitudes. Na verdade, o baixo consumo encontrado pode estar relacionado ao fato da grande maioria da amostra ser praticante de uma religião (SANCHEZ; NAPPO, 2007, BRASIL, 2009b).

Em síntese, apesar da multiplicidade dos fatores que interferem nas atitudes, para este estudo, a questão do conhecimento esteve diretamente relacionada com a melhora desta predisposição avaliativa entre os estudantes de Enfermagem face ao trabalho com os usuários de álcool e /ou drogas. Por um lado, esse pode ser um dado considerado positivo; por outro, ficou evidente a carência de uma formação mínima básica para prestação de assistência de enfermagem antes da intervenção educativa oferecida. O fato da maioria da amostra ser constituída por graduandos que já integralizaram metade do curso ou estão em período de finalização (terceiro ou quarto ano) ressalta uma importante lacuna da formação, corroborando as constatações de diversos outros autores (BONI et al., 2004; LUIS; LUNETTA; FERREIRA, 2008; ROSA, 2005; 2008; VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

A falta de conhecimentos em relação ao tema “álcool e drogas” parece decorrer da escassez de um ensino mais intensivo, comprometendo a qualidade da oferta de cuidados oferecidos e favorecendo a adoção de posturas inadequadas. A educação formal é necessária para o manejo e assistência preventiva ou de

reabilitação satisfatórios (BARROS; PILLON, 2007; PILLON; LUIS; LARANJEIRA, 2006).

A preocupação com o ensino sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas é, portanto, concreto; atualmente essa temática pode ser considerada transversal, visto que há demanda em todos os diferentes equipamentos de saúde, ou seja, o futuro enfermeiro necessita estar preparado para enfrentar essa realidade (GONÇALVES; TAVARES, 2007; BRASIL, 2004). Neste sentido, o presente estudo se deparou com um dado alentador que mostra a predominância da ideia, entre os estudantes entrevistados, de ser possível fazer tanto prevenção quanto tratamento em relação ao uso de substâncias psicoativas (mesmo antes de receberem a intervenção educativa). Apesar disso, quando questionados se já haviam recebido alguma capacitação em relação ao tema “álcool e drogas” anteriormente à intervenção educativa implementada, 35 (56.5%) responderam afirmativamente, mas a consideravam insuficiente e 20 (32.3%) nunca tinham tido contato com essa temática especificamente durante sua formação.

Torna-se claro, portanto, que o conteúdo curricular desses estudantes encontra-se inadequado no que se refere à assistência envolvendo o uso de substâncias, por se tratar de uma condição disseminada em diversos contextos, com consequências diretas para a qualidade do cuidado prestado, tanto no contexto da graduação, como nas futuras atuações como enfermeiros (LUIS; LUNETTA; FERREIRA, 2008; RASSOOL et al., 2006; RASSOOL; LUIS, 2004). Paradoxalmente, a literatura evidencia que os estudantes têm grande interesse em aprender sobre o assunto (BONI, et al., 2004; RAMOS et al., 2001)

Por não se tratar de um fato novo e pelo receio de que as práticas de saúde (não apenas de enfermagem) possam estar sendo prejudicadas pela falta de aquisição de conhecimentos, esforços para minimizar essa adversidade têm sido envidados no Brasil desde o final da década de 90 por meio de mobilizações do meio acadêmico e, mais recentemente, em âmbito governamental (MENDOZA; PILLON, 2005). Associações científicas, órgãos internacionais (como a Comissão Interamericana para o controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Unidos - CICAD/OEA e Organização das Nações Unidas), vinculados aos governos federal (Secretaria Nacional Antidrogas, por exemplo) e estadual têm cooperado para o desenvolvimento de pesquisas e formação de recursos humanos (BONI et al, 2004). Iniciativas dessa natureza podem ser relevantes para a área de Enfermagem,

uma vez que programas educacionais para o tema em questão parecem ser efetivos para aprimoramento dos saberes na área e para a melhora de atitudes dos profissionais frente à assistência e ao assistido (JUNQUEIRA, 2010; RASSOOL; RAWAF, 2008; SOUZA; RONZANI, 2012, TRAN et al, 2009).

5.2 Propriedades psicométricas das escalas DDPPQ-br e TSRS-br

A discussão desta etapa está apresentada a seguir, nos artigos 1 e 2.

5.3 Limitações do estudo

Entre possíveis limitações da presente pesquisa pode-se citar, de acordo com as suas etapas:

- Estudo de intervenção educativa:

Tal intervenção consistiu de um curso constituído por quatro aulas, totalizando uma carga horária de 16 horas, considerada pequena para abranger o tema “assistência de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas”. Outra limitação diz respeito ao fato da amostra ter sido de conveniência, havendo uma tendência de participação de estudantes mais interessados no tema.

Por fim, nesta etapa do estudo, teria sido interessante realizar testes de correlação entre as atitudes dos estudantes e outras variáveis que pudessem interferir nas funções laborais que envolvem a abordagem do tema “uso de álcool e drogas” (isso não foi feito pelo fato dos sintomas depressivos e os níveis de consumo de álcool terem se mostrado baixos entre os entrevistados).

- Estudo psicométrico:

Apesar de ter sido realizada a análise da concordância entre as respostas da escala DDPPQ em dois momentos distintos de aplicação, pela estatística de Kappa ponderado não se pode utilizá-la para aferir a confiabilidade do instrumento, pois a mudança no padrão de resposta era esperada em virtude da intervenção educativa ocorrida entre os tempos 1 e 2 da coleta de dados.

ARTIGO 1

Validação da versão brasileira do *Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire*

Resumo: O estudo teve por objetivo realizar a adaptação transcultural, testar a consistência interna e a validade de construto do Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire para a versão brasileira. Esse questionário avalia as atitudes em relação ao trabalho com usuários de drogas. Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal da abordagem quantitativa. A amostra foi composta por estudantes de Enfermagem de nível técnico e superior (N=246) do interior do Mato Grosso, Brasil. O processo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado por meio de tradução e retradução, avaliação de comitê de juízes e análise semântica. Através do Método de Análise dos Componentes Principais confirmou-se a validação de construto do referido instrumento, que resultou numa escala de 16 itens, divididos em cinco fatores. A consistência interna global encontrada foi de Alfa=0.85. Concluiu-se que o instrumento mostrou boas medidas de validade e de consistência interna.

Descritores: Psicometria; atitude; enfermeiros; estudantes de enfermagem

Validation of the Portuguese version of the *Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire*

Abstract: The aim of this study was to conduct a cultural adaptation, test the internal consistency and construct validity of the Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire of a Brazilian version. This questionnaire assesses attitudes toward working with drug users. This is a descriptive cross-sectional study of the quantitative approach. The sample consisted of nursing students of technical level and college (N = 246) of the interior of Mato Grosso State, Brazil. The adaptation process of the instrument was accomplished through translation and retranslation, evaluation committee of judges and semantic analysis. Through the Method of Principal Component Analysis, the construct validation of the referred instrument was confirmed, resulting in a scale of 16 items, divided into five factors. The global internal consistency founded was Alfa = 0.85. It was concluded that the instrument showed good measures of validity and internal consistency.

Descriptors: Psychometrics; attitude; nurses; nursing students

Introdução

As atitudes, primeiro conceito-chave do campo da então iminente psicologia social, desde 1918 vêm sendo amplamente estudadas, por se constituir em uma tentativa de intervir e exercer controle da conduta social humana, a partir de pressupostos científicos provenientes das ciências sociais⁽¹⁾. Tradicionalmente podem ser conceituadas como classes de respostas de avaliação em relação a um objeto, pessoa ou grupo, constituídas por componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. Trata-se de um estado de prontidão mental suscetível a mudança, visto que essas respostas avaliativas podem ser consideradas predisposições aprendidas e não inatas⁽²⁾.

A área da saúde, se apropriando do conceito, tem estudado “atitudes”, sob diversas perspectivas e metodologias, pesquisas foram desenvolvidas com intuito de investigar a relação das atitudes de estudantes e profissionais com as diversas práticas que fazem parte do rol de atuação deste campo⁽³⁻⁷⁾.

Uma dessas perspectivas, no que tange especificamente à Enfermagem, se refere às atitudes dos estudantes sobre o trabalho com usuários de álcool e/ou drogas. Estudos dessa natureza têm sido conduzidos, frequentemente, com a utilização de instrumentos psicométricos⁽⁸⁻¹⁰⁾. Para a população-alvo em questão, escalas como a *Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire*⁽¹¹⁾, a “Escala de Atitudes frente ao Álcool, o Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA)”⁽¹⁰⁾ e a *Seaman Mannello Nurses’s Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale*⁽¹²⁾ foram validadas para amostras de graduandos no Brasil, visando mensurar as atitudes frente o beber, em relação às características pessoais do alcoolista e a maneira de trabalhar com os indivíduos que fazem uso nocivo de álcool.

No caso da avaliação de atitudes terapêuticas dos estudantes de Enfermagem em relação aos usuários de drogas, uma adaptação da “Escala de Atitudes e Crenças – *Nursing Education in Alcohol and Drug Education* (NEADA), que faz parte de um programa de formação sobre álcool e drogas dos Estados Unidos da América (EUA) para enfermeiros, estudantes de Enfermagem e docentes da área – tem sido utilizada^(9,13-15), embora somente os procedimentos de tradução e *back-translation* tenham sido descritos em um estudo que não tinha como objetivo específico avaliar o desempenho psicométrico da mesma⁽⁸⁾.

É evidente, portanto, a escassez de estudos satisfatórios de confiabilidade e validade que mostrem detalhadamente as propriedades psicométricas de

instrumentos que avaliam atitudes terapêuticas em relação às drogas e seus usuários no contexto brasileiro.

Frente a isso, o presente estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural, testar a consistência interna (como medida de confiabilidade) e a validade de construto do *Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire* (DDPPQ, denominada DDPPQ-br) para a versão brasileira.

O DDPPQ

Trata-se de um instrumento adaptado e validado na língua inglesa (Reino Unido), tem como objetivo principal mensurar as atitudes de profissionais que trabalham com indivíduos que usam ou abusam de drogas⁽¹⁶⁾. Tal adaptação foi realizada a partir do *Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire* (AAPPQ)⁽¹⁷⁾.

O AAPPQ foi desenvolvido para avaliar o Modelo de Comprometimento Terapêutico, que abrange os fatores situacionais que contribuem para o aumento da motivação dos profissionais para trabalhar com usuários de álcool, as expectativas de satisfação profissional e a autoestima ao se envolver com este tipo de prática clínica⁽¹⁸⁾. Segundo este modelo, as atitudes terapêuticas e o estabelecimento de vínculo com o usuário são influenciados por: sentimento de estar preparado para exercer adequadamente a função na assistência, denominado “adequação na função”; medida em que os indivíduos consideram o trabalho como sendo de sua responsabilidade (legitimidade do papel); suporte que os profissionais reconhecem receber dos colegas para ajudá-los a desempenhar seu papel efetivamente (suporte). Neste instrumento de 30 itens, cinco subescalas foram encontradas para avaliar o referido modelo que explica as atitudes em relação ao trabalho com usuários de álcool: adequação na função (sete itens); legitimidade do papel (quatro itens); suporte (três itens); motivação para trabalhar com usuários de álcool (cinco itens); autoestima do profissional em trabalhar com usuários de álcool (seis itens) e cinco itens referentes a expectativas de satisfação em trabalhar com usuários de álcool⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O mesmo referencial supracitado norteia os domínios do DDPPQ a respeito das atitudes terapêuticas em relação ao usuário de drogas. Além do DDPPQ, uma outra adaptação mais antiga do AAPPQ, a *Attitudes Drug Scale* (ADP), já foi testada para uso por agentes penitenciários que trabalham com usuários de drogas⁽¹⁹⁾.

Em relação à sua composição estrutural, o DDPPQ é um instrumento

composto por 20 itens, pode ser autoaplicável. Os itens consistem em assertivas, em que o respondente pode concordar ou discordar de seu conteúdo, ou seja, as respostas compõem uma escala que varia de zero (0) - concordo muito a sete discordo muito⁽¹⁶⁾.

O estudo de validação e confiabilidade por teste e reteste do DDPPQ foi conduzido em uma amostra aleatória estratificada composta por 672 profissionais com diversas formações, como médicos, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros que trabalhavam em serviços de saúde mental, psiquiatria do adolescente, psiquiatria forense e serviços de álcool e drogas⁽¹⁶⁾.

Uma análise dos componentes principais confirmou a validade de construto do DDPPQ e demonstrou a presença de cinco subescalas do instrumento: adequação na função; suporte; satisfação no trabalho; autoestima e legitimidade da função⁽¹⁶⁾.

Em suma, o DDPPQ demonstrou ser uma ferramenta válida e confiável, que pode ser usada para mensurar atitudes de pessoas em relação ao trabalho com usuários de drogas⁽¹⁶⁾.

Método

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e de avaliação de desempenho psicométrico de um instrumento. Os dados foram coletados nas duas principais instituições de nível técnico e também nos dois estabelecimentos de ensino superior do município de Barra do Garças, Estado de Mato Grosso. Optou-se por recrutar respondentes nos referidos locais, visando diversificar características sociodemográficas das amostras.

2. Amostras:

Amostra 1: Estudantes do curso de bacharelado em Enfermagem de duas universidades, sendo uma pública e uma privada;

Amostra 2: Estudantes de dois cursos técnicos em Enfermagem, sendo um público e um privado;

Foram critérios de inclusão: ser estudante regularmente matriculado em qualquer período do curso de bacharelado ou técnico em Enfermagem, ter dezoito anos ou mais, ambos os sexos, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; responder o instrumento DDPPQ na íntegra. Critérios de exclusão: não

concordar em participar do estudo ou apresentar quadro que pudesse impedir a compreensão de perguntas do instrumento de pesquisa.

2.2 Procedimentos: respeitando aspecto éticos preconizados pela Resolução CNS 196/96, obteve-se autorização do uso do DDPPQ por sua autora principal e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller/UFMT (CAAE 02441512.5.0000.5541 / 2012).

A seguir, procedeu-se a:

- Tradução e adaptação transcultural do DDPPQ-br: foi feita a tradução do DDPPQ original inglês para o português por duas pesquisadoras brasileiras especialistas da área de álcool e drogas e proficientes no idioma inglês. As duas versões foram apresentadas a dez estudantes de Enfermagem e solicitado a eles que assinalassem, para cada um dos 20 itens, qual versão traduzida tinha melhor compreensão e se havia alguma sugestão para aprimorar o referido item, além pedir a opinião sobre abrangência do instrumento em relação a “atitudes terapêuticas”. Uma análise foi realizada através dos comentários e identificação de problemas comuns que foram evidenciados.

A partir disso, elaborou-se uma única versão final em português do instrumento e esta, por sua vez, foi encaminhada a uma profissional da área de letras, bilíngue, não familiarizada com a versão original da escala, que realizou sua retradução.

Em seguida, foi feita a comparação entre o instrumento original em inglês, a sua versão em português que sofreu retradução e a própria retradução por um comitê formado por três pesquisadoras da área de álcool e drogas com experiência na adaptação de instrumentos, sendo duas enfermeiras e uma psicóloga bilíngues. Este comitê julgou necessário realizar um pequeno ajuste em dois itens do instrumento, e então, considerou adequada uma última versão da escala em português, que foi o produto desta etapa do estudo (DDPPQ-br).

O instrumento de pesquisa na íntegra foi composto por informações sociodemográficas e a Escala DDPPQ-br, tendo sido aplicado em dois momentos (com diferença de um mês entre uma aplicação e outra) nas instituições de ensino, mediante contato prévio.

A análise dos dados foi feita através do uso do programa estatístico SPSS 17.

A consistência interna do instrumento foi estimada através do Coeficiente

de *Alfa de Cronbach* e com o objetivo de examinar a adequação da amostra, calculou-se o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e também o teste de esfericidade de Bartlett (IC=95%). O estudo da validade de construto levou em conta o procedimento de análise fatorial exploratória, utilizado o método de análise dos componentes principais (ACP), seguido de rotação varimax.

Resultados

3.1 Caracterização da amostra: entrevistaram-se 246(45,8%) estudantes de Enfermagem de nível técnico e superior do município onde os dados foram coletados. A idade média da amostra foi de 25,6 anos ($Dp \pm 7,27$). As informações sociodemográficas estão apresentadas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Distribuição por ano e instituição, segundo os estudantes de Enfermagem (N=246). Barra do Garças, MT, Brasil.

Amostra 1						
Estudantes			Instituição Pública		Instituição Privada	
Nível superior	N	%	N	%	N	%
Primeiro Ano	23	9,2	6	2,4	17	6,9
Segundo Ano	31	12,6	6	2,4	25	10,2
Terceiro Ano	65	26,4	28	11,4	37	15
Quarto Ano	78	31,8	32	13	46	18,7
Total	197	80	72	29,2	125	50,8
Amostra 2						
			Instituição Pública		Instituição Privada	
Nível técnico	N	%	N	%	N	%
Primeiro Ano	9	3,7	0	0	3	1,3
Segundo Ano	40	16,2	22	8,9	24	9,7
Total	49	19,9	22	8,9	27	11

Tabela 2. Informações sociodemográficas, segundo os estudantes de Enfermagem (N=246). Barra do Garças, MT, Brasil.

		N	%
Sexo	Masculino	38	15,4
	Feminino	208	84,6
Ocupação	Já trabalha na área de saúde	67	27,2
	Trabalha fora da área de saúde	13	5,3
	Não trabalha	166	67,5
Você já fez atendeu clientes que apresentavam problemas relacionados ao uso de álcool e/ou drogas?	Sim	159	64,7
	Não	87	35,3

3.2 Validade de construto: Onze questionários foram excluídos desta análise, por estarem incompletos (N=235). O índice de adequação da amostra de KMO foi de 0,815 e o teste de esfericidade de Bartlett em $X^2 = 1805,010$ ($p=0,000$), rejeitando a hipótese nula de que não há correlação entre os itens do instrumento. Com isso, constatou-se que a matriz de dados poderia ser considerada adequada para proceder à análise fatorial⁽²⁰⁾.

Inicialmente, os 20 itens do DDPPQ-br foram incluídos para a realização da análise fatorial exploratória. Obteve-se a mesma estrutura com cinco fatores da escala DDPPQ original e suprimiram-se itens com cargas fatoriais inferiores a 0,5. Dessa forma, o item 14 foi excluído. Observou-se que os itens 13,15 e 20 apresentavam cargas fatoriais próximas de 0.4, bem inferiores às outras assertivas que compunham o Fator 2 (item 20) e o Fator 5 (itens 13 e 15). Verificou-se que a consistência interna dos fatores supracitados também foi minimizada pela presença dos referidos itens. Por este motivo, ainda foram excluídos da escala os itens 13, 15 e 20.

Um novo cálculo do *Alfa de Cronbach* foi feito para o instrumento na íntegra (com 16 itens, sendo $\alpha=0.85$) e também para cada fator (tabela 3). Constatou-se que a consistência interna do DDPPQ-br não dependia, de fato, dos referidos itens, justificando suas deleções.

Por fim, submeteu-se novamente a escala composta por 16 itens a uma nova Análise de Componentes Principais (ACP) para conferência das cargas fatoriais. Encontrou-se as mesmas 5 subescalas, de acordo com a tabela 3.

Tabela 3. Matriz estrutural do DDPPQ-br. Barra do Garças, MT, Brasil, 2012 (N=235).

	Carga Fatorial				
	1	2	3	4	5
1. Eu sinto que sei o suficiente sobre as causas dos problemas com drogas para exercer meu papel profissional.	,823				
2. Eu sinto que sei o suficiente sobre efeitos psicológicos relacionados ao uso de drogas quando exerço meu papel profissional.	,801				
3. Eu considero que tenho conhecimento sobre drogas e problemas relacionados ao seu uso para exercer meu papel no trabalho.	,786				
4. Eu sinto que sei o suficiente sobre efeitos físicos causados pelo uso de drogas para exercer meu papel profissional.	,777				
5. Eu sinto que sei o suficiente sobre fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de drogas para desempenhar meu papel profissional.	,775				
6. Sinto que posso aconselhar adequadamente meus pacientes/clientes sobre seu uso de drogas, quando necessário.	,736				
7. Me sinto preparado(a) para aconselhar indivíduos que fazem uso de drogas há muito tempo.	,710				
8. Se eu sentir necessidade, eu posso facilmente encontrar alguém que pode me ajudar a formular uma melhor abordagem ao usuário de drogas.	,885				
9. Se eu sentir necessidade, eu posso facilmente encontrar alguém que pode me ajudar a esclarecer quais as minhas responsabilidades profissionais.	,851				
10. Se eu sentir necessidade, eu posso facilmente encontrar alguém para discutir alguma dificuldade pessoal em atender um usuário de drogas.	,625				
11. Sinto que tenho o direito de perguntar aos pacientes quaisquer informações importantes sobre seus problemas relacionados ao uso de drogas.			,901		
12. Sinto que tenho o direito de perguntar aos clientes sobre o seu uso de drogas, quando necessário.			,890		
13. Em geral, é satisfatório trabalhar com usuários de drogas.				,910	
14. Em geral, é gratificante trabalhar com usuários de drogas.				,885	
15. Em geral, eu tenho menos respeito por usuários de drogas do que por outros clientes com quem trabalho.					,858
17. Frequentemente, me sinto desconfortável quando trabalho com usuários de drogas.					,845
Consistência Interna (α de Cronbach)	0,90	0,78	0,84	0,84	0,64
Porcentagem de variância explicada	27,5	12,9	11,6	11,5	9,5
Autovalor	5,6	1,8	1,5	1,4	1,3

Os cinco fatores encontrados no presente estudo explicam 73,3% da variância. Desta maneira, o DDPPQ-br ficou composta pela seguinte configuração:

- Fator 1 (itens de 1 a 7) - Adequação na função: abrangem os itens que fazem referência aos sentimentos em ter conhecimentos suficientes sobre “drogas” nos aspectos de: desempenho do papel profissional; efeitos físicos e psicológicos causados pelas substâncias; riscos e problemas relacionados ao uso. Este fator explica 27,59% da variância total encontrada.

- Fator 2 (itens 10, 11 e 12) – Suporte: as assertivas dizem respeito à facilidade de encontrar apoio para: encontrar pessoas que pudessem ajudar na abordagem do usuário de drogas; esclarecer dúvidas sobre responsabilidades profissionais; discutir sobre dificuldades no atendimento ao usuário de substâncias. Refere-se à 12,9% da variância.

- Fator 3 (itens 8 e 9) - Legitimidade do papel: explica 11,6% da variância total e seu conteúdo tem a ver com o sentimento do direito de questionar o cliente sobre o uso de drogas e seus problemas relacionados.

-Fator 4 (itens 18 e 19) - Satisfação no trabalho: os dois itens compõem a subscala que trata sobre o sentimento de satisfação e gratificação em trabalhar com usuários de drogas. A variância total deste fator é de 11,5%.

-Fator 5 (itens 16 e 17) – Autoestima no trabalho: é abordada a tendência no que tange ao respeito em relação ao usuário de drogas e também ao desconforto em atender essa população, especificamente. Este fator explica 9,5% da variância total encontrada.

3.2 Estudo de Consistência Interna do DDPPQ-br: Após a análise fatorial, encontrou-se o valor global de *Alfa de Cronbach*=0.859 (N=235).

Discussão

Os resultados obtidos a partir da adaptação transcultural, estudo da consistência interna, validação de conteúdo e validação de construto do DDPPQ-br permitem afirmar que suas propriedades psicométricas apresentaram-se muito satisfatórias, tal como aquelas dos instrumentos que a originou⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Neste estudo, a análise fatorial exploratória pelo método de ACP, encontrou para a DDPPQ-br apenas um item com carga fatorial igual a 0.62. Todos os demais apresentaram valores entre 0.71 a 0.91. Para se ter uma ideia, cargas fatoriais entre 0.60 e 0.69 indicam medidas moderadas, ao passo que valores entre 0.70 e 0.80 são consideradas bons, e acima desses, ótimos⁽²⁰⁾.

De maneira geral, o DDPPQ-br mostrou-se muito útil e consistente na mensuração das atitudes de estudantes de Enfermagem em relação aos usuários de drogas, apesar da diferença entre o instrumento adaptado e o original no que se refere à estrutura dos itens que compõem seus respectivos fatores⁽¹⁶⁾. Os conceitos sustentados pelo Modelo de Comprometimento Terapêutico⁽¹⁸⁾ e explorados por

meio de seus domínios na presente escala de atitudes, entretanto, se mantiveram preservados.

O primeiro fator, refere à adequação profissional na função, se manteve igual nas duas versões composto pelos itens de 1 a 7⁽¹⁶⁾. Comparativamente, a consistência interna mensurada pelo *Coeficiente de Alfa de Cronbach*, no DDPPQ foi de $\alpha=0.94^{(16)}$ e no DDPQ-br de $\alpha=0.90$.

A parte da teoria que enfoca o suporte profissional como forma de ajuda para o desempenho no trabalho com usuários de substâncias, tanto no DDPPQ-br, quanto na versão original do instrumento, também foi composta por 3 itens, que está composta pelo mesmo conteúdo e também manteve $\alpha=0.78$ em ambos⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, os itens 8 e 9 estiveram relacionados à compreensão do profissional sobre o direito de investigar os clientes a respeito de seu uso de drogas e seus problemas ($\alpha=0.84$). No DDPPQ, esta subescala também foi representada por dois itens: um que aborda os direitos de perguntar sobre o uso e o outro, sobre os sentimentos do cliente em relação ao direito do profissional questionar sobre o uso de drogas, quando necessário ($\alpha=0.89$)⁽¹⁶⁾.

Sobre a satisfação e gratificação em trabalhar com usuários de drogas, o DDPPQ-br incluiu as assertivas 18 e 19, respectivamente, como um fator ($\alpha=0.84$). Na escala original, este mesmo fator ($\alpha=0.80$) apresenta em comum o item que retrata a satisfação em trabalhar com usuários de drogas, mas incluiu outros, que referem os sentimentos do profissional, em estar apto para tal função e sentir que é possível entender o cliente⁽¹⁶⁾.

O último fator do DDPP-br (composto pelos itens 16 e 17) trata sobre a autoestima do profissional em relação a trabalhar com usuários de drogas, fazendo menção a respeito deste cliente e ao sentimento de desconforto em atendê-lo ($\alpha=0.64$). No DDPPQ, o item sobre ter menos respeito ao usuário de drogas do que por outros clientes é comum, entretanto, neste mesmo fator ($\alpha=0.69$) foram encontrados também outras assertivas sobre o sentimento de impotência e fracasso do profissional frente a esses casos⁽¹⁶⁾.

Por fim, a consistência interna do DDPPQ-br foi de $\alpha=0.85$, mas vale apontar que o presente estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento, uma vez que o ideal é que se adote o método de mensuração de confiabilidade por teste e reteste e inter-observador⁽²¹⁾. Por outro lado, o estudo propõe um instrumento útil para mensuração de atitudes frente ao uso e aos usuários de drogas, que poderá servir

de subsídios para a formulação de estratégias educativas sobre o tema, bem como para o planejamento de ações assistenciais na área do abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Conclusão

A versão adaptada transculturalmente composta por 16 itens do DDPPQ-br apresentou correspondência com sua versão original e mostrou ser válida e de fácil compreensão, o que permite afirmar que, de fato, pode ser útil para avaliar as atitudes de estudantes de enfermagem em relação ao usuário de drogas, entretanto, outros estudos devem ser feitos para avaliar a reprodutibilidade e validação deste instrumento em outras populações.

Além disso, a escala em questão mostrou bons níveis de consistência interna global e para cada um de seus fatores, isoladamente.

Referências

1. Rose, N. Psicologia como uma ciência social. *Psicol Soc.* 2008;20(2):155-64.
2. Harling MR, Turner W. Student nurses' attitudes to illicit drugs: a grounded theory study. *Nurs Educ Today.* 2012;32:235-40.
3. Evers C, Ploeg J, Kaasalainen S. Case study of the attitudes and values of nursing students toward caring for older adults. *J Nurs Educ.* 2011;50(7): 404-9.
4. Rajkumar E, Julious S, Salome A, Jennifer G, John AS, Kannan L, et al. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. *Indian J Lepr.* 2011;83(1):37-43.
5. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(5):1205-13.
6. Wu Y, Deng Y, Zhang Y. Knowledge, attitudes, and behaviors of nursing professionals and students in Beijing toward cardiovascular disease risk reduction. *Res Nurs Health.* 2011;34(3):228-40.
7. Pedrão LJ, Galera SAF, Silva MCP, Cazenave GA, Costa Júnior ML, Souza MCBM, et al. Attitudes of graduate nursing students towards mental disorders in Brazil, Chile and Peru. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(3):339-43.
8. Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. Nursing formation and the drugs phenomenon in the South of Brazil: nursing students' attitudes and beliefs on care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(spe):863-71.
9. Mendoza, EV; Pillon, SC. Nursing education and the drugs phenomenon in Colombia: knowledge, attitudes and beliefs. *Rev. Lat-Am. Enfermagem.* 2005;13(spe):845-53.
10. Vargas D, Luis MAV. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(5):895-902.
11. Maciel, MED. Atitudes dos estudantes de enfermagem frente aos alcoolistas: validação do Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire.

[Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2011. 103p.

12. Pillon SC, Dunn J, Laranjeira RR. Nurses Attitudes Towards Alcoholism: Factor analysis of three commonly used scales. *São Paul Med J.* 1999;116(2):1661-6.

13. Lopes GT, Lemos BKJ, Lima HB, Cordeiro BRC, Lima, LSV. Concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre usuários de drogas. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):518-23.

14. Lopes GT, Luis MAV. Nursing formation and the drugs phenomenon in the state of Rio de Janeiro-Brazil: attitudes and beliefs. *Rev. Lat-Am. Enfermagem;* 2005;13(spe):872-9.

15. Lopes GT. Fenômeno das drogas: crenças e atitudes dos graduandos de enfermagem. *Rev enferm UERJ.* 2007;15(4):538-43.

16. Watson H, Maclaren W, Kerr Susan. Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. *Addict.* 2006;(102):206-15.

17. Anderson P, Clement S. The AAPPQ Revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *Brit J Addict.* 1987;82:753-9.

18. Shaw S, Cartwright A, Spratley T, Harwin J. Responding to Drinking Problems. London: Croom-Helm; 1978. 269 p.

19. Airey N, Marriott J. Measuring therapeutic attitudes in the prison environment: development of the Prison Attitude to Drugs scale. *Addict.* 2003;98:179–84.

20. Robinson JP, Shaver PR, Wrightman LS. Measures of personality and social psychological attitudes. New York: Academic Press; 1991.

21. Manzi-Oliveira AB, Balarini FB, Marques LAS, Pasian SR. Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. *Psico-USF.* 2011;16(3):367-81.

ARTIGO 2

Adaptação transcultural e estudo de validação da versão brasileira da Treatment Spirituality/Religiosity Scale

Adaptação transcultural e estudo de validação da versão brasileira da Treatment Spirituality/Religiosity Scale Transcultural adaptation and validation study of the Brazilian version of the Treatment Spirituality/Religiosity Scale

Resumo

Contexto: Não há, até o momento, um instrumento validado para o contexto brasileiro que avalie a ênfase dada aos aspectos religiosos e espirituais nos serviços que atendem demandas relacionadas ao uso de álcool e drogas. **Objetivo:** adaptar, testar a confiabilidade por teste-reteste, verificar a consistência interna e a validade de construto de uma versão brasileira da *Treatment Spirituality/Religiosity Scale*. **Método:** Estudo psicometrico e longitudinal. Realizou-se a tradução e retradução, avaliação de comitê de juízes e análise semântica do instrumento. A amostra foi composta por N=188 estudantes de Enfermagem de nível técnico e superior. A análise da confiabilidade por teste- reteste foi feita com 135 estudantes após um mês da primeira aplicação do questionário. Para checar a validação de construto, conduziu-se uma análise fatorial. **Resultados:** a versão brasileira da TSRS manteve-se com 10 itens, divididos em dois fatores. A confiabilidade por teste-reteste apresentou *kappa* variando de $\kappa=0.22$ a 0.47 e consistência interna global de *Alfa de Cronbach*=0.85. **Conclusão:** o instrumento mostrou medidas consideradas leves a moderadas no estudo de confiabilidade e boas medidas de consistência interna e de validade de construto.

Palavras-chave: Psicometria, Estudos de Validação, Estudantes de Enfermagem

Abstract

Background: There is not, until the date, a validated instrument for the Brazilian context that assess the emphasis on the religious and spiritual services that meet demands related to alcohol and drugs. **Objective:** To adapt, test by test-retest reliability, check the internal consistency and construct validity of a Brazilian version of the *Treatment Spirituality/Religiosity Scale*. **Methods:** Longitudinal and psychometric study. We carried out the translation and retranslation, evaluation committee of judges and semantic analysis of the instrument. The sample consisted of N=188 nursing students of technical and higher level. Analysis of test-retest reliability for was done with 135 students after a month of the first administration of the questionnaire. To check the construct validation, we conducted a factor analysis. **Results:** The Brazilian version of TSRS remained with 10 items, divided into two factors. The test-retest reliability presented *kappa* ranging from $\kappa=0.22$ to 0.47 and overall internal consistency of Cronbach's alpha = 0.85. **Conclusion:** The instrument showed measures considered mild to moderate in the study of reliability and good measures of internal consistency and construct validity.

Keywords: Psychometrics, Validation Studies, Nursing Students

1. Introdução

A história recente da área da saúde mostra uma crescente valorização da religião e da espiritualidade como recurso terapêutico, que concomitantemente, vem atrelada ao desenvolvimento de diversos instrumentos psicometricos de avaliação das diversas facetas dessas dimensões^{1,2}.

Estudos de diferentes áreas conduzidos no Brasil, por exemplo, têm se debruçado em avaliar a importância da religião e do exercício religioso e espiritual para a vida^{3,11}, aspectos das religiões e crenças⁵, o bem-estar espiritual^{6,7} a espiritualidade em relação à saúde^{8,9} e o enfrentamento de adversidades através espiritualidade e religiosidade¹⁰.

No que tange a algumas populações-alvo específicas, como no caso de usuários de álcool e drogas, o tema em questão ganha ainda mais relevância, pois é sabido que altos níveis de espiritualidade predizem orientações mais otimistas de vida, melhor suporte social, maior resiliência para estresse e menores níveis de ansiedade para indivíduos em reabilitação para dependência de substâncias psicoativas e que práticas espirituais e religiosas estão frequentemente associadas com sobriedade, manutenção de estado de abstinência, permanência nos programas de tratamento e com outras atitudes que reforçam os recursos de força pessoal¹¹⁻¹³.

Além disso, evidências recentes sugerem, ainda, que o consumo de drogas, e especialmente do álcool, é diretamente influenciado pela religião professada e pela prática religiosa de um indivíduo, funcionando como fator protetor do uso de substâncias para a população (prioritariamente para jovens), o que nem sempre pode ser atribuído à espiritualidade^{14,15,16}.

Neste sentido, avaliar o quanto os aspetos religiosos e espirituais são considerados no âmbito dos equipamentos de saúde de maneira geral, e especialmente naqueles que realizam tratamento para abuso de substâncias psicoativas, se torna bastante estratégico, apesar da evidente escassez de instrumentos que se propõem a fazê-lo¹⁷.

Em resposta a esta lacuna foi desenvolvida uma escala que mensura a ênfase dada à religiosidade e à espiritualidade nos tratamentos para problemas relacionados ao uso de substâncias, denominada *Treatment Spirituality / Religiosity Scale* (TSRS)¹⁷.

A TSRS é um instrumento autoaplicável, composto por 10 itens que

avaliam a ênfase dada a aspectos da espiritualidade/religiosidade em programas de tratamento para reabilitação do uso de substâncias psicoativas. Pode ser aplicada aos próprios usuários dos serviços ou em indivíduos que atuam na assistência dessa população. A construção dos itens desta escala tomou como referência observações sistemáticas de diferentes programas, discussão com os funcionários e coordenadores de serviços que utilizam espiritualidade/religiosidade como parte do tratamento. Além disso, considerou-se como subsídio teórico, literaturas sobre espiritualidade/religiosidade em programas de reabilitação para álcool e drogas, como aqueles baseados em Doze Passos¹⁷.

A validação do referido instrumento foi realizada em estudo conduzido com 3018 pacientes e 329 trabalhadores, membros de 15 serviços residenciais com programas de tratamento para transtornos decorrentes do uso de substâncias. A TSRS mostrou boa consistência interna ($\alpha=0.77$), uma única estrutura fatorial, com concordância entre pacientes e trabalhadores ($r= 0.93$). O formato de respostas do tipo “verdadeiro” ou “falso” foi escolhido baseado em experiências prévias dos pesquisadores por assegurar melhor compreensão por parte dos indivíduos da população-alvo e também pelo fato da TSRS ser um novo domínio da *Community-Oriented Programs Environment Scale* (COPE)^{17, 18}.

A pontuação deste instrumento deve ser feita pelo simples somatório dos itens assinalados, sendo que as assertivas 1, 3, 5, 7 e 9 descrevem aspectos da inclusão de religiosidade/espiritualidade no tratamento e as de números 2, 4, 6, 8 e 10 como aspectos de exclusão¹⁷.

Visto a não existência no Brasil até o momento nenhum estudo que reproduza as propriedades psicométricas desta escala e de nenhuma outra que avalie a ênfase de aspectos religiosos e espirituais nos serviços, os objetivos deste estudo são realizar a adaptação transcultural e avaliar medidas confiabilidade e validade de uma versão brasileira da TSRS, denominada TSRS-br.

2. Método

Trata-se de um estudo psicometrico. Realizou-se uma etapa de delineamento longitudinal para verificar a confiabilidade da TSRS-br, no qual os dados foram coletados em dois momentos.

A amostra foi constituída de estudantes de enfermagem de nível superior e de nível técnico, conforme mostra a tabela 1. Este público-alvo foi recrutado em

instituições públicas e privadas de um município do interior do Estado de Mato Grosso. A escolha por estas amostras se deu pelo fato de os componentes curriculares dos cursos de enfermagem contemplarem, de maneira geral, disciplinas que preconizam atenção integral ao cliente. Com isso, um estudante com alguma experiência profissional, mesmo que apenas em estágio, já deve estar apto a observar e a incluir na assistência aspectos das dimensões religiosas e espirituais dos indivíduos.

Tabela 1- Distribuição dos estudantes de enfermagem por amostras (N=188), Barra do Garças/MT, 2012.

	Amostra 1					
	Total		Instituição Pública		Instituição Privada	
	N	%	n	%	n	%
Estudantes de nível superior	143	76	60	31,9	83	44,1
Terceiro Ano	65	34,5	28	14,8	37	19,7
Quarto Ano	78	41,5	32	17,1	46	24,4
	Amostra 2					
	Total		Instituição Pública		Instituição Privada	
	N	%	n	%	n	%
Estudantes de nível técnico	45	24	22	11,8	23	12,2
Segundo Ano	39	20,8	22	11,8	17	9
Terceiro Ano	6	3,2	0	0	6	3,2

Foram critérios de inclusão: ser estudante regularmente matriculado em qualquer período do curso de bacharelado ou técnico em enfermagem; já ter realizado algum atendimento no qual foi necessário abordar a questão do uso de substâncias psicoativas; ter dezoito anos ou mais, ambos os sexos, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa. Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: não concordar em participar do estudo; não ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou apresentar alguma condição que pudesse impedir a compreensão de perguntas do instrumento de pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Júlio Muller/UFMT (CAAE 02441512.5.0000.5541 / 2012) e o uso do instrumento TSRS original foi autorizado pelos seus autores.

As propriedades psicometricas da TSRS-br foram exploradas através das seguintes etapas: tradução e adaptação transcultural, verificação da validade de construto e estudo do nível de confiabilidade do instrumento.

Procedimentos:

Aplicou-se um questionário composto por informações sociodemográficas e Escala TSRS, tendo sido aplicado em dois momentos (com diferença de um mês entre uma aplicação e outra) nas instituições de ensino, mediante contato prévio.

- Tradução e adaptação transcultural do instrumento: realizou-se a tradução da TSRS original inglês para o português por duas pesquisadoras brasileiras especialistas da área de álcool e drogas e com fluência no idioma inglês. As duas versões da tradução foram apresentadas a dez estudantes do curso de enfermagem (de nível técnico e superior), e então, solicitou-se aos mesmos que para cada item do instrumento se verificasse e assinalasse qual das duas assertivas tinha a melhor compreensão. Também foi pedido que se anotasse alguma eventual sugestão para aprimorar os itens. Em seguida, após análise, elaborou-se melhora da tradução de dois itens e a versão final da tradução foi encaminhada para retradução por uma profissional da área de letras, bilíngue, não familiarizada com a versão original da escala.

Em seguida, foi feita a comparação entre a versão traduzida para o português, a versão retraduzida e o instrumento original em inglês por um comitê formado por três pesquisadoras da área de álcool e drogas com experiência na adaptação de instrumentos, sendo duas enfermeiras e uma psicóloga bilíngues. Nenhum novo ajuste nos itens do instrumento foi necessário, e desta forma, obteve-se a versão final da TSRS-br.

Análise dos dados

De acordo com os objetivos deste estudo e através do uso do programa estatístico SPSS 17, a análise dos dados foi feita da seguinte maneira:

- Análise descritiva: para as variáveis sociodemográficas, calculou-se as médias, medianas, frequências e desvios-padrão.
- Estudo de confiabilidade e consistência interna: optou-se mensurar o grau de concordância entre as duas avaliações independentes do instrumento, utilizando o método de teste e reteste. Visto que as assertivas-resposta da TSRS-br são binárias, aplicou-se o Coeficiente de *Kappa* para cada um de seus itens. A consistência interna do instrumento foi calculada através do Coeficiente de *Alfa de Cronbach*¹⁹.
- Validade de construto: aplicou-se o índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e

também o teste de esfericidade de Bartlett (IC=95%) para examinar a adequação da amostra. Após, realizou-se uma análise fatorial exploratória, utilizando o método de análise dos componentes principais (ACP), excluindo cargas fatoriais inferiores a 0.4 e seguido de rotação Varimax. Apenas fatores com autovalores acima de 1,0 foram retidos²⁰.

3. Resultados

A idade da amostra (N=188) variou de 17 a 53 anos, com média de 25,88 anos (Dp±6,97) e apresentou distribuição por sexo, ocupação, religião e prática religiosa, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 – Informações sociodemográficas, segundo estudantes de Enfermagem (N=188). Barra do Garças, MT, Brasil.

		N	%
Sexo	Feminino	161	85,6
	Masculino	27	14,4
Ocupação	Já trabalha na área de saúde	15	8
	Trabalha fora da área de saúde	40	21,3
	Não trabalha	133	70,7
Religião	Católico	93	49,5
	Evangelico	62	33
	Espírita	11	5,8
	Não tem religião, mas acredita em Deus	22	11,7
Prática religiosa	Sim	137	72,9
	Não	29	15,4
	Não se aplica	22	11,7

3.1 Confiabilidade

A consistência interna do instrumento foi de $\alpha=0.85$. No estudo de teste-reteste, encontrou-se valores de *Kappa* variando de $\kappa=0.22$ a 0.47, considerando um intervalo de um mês entre as aplicações da TSRS-br. Cinquenta e três questionários foram excluídos desta análise por estarem incompletos (n=135).

3.2 Validade de construto

Em relação à análise fatorial, encontrou-se o índice de adequação da amostra de KMO igual a 0.86 e o teste de esfericidade de Bartlett igual a $\chi^2=644.177$ ($p=0.000$), o que significa que se deve rejeitar a hipótese nula de que não há correlação entre os itens do instrumento e a matriz de dados é adequada para

proceder à análise fatorial⁽²⁰⁾.

De acordo com a tabela 3, à ACP encontrou-se uma estrutura de dois fatores da TSRS-br.

Tabela 3 – Matriz estrutural da TSRS-br, Barra do Garças, MT, 2012 (N=188).

Item	Conteúdo	Carga Fatorial	
		1	2
TSRS1	Os pacientes são encorajados a rezar como parte do seu processo de reabilitação.	,823	
TSRS3	As pessoas que prestam assistência reforçam a importância de o paciente estabelecer um relacionamento com Deus ou um Poder Superior.	,811	
TSRS5	Os profissionais do serviço encorajam os pacientes a buscarem ajuda religiosa.	,786	
TSRS7	Algumas reuniões em grupo terminam com a Oração da Serenidade.	,699	
TSRS2	Há relativamente pouca ênfase dada à religião ou espiritualidade no serviço.	,668	
TSRS9	A bíblia e outros materiais com conteúdos religiosos estão prontamente disponíveis no serviço.	,591	
TSRS8	Os pacientes não são encorajados a orar ou falar sobre religião.	,460	
TSRS10	Os pacientes raramente falam sobre suas crenças religiosas		,764
TSRS4	Os pacientes quando acompanhados no serviço, raramente buscam ajuda religiosa.		,744
TSRS6	Os pacientes raramente lêem a bíblia ou conversam com um líder religioso.		,693

O fator 1, qui denominado “elementos do serviço”, ficou composto pelos itens 1, 2, 3, 5, 7, 8 e 9 ($\alpha=0.85$) e o fator 2, que se refere a “demandas dos pacientes”, abrangeu as assertivas 4, 6 e 10 ($\alpha=0.65$).

4. Discussão

A versão brasileira da TSRS (TSRS-br) apresentou medidas de confiabilidade e validade de construto que podem ser consideradas satisfatórias (referenciar). O uso deste instrumento pode ser bastante útil no contexto de saúde para identificar a percepção dos usuários de substâncias em relação à necessidade de dar mais ou menos ênfase na assistência de aspectos religiosos e espirituais e também como uma oportunidade de abertura de um diálogo entre

pacientes e profissionais neste sentido¹⁷.

O processo de tradução e adaptação transcultural, tal como feito neste estudo, se preocupou em fazer a melhor análise semântica possível dos itens da TSRS-br. Por este motivo, as versões traduzidas foram apresentadas aos dois estratos envolvidos na população-alvo, ou seja, estudantes de nível técnico e superior. Além disso, a retradução e apresentação da escala a um Comitê de Juízes composto por especialistas na área de álcool e drogas visou garantir uma boa análise de conteúdo do instrumento. Com isso, pode-se considerar que a validade aparente foi preservada na TSRS-br²¹.

No caso do estudo de confiabilidade, observou-se uma medida de consistência interna considerada boa ($\alpha=0.85$), já que coeficientes entre 0.70 e 0.80 encontram-se nesta faixa²². Pelo método de teste e reteste, o menor e o maior grau de concordância entre as respostas dadas nos dois momentos variou de "leve" (0,22) a "moderado" (0.47), respectivamente, de acordo com a seguinte referência para interpretação de valores de *kappa*: 0=grau de concordância pobre; 0.01-0.20=leve; 0.21-0.40=discreto; 0.41-0.60=moderado; 0.61-0.80=substancial; 0.81-0.90=quase perfeito¹⁹. Lembrando, que o tempo de aplicação da TSRS-br entre os dois momentos foi de um mês e uma característica inerente a uma amostra de estudantes é o recebimento constante de novas informações pelos mesmos, o que pode, neste caso, ter representado um viés na mensuração de graus de concordância nas respostas do instrumento.

O estudo de análise fatorial da TSRS-br mostrou uma estrutura de dois fatores, diferente do instrumento original, constituído por apenas um fator que se refere, de maneira geral, à "ênfase dada aos aspectos religiosos e espirituais nos serviços"¹⁷. De qualquer maneira, essa distinção entre a versão traduzida e adaptada não fere os conceitos teóricos que formam o arcabouço que subsidiou a construção da TSRS original.

Neste sentido, denominou-se o fator 1 como "elementos do serviço", já que as assertivas tratam sobre aspectos da religião/espiritualidade que são oferecidos ou trabalhados no serviço de saúde. Por outro lado, os itens que compuseram o fator 2, "demandas dos pacientes", retratam o interesse dos pacientes em buscar auxílio religioso ou espiritual, tanto no serviço, quanto em âmbito externo.

Ainda em relação ao presente estudo, pode-se apontar como limitação o

fato de a TSRS-br ser mais apropriada para uso em serviços específicos de Saúde Mental voltados para o tratamento do uso de álcool e drogas e não ter sido aplicada nestes contextos, tal como se deu no estudo da escala original¹⁷. Na verdade, isso não foi feito inicialmente em virtude das características inerentes à formação da população-alvo (estudantes de enfermagem) e também da conformação da rede dos serviços de saúde brasileiros, que preconizam, respectivamente: uma educação voltada para a prática da assistência à dimensão religiosa e espiritual em qualquer área de atuação da enfermagem²³; inclusão da abordagem do uso de álcool e drogas, tanto em serviços generalistas, quanto especializados^{24,25}.

5. Conclusão

A TSRS-br, traduzida e adaptada, mostrou boas medidas de validade e consistência interna global e para cada um de seus fatores, isoladamente. A confiabilidade por teste e reteste apresentou índices leves a moderados.

Diferente da escala original, que possui apenas um fator, o estudo de análise fatorial da TSRS-br mostrou uma estrutura de dois fatores, sendo o primeiro denominado “elementos do serviço” e o segundo “demandas dos pacientes”.

Em suma, pode-se afirmar que a TSRS-br constitui-se em um instrumento de fácil aplicação e compreensão que pode ser útil para avaliar o quanto os usuários de substâncias que chegam aos serviços de saúde estão interessados na abordagem de seus aspectos religiosos e espirituais.

Referências:

1. Galanter M, Derratis H, Bunt G, Willians C, Trujillo M, Steinke P. Assesment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33:257-64.
2. Koenig HG, Bussing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1:78-85.
3. Gonçalves AMS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;36(1):10-15.
4. Murakami R; Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):361-7.
5. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument related to spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):153-65
6. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):440-5.

7. Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE). *Avaliação Psicológica*. 2009;8(2):179-186 179.
8. Chaves ECL, Carvalho EC, Dantas RAS, Terra FS, Nogueira DP, Souza L. Validação da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev enferm UFPE on line*. 2010;4(2):715-21.
9. Taunay TCDE, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). *Rev Psiq Clin*. 2012;39(4):130-5.
10. Panzini RG, Bandeira D. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicologia em Estudo*. 2005;10:507-16.
11. Poage ED, Ketzenberger KE, Olson J. Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addict Behav*. 2004;29:1857-62.
12. Arnold R, Avants SK, Margolin A, Marcotte D. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2002;23:319-26.
13. Chu DC, Sung HE, Hsiao GY. Religious Conversion and Treatment Outcome: an Examination of Clients in a Faith-Based Residential Substance Treatment Program. *J Drug Issues*. 2012;42(2):197-209.
14. Sanchez ZM, Nappo AS. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(supl 1):73-81.
15. Gnadt B. Religiousness, current substance use, and early risk indicators for substance abuse in nursing students. *J Addict Nurs*. 2006;17(3):151-8.
16. Pillon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM. Alcohol use and spirituality among nursing students. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):98-105
17. Lillis J, Gifford E, Humphreys K, Moss R. Assessing spirituality/religiosity in treatment environment: the treatment spirituality/religiosity scale. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 35:427-433.
18. Moos, R. H. Community oriented programs environment scale manual: Development, applications, research (CA): Palo Alto: Mind Garden; 1996.
19. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (São Paulo):Lemos Editorial; 2000. p.23-28.
20. Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows (Porto Alegre): Artmed;2006.
21. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (São Paulo):Lemos Editorial; 2000. p.15-22.
22. Robinson JP, Shaver PR, Wrightman LS. Measures of personality and social psychological attitudes (New York): Academic Press; 1991.
23. Gussi MA, Dytz JLG. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev bras enferm*. 2008; 61(3): 337-384.
24. Barros S, Salles M. Mental health care management in the Brazilian National Health System. *Rev Esc Enferm. USP*. 2011;45(spe2):1780-5.
25. Gonçalves MAS, Ferreira OS, Abreu AMM, Pillon SC, Jesus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev Eletr Enf*. 2011;13(2):355-60.

6. CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa evidenciaram que, após receberem uma intervenção educativa, os estudantes de Enfermagem apresentaram mudanças de atitudes frente ao trabalho com usuários de álcool e drogas. Já em relação às percepções dos mesmos graduandos sobre a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais no cuidado que envolve o tema em questão, não foram observadas mudanças significativas antes e após tal intervenção.

Retomando o principal questionamento que motivou a realização deste estudo, também não foi constatado que o aumento do nível de conhecimento sobre um cuidado integral ao usuário de substâncias e as mudanças nas atitudes perante o trabalho com essa clientela corroboram com a melhora das percepções dos estudantes acerca do cuidado religioso e espiritual prestado nos serviços.

Em relação à etapa de estudo psicométrico, verificou-se que ambos os instrumentos (DDPPQ e TSRS) demonstraram boas mensurações de validade e confiabilidade.

Dessa forma, conclui-se que, apesar de ser fundamental o investimento na ampliação da discussão nos currículos de graduação em Enfermagem a respeito do uso e abuso de substâncias psicoativas e suas interfaces com a implementação do cuidado religioso e espiritual, desenvolvido por meio da relação de ajuda, torna-se prioritário aprimorar formas de avaliação da efetividade de intervenções educacionais para o trabalho nessa área. Ações dessa natureza podem motivar futuras investigações, contribuindo para uma maior produção de conhecimento a respeito do tema.

REFERÊNCIAS

AALTO, M.; ALHO, H.; HALME, J. T.; SEPPÄ K. AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 103, p. 25-29, 2009.

ALBERY, J. H. et al. Measuring therapeutic attitude among drug workers. **Addictive Behaviors**, v. 28 p. 995–1005, 2003.

ACAUAN, L.; DONATO, M.; DOMINGOS, A. M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 566-570, 2008.

AIREY, N.; MARRIOTT, J. Measuring therapeutic attitudes in the prison environment: development of the Prison Attitude to Drugs scale. **Addiction**, v. 98, p.179–184, 2003.

ALMEIDA, P. P., et al. Review: executive functioning and cannabis use. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.69-76, 2008.

ALMEIDA, V. C.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.

ANDERSON, P.; CLEMENT, S. The AAPPQ revisited: The measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. **British Journal of Addiction**, v.82, n.3, p. 753-759, 1987.

ARAÚJO, M. A. M. et al. A logoterapia e suas relações com os cuidados de enfermagem em Saúde Mental. **Revista Rene**, v. 9, n. 4, p. 158-164, 2008.

ARNOLD, R. M. et al. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 23, p. 319-326, 2002.

ARTHUR, D. The effects of the problem-based Alcohol Early-Intervention Education Package on knowledge and attitudes of students of nursing. **Journal of Nursing Education**, v. 40, n. 2, p. 63-72 , 2001.

BABOR, T. F. et al. **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária**. Ribeirão Preto: Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade. 2003.

BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. Intervenções breves para uso de risco e uso nocivo de álcool: manual para uso em atenção primária. Tradução. Ribeirão Preto: PAI-PAD. 2003.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 09 –16, 2006.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Use of drugs of abuse and sentinel event:

constructing a proposition about assessing public policies. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.3, 2007.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso e abuso de drogas. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v. 11, p. 655-662, 2007.

BITTENCOURT, M. N. **Atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: comparativo entre enfermeiros de serviços especializados e de outros serviços de saúde**. 2012. Dissertação – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BONI, R. et al. Os conteúdos álcool e outras drogas no ensino de enfermagem da UFES: Uma análise crítica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 1, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF, 2004, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**: Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, DF, 2011. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, DF, 2005. 51p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**; organizadores: ARRUDA, P. C. A. V. D.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. Brasília, DF 2009a. 364 p.

BRASIL. **Fé na Prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins**. Brasília, DF: Secretaria Nacional sobre Drogas, 2009b.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 59 p.

BRIMBLECOMBE, N. et al. Implementing holistic practices in mental health nursing: a national consultation. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 3, p. 339-348, 2007.

BROOKER, C. et al. The views of nurses to the conduct of a randomized controlled trial of problem drinkers in an accident and emergency department. **International Journal Nurses Studies**, v. 36, p.33-39, 1999.

BROTTO, V.; LEE, G. Substance use and its implications for the critical care nurses: a literature review. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 23, n. 2, p. 64-70, 2007.

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

CARRARO, T. E.; RASSOL, G. H.; LUIS, M. A. V. Nursing formation and the drugs phenomenon in the South of Brazil: nursing students' attitudes and beliefs on care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 863- 871, 2005. Número especial.

CARTANA, M. H. F. et al. Prevenção do uso de substâncias psicoativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 286-289, 2004.

CARTWRIGHT, A. K. J. The attitudes of helping agents towards the alcoholic client: the influence of experience, support, training and self-esteem. **British Journal of Addiction**, v. 75, p. 413-431, 1980.

CHAVES, E. C. L. et al. Uma interação enfermeiro-paciente: aplicando princípios do relacionamento não-diretivo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 248-255, 2008.

CENPRE. Drogas: glossário e classificação. In: SILVA, F. A; SILVA, E. S.; MEDINA, J. S. **Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicador prevencionista**. Rio Grande: Edição Eletrônica, 2012. p.59-69. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/0014765028ea98e759c42>>. Acesso em: 20 Nov. 2012.

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, 2006.

CHU, D. C.; SUNG, H. E.; HSIAO, G. Y. Religious Conversion and Treatment Outcome: an Examination of Clients in a Faith-Based Residential Substance Treatment Program. **Journal of Drug Issues**, v. 42, n. 2, p.197-209, 2012.

COELHO, M. I. L. R. **A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal**. 2012. 106f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

COFEN. Departamento de Tecnologia da Informação - DTI/COFEN. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**, 2011.

CRP. Conselho Federal de Psicologia - XV plenário gestão 2011-2013. **Práticas emergentes e inovadoras de psicólogos(as) no campo das políticas públicas de álcool e outras drogas**, 2012. 7 p.

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

CORTEZ, E. A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado**. 2009. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

COSTA, M. L. P.; OLIVEIRA, L. C. M. Comorbidities of mental and behavioral disorders in chemically dependent patients in different periods of abstinence. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.61, n.3, p. 139-147, 2012.

CROTHERS, C. E.; DORRIAN, J. Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. **International Scholarly Research Network - ISRN Nursing**, 821514, 2011.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DEAL, B. Finding meaning in suffering. **Holistic Nursing Practice**, v. 25, n. 4, p. 205-10, 2011.

DEMETROVICS, Z. Co-morbidity of drug addiction: an analysis of epidemiological data and possible etiological models. **Addiction Research and Theory**, v. 17, n. 4, p. 420-431, 2009.

DUALIB, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.839-848, 2007.

EVERS, C.; PLOEG, J.; KAASALAINEN, S. Case study of the attitudes and values of nursing students toward caring for older adults. **Journal of Nursing Education**, v.50, n.7, p. 404-409, 2011.

EAGLY, A. H.; CHAIKEN, S. **The psychology of attitudes**. Editor: Harcourt Brace Jivanivich College Publishers; 1993.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Alcohol consumption in pregnancy: performance of the Brazilian version of the questionnaire T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p.979-984, 2007.

FACULDADES UNIDAS DO VALE DO ARAGUAIA. Disponível em <<http://www.univar.edu.br>>. Acesso em: 21 out. 2012.

FILIZOLA, C. L. A. O papel do enfermeiro psiquiatra- oprimido e opressor. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 31, n. 2, p. 173-190,1997.

FILIZOLA, C. L. A.; PAVARINI, S. C. I. **A relação enfermeiro-paciente e instrumentos para coleta de dados**. São Carlos: EdUFSCar, 2002. 36p. (Série Apontamentos).

FRANKL, V. E. **Logoterapia y análisis existencial: textos de cinco décadas**. 2th ed. Barcelona: Herder; 1994.

FUREGATO, A. R. et al. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 5, p. 239-44, 2006.

GALANTER, M. et al. Assesment of spirituality and its relevance to addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 33, p. 257-264, 2007.

GALDUROZ, J. C. F. et al. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2004**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo - Universidade Federal de São Paulo, 2005.

GNADT, B. Religiousness, current substance use, and early risk indicators for substance abuse in nursing students. **Journal of Addict Nursing**, v. 17, n. 3, p. 151-158, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GONÇALVES, S. S. P. M. **Atenção de Enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas no contexto dos serviços de saúde extra-hospitalares: um estudo exploratório de campo**. 2006. 126 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Niterói, 2006.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de drogas. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v.11, n. 4, p.586 – 592, 2007.

GONÇALVES, A. M. S. et al. Aspectos básicos da relação enfermeiro-paciente e a prática do enfermeiro na Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso do álcool. In.: **Relacionamento Interpessoal - Uma perspectiva Interdisciplinar**. Vitória/ES: Associação Brasileira de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal, 2010. v. 1. 225 p.

GONÇALVES, M. A. S. et al. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 355-360, 2011.

GRIFFITHS R. D. et al. Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? **Drug and Alcohol Review**, v. 26, n. 5, p.545-52, 2007.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p.88-94, 2007. Suplemento 1.

HARLING, M. R.; TURNER, W. Student nurses' attitudes to illicit drugs: a grounded theory study. **Nursing Education Today**, v. 32, p.235-240, 2012.

HARRIS A. H. S. Too many rating scales: not enough validation, **Addiction**, v. 108, n. 1, p. 9–13, 2013.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.

HERRERA, A. B.; et al. Percepción de los Estudiantes de una escuela de enfermaria acerca Del consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, p. 684-690, 2011. Número especial.

HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M.; MORAES, A. L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.17, n.1, p. 171-178, 2012.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.

INDIG, D. et al. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. **International Emergency Nursing**, v. 17, n. 1, p. 23-30, 2009.

JOHNSON, B. Aplicación del processo de enfermería a las adiciones. In.: **Enfermería Psiquiátrica y de salud mental**, Vol II. Mc Graw Hill, 2000.

JUNQUEIRA, M. A. B. **Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem**. 2010. 157f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

KANNER, E. F.S.; HEATHER, N.; MCAVOY, B. R.; LOCK, C. A.; GILVARRY, E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care : attitudes and practices of English general practitioners. **Alcohol and Alcoholism**, Londres, v. 34, n.4 , p.559-566, 1999.

KANTORSKI, L. P. et al. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 399-407, 2010.

KANTORSKI, L. P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 317-324, 2005.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 2, n. 30, p. 96-98, 2008. Editorial.

- KOENING, H. G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.196, n. 5, p. 349-355, 2008.
- KOENIG, H. G., BUSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.
- KOCISZEWSKI, C. Spiritual care: a phenomenologic study of critical nurses. **Heart and Lung**, v. 33, n. 6, p. 401-411, 2004.
- KRENTZMAN, A. R. et al. Predictors of Membership in Alcoholics Anonymous in a Sample of Successfully Remitted Alcoholics. **Journal of Psychoactive Drugs**, n. 43, v. 1, p. 20-26, 2011.
- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Medical Care**, v. 41, n. 11, p.1284-1292, 2003.
- LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 68-77. 2004. Suplemento 1.
- LEIGH, J.; BROWEN, S.; MARLATT, A. Spirituality, mindfulness and substance abuse. **Addictive Behaviors**, v. 30, p. 1335-1341, 2005.
- LILLIS, J. et al. Assessing spirituality/religiosity in treatment environment: the treatment spirituality/religiosity scale. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 35, p. 427-433, 2008.
- LE MOS, B. K. et al. Fenômeno da drogas: Crenças e atitudes dos graduandos de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 538-543, 2007.
- LIMA, R. V. M. et al. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia v. 12, n. 2, p. 348-53, 2010.
- LOPES, G. T. Fenômeno das drogas: crenças e atitudes dos graduandos de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 538-543, 2007.
- LOPES, G. T. et al. Concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre usuários de drogas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p.518-23, 2009.
- LOPES, G. T.; LUIS, M. A. V. Nursing formation and the drugs phenomenon in the state of Rio de Janeiro-Brazil: attitudes and beliefs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 872-879, 2005. Número especial.
- LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F.; FERREIRA, P. S. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgências - teste piloto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, v. 1, p. 39-45, 2008.

- MACIEL, M. E. D. **Atitudes dos estudantes de enfermagem frente aos alcoolistas: validação do Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire**. 2011. 103p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- MAGALHÃES, D. E. F; SILVA, M. R. S. Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 408-415, 2010.
- MARINHO, A. M. et al. Multiprofessional practice in psychosocial care centers for alcohol and other drugs. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**. v. 6, n. 7, p.1615-1622, 2012.
- MARQUES, A. C. P. R; FURTADO, E. F. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 28-32, 2004. Suplemento 1.
- MEIRA, S.; ARCOVERDE, M. A. M. Representações sociais dos enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz do Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol.6, n.1, p. 1-13, 2010.
- MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do uso do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, p.7-10, 2004. Suplemento 1.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDOZA, E. V.; PILLON, S. C. La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 845- 853, 2005. Número especial.
- MENEZES-GAYA, C. **Estudo de validação de instrumentos de rastreamento para transtornos depressivos, abuso e dependência de álcool e tabaco**. 2011. 181 p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.
- MEZA-BENAVIDES, M. A.; FUREGATO, A. R. F. Experiencias y significados sobre el fenómeno de las drogas en estudiantes de enfermería. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, 2011. Número especial.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- MILLER, W. R. et al. Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.35, p. 434-442, 2008.
- MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007.

MONOD, S. et al. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 26, n. 11, p. 1345-1357, 2011.

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

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 695-703, 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**, v.63, p. 843-845, 2006.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptation and validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for a river population in the Brazilian Amazon. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.

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

MOSS, R. H. **Community oriented programs environment scale manual: development, applications, research**. 3. ed. Palo Alto, CA: Mind Garden, 1996.

MUNRO, A.; WATSON, H. E.; MCFADYEN, A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 44, n. 8, p.1430-1438, 2007.

NIAAA. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Helping patients who drink too much: a clinician's guide**. United States of America: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S.Department of Health & Human Services, 2005.

NASCIMENTO, A. S.; GARCIA, M. L. T. Álcool e direção: uma questão na agenda política brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n.2, p.213-222, 2009.

OLIVEIRA, M. M. C. et al . Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 430-436, 2005 .

OLIVEIRA, F. F.; FRAZILI, R. T. V. Espiritualidade: seu significado no contexto do acadêmico de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba (REENVAP)**, Lorena, n. 02, p.61-72, 2012.

OLIVEIRA, C.; VARGAS, D. Representações sociais dos enfermeiros de hospital geral diante do paciente alcoolista. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**, v. 17, p. 452-457, 2012.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2003. 522 p.

PEDRÃO, L. J.; GALERA, S. A. F.; SILVA, M. C. P.; CAZENAVE, G. A.; COSTA JÚNIOR, M. L.; SOUZA, M. C. B. M.; et al. Attitudes of graduate nursing students towards mental disorders in Brazil, Chile and Peru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.339-343, 2005.

PILLON, S. C. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: Uma avaliação de conhecimentos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 301-305, 2005.

PILLON, S. C., LARANJEIRA, R. R., DUNN, J. Nurses Attitudes Towards Alcoholism: Factor analysis of three commonly used scales. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 116, n. 2, p. 1661-1666, 1999.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V.; LARANJEIRA, R. Atitudes dos enfermeiros relacionadas ao alcoolismo. **Nursing**, São Paulo, v. 96, n. 9, p. 811-816, 2006.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-682, 2004.

PILLON, S. C. et al. Alcohol use and spirituality among nursing students. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 98-105, 2011.

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

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p.36-52, 2003.

PULFORD, J. et al. **Alcohol assessment: the practice, knowledge, and attitudes of staff working in the general medical wards of a large metropolitan hospital**. **Journal of the New Zealand Medical Association**, v. 12, n. 1257, p.1-9, 2007.

RAJKUMAR, E. et al. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. **Indian Journal of Leprosy**, v.83, n.1, p.37-43, 2011.

RASSOOL, G. H. et al. Undergraduate nursing students' perceptions to substance use and misuse: a Brazilian position. **Journal of Mental Health and Psychiatric Nursing**, v. 13, n. 1, p. 85–89, 2006.

RASSOOL, G. H.; LUIS, M. V. Tackling drug and alcohol misuse in Brazil: priorities and challenges for nurses. **International Nursing Review**, v. 51, p. 201–207, 2004.

RASSOOL, G. H.; RAWAF, S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. **Nurse Education Today**, v. 28, p. 691–701, 2008.

RAMOS, L. H. et al. O ensino sobre dependência química em cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, 1998. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n.3, p. 35-43, 2001.

RONZANI, T. M., FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

ROSA, J. M. The nurse in an interdisciplinary team in the psychosocial care center and the possibilities of care. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 350-357, 2005.

ROSA, M. S. G.; TAVARES, C. M. M. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. **Revista de Enfermagem-Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 549-554, 2008.

ROSE, N. Psicologia como uma ciência social. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 2, p.155-164, 2008.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Spirituality in brazilian nursing: a historical retrospect. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 31, v. 2, p. 225-237, 2007.

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

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M.; CONTI, C. C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas/ The nurse and the approach of religious questions. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n. 2, p. 223-228, 2007.

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

SHERRY, W.; CASH, K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. **International Journal of Nursing Studies**, v. 41, p. 151–161, 2004.

SILVA, C. J. **Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde**. 2005. 205 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SOUZA, J. R. et al. The nursing care in the spiritual dimension: undergraduates' experience: [review]. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 1, 2009.

STRANG, J. et al. What difference does training make? A randomized trial with waiting-list control of general practitioners seeking advanced training in drug misuse. **Addiction**, v. 102, p. 1637–1647, 2007.

STARKEY, P.J. Nurses' attitudes toward alcoholism. **AORN Journal**, v.31, n.5, p. 819–832, 1980.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Alcohol and drugs in primary care: evaluating strategies for training. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.

TAVARES, C. M. M. Interdisciplinarity as requisite for the formation of the psychiatric nurse in the perspective of psycho-social care. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

TOMASSO, C. S; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1205-1213, 2011.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRAN, D. T.; STONE, A. M.; FERNANDEZ, R. S.; GRIFFITHS, R. D.; JOHNSON, M. Changes in general nurses' knowledge of alcohol and substance use and misuse after education. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 2, p.128-39, 2009.

TRAVELBEE, J. **Intervension en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relacion de persona a persona**. Washington: Panamerican de la Salud, 1979, 257p.

TSAI, Y. F. et al. Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, p.1459–1468, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO Disponível em: <<http://araguaia.ufmt.br>>. Acesso em 20 out. 2012.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool e ao alcoolista: um estudo psicométrico**. 2005. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 119-126, 2011.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Development and validation of a scale of attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, p.895-902, 2008.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; DUARTE, F. A. B. Psychosocial care Center for Alcohol and Drugs (CAPS-ad): nursing insertion and practices in São Paulo City,

Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, 2011.

VARGAS, D.; SOARES, J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**, v. 16, p. 340-347, 2011.

VARGAS VILELA, M.; VENTURA, C. A. A.; SILVA, E. C. Conocimientos de estudiantes de enfermería sobre alcohol y drogas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, p. 529-534, 2010. Número especial.

WAIDAMAN, M. A. P.; ELSEEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p.282-291, 2006.

WATSON, H.; MACLAREN, W.; KERR, S. Staff attitudes towards working with drug users: development of the drug problems perceptions questionnaire. **Addiction**, v. 102, n. 2, p. 206-215, 2006.

WYLIE, L. W. J. Assessing user perceptions of staff training requirements in the substance use workforce: a review of the literature. **Drugs: education, prevention and policy**, v. 17, n. 5, p. 618–631, 2010.

WU, S. I. et al. Validation and comparison of alcohol-screening instruments for identifying hazardous drinking in hospitalized patients in Taiwan. **Alcohol Alcohol**, v. 43, n. 5, p. 577-582, 2008.

WU, Y.; DENG, Y.; ZHANG, Y. Knowledge, attitudes, and behaviors of nursing professionals and students in Beijing toward cardiovascular disease risk reduction. **Research in Nursing & Health**, v.34, n.3, p.228-240, 2011.

ZIMBARDO, P.; EBBESEN, E. B. **Influência em atitudes e modificação de comportamento**. São Paulo : Edgard Blucher, 1973. 163 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Autorização para coleta de dados (Universidade Federal de Mato Grosso)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A/C
Ilma. Sra.
Profa. Dra. Adenilda Cristina Honório
MD Diretora do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde-UFMT/CUA

Ref.: Solicitação para realização de coleta de dados

Venho por meio desta, solicitar autorização para realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"Atitudes dos estudantes de enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado"** entre graduandos dos cursos que fazem parte do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde -UFMT/CUA. Esclareço que, em caso de autorização, a coleta se dará apenas após aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa. Segue uma cópia do projeto em anexo.

Agradeço o atenção e fico a disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Angelica Martins de Sousa Gonçalves

Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem
Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica – Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo

Recebido em 02/04/2012

Barra do Garças, 02 de abril 2012.

Prof. Dra. Adenilda Cristina Honório
Diretora do ICBSC/UAUFMT
Port. CUB 146 de 15/04/2012

APÊNDICE B – Autorização para coleta de dados (Faculdades Unidas do Vale do Araguaia)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E CIÊNCIAS HUMANAS

A/C
MD Coordenadora do Curso de Enfermagem / UNIVAR
Ilma. Prof. Daniela Reis

SOLICITAÇÃO

Ref.: Autorização para coleta de dados

Encaminho esta correspondência com objetivo de solicitar autorização para realizar a coleta de dados do projeto de pesquisa (doutorado) intitulado "Atitudes dos estudantes de enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado" entre os estudantes do curso de enfermagem das Faculdades Unidas do Vale do Araguaia (UNIVAR).

Faz-se necessário informar que tal projeto está sendo encaminhado para o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP) e coleta dos dados se iniciará somente após aprovação do mesmo.

Segue em anexo uma cópia do projeto para apreciação.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e aguardo retorno em relação a esta solicitação.

Cordialmente,

Angelica Martins de Souza Gonçalves
Doutoranda

Programa de Enfermagem Psiquiátrica – EERP/USP

Barra do Garças, 22 de março de 2012.

Ciente
e
de acordo

22/03/2012

APÊNDICE C - TCLE para estudantes e profissionais de enfermagem

Eu, Angelica Martins de Souza Gonçalves, aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da USP de Ribeirão Preto, venho convidá-lo a participar de um estudo que tem como objetivos investigar as atitudes dos estudantes e profissionais de enfermagem no cuidado que aborda alguma questão relacionada ao uso de álcool e/ou drogas e a ênfase dada a aspectos da espiritualidade e religiosidade nessas ocasiões. Serão feitas algumas questões, que em conjunto, constituem duas escala que pretendemos estudar entre os brasileiros. Você gastará, aproximadamente, 15 minutos para responder.

O questionário será respondido em caráter voluntário, sem a identificação dos participantes, garantindo o anonimato. Duas etapas de coleta de dados estão previstas, sendo que uma ocorrerá neste momento e a outra ocorrerá daqui a um mês.

Sua colaboração é de extrema importância para o desenvolvimento desta pesquisa para ajudar na melhora da assistência de enfermagem 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:

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 :

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

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

Assinaturas:

Entrevistado: _____ Entrevistador: _____

Contato do pesquisador: Angelica Martins. Rodovia BR-070, Km 5. Barra do Garças - MT. CEP: 78600-000. E-mail: angelica_enf@yahoo.com.br, fone: (66)3405-5317.

Barra do Garças, _____ de _____ de 2012.

APÊNDICE D - TCLE para pesquisadores - Comitê de peritos

Eu, Angelica Martins de Souza Gonçalves, aluna de 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 as atitudes de profissionais e estudantes de enfermagem frente a problemática do uso de substâncias psicoativas e como a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais podem ajudar no cuidado do usuário de álcool e/ou drogas (nos âmbitos preventivos e de reabilitação).

Esta etapa do estudo terá objetivo de realizar a tradução e adaptação de dois instrumentos (TSRS e DDPPQ) 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 de enfermagem à indivíduos que usam 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 :

- *Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação;*
- *Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;*
- *Do direito de não ser identificado e ter a minha privacidade preservada;*
- *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.

Assinaturas:

Entrevistado:_____ Entrevistador:_____

Contato do pesquisador: Angelica Martins. Rodovia BR-070, Km 5. Barra do Garças - MT. CEP: 78600-000. E-mail: angelica_enf@yahoo.com.br, fone: (66)3405-5317.

Barra do Garças, _____ de _____ de 2012.

APÊNDICE E- Aulas do curso que compuseram a intervenção educativa

AULA 1

PARTE 1

CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

7

ENFOQUES DAS CLASSIFICAÇÕES

- I. Quanto aos efeitos farmacológicos*
- II. Quanto ao potencial de uso nocivo e utilidade clínica
- III. Quanto ao status legal das substâncias
- IV. Classificação quanto a origem

* a ser adotada nesta aula

8

ESTIMULANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Aumentam a atividade de determinados sistemas neuronais

- Cocaína
- Nicotina
- Xantinas (ex.: cafeína)
- Anfetaminas e análogos

9

DEPRESSORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Diminuem a atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC

- Álcool etílico
- Solventes ou inalantes
- Hipnoanalgésicos
 - Opíóides (morfina, codeína, heroína)
 - Não opíóides (metadona)
- Ansiolíticos
 - Benzodiazepínicos
 - Meprobamato
- Hipnóticos
 - Barbitúricos (fenobarbital)
 - Não-Barbitúricos (Benzodiazepínicos)

10

PERTURBADORES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Alteram o funcionamento cerebral, resultando em alterações dos fenômenos psíquicos (delírios e alucinações)

- LSD
- Mescalina
- Psilocibina
- Muscarina
- Miristicina
- Fenciclidina
- Ecstasy
- Anticolinérgicos
- Anfetaminas e cocaínas (desvendados)
- Derivados da cannabis (marijuana, hashim, THC)
- DOM (diisotamimetilamida)
- DOE (diisotamimetilamida)
- DMT (diisotamimetilamida)
- DET (diisotamimetilamida)

11

PARTE 2

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

12

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA-CUA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS**

Profa. Angelica M. S. Gonçalves

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA-CUA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MODULO I
Conceitos básicos em álcool e drogas e atuação preventiva da enfermagem

- AULA 1
Epidemiologia e classificação das principais substâncias psicoativas utilizadas no Brasil
- AULA 2
Rastreamento e Intervenções Breves, a partir do ASSIST

MODULO II
Atuação da enfermagem no tratamento do usuário de álcool e drogas

- AULA 3
O cuidado voltado ao dependente de substâncias
- AULA 4
Cuidado religioso e espiritual. Como prestar?

2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA / INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AULA 1
Epidemiologia e classificação das principais substâncias psicoativas utilizadas no Brasil

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

3

OBJETIVOS

- Apresentar a classificação das principais substâncias psicoativas de abuso utilizadas no Brasil
- Apresentar dados epidemiológicos do uso de álcool e drogas no Brasil

4

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS

1. Qual o **impacto** do uso em uma sociedade?
2. Quais os **fatores** associados com o **abuso** e quais os **comportamentos** que influenciam a **manutenção** deste uso?
3. Quais são os **fatores de proteção**?

5

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS

4. Qual a **extensão** dos comportamentos de abuso?
5. Qual a **natureza** e **padrão** dos **comportamentos** relacionados ao uso?
6. Quais as **características** das **pessoas** que fazem uso abusivo?

6

Classificação do uso de substâncias quanto à frequência, segundo a OMS:

- **Uso na vida:** usou a substância alguma vez na vida, mesmo que só para experimentar
- **Uso no ano:** usou a substância pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, antes da pesquisa
- **Uso no mês:** usou a substância pelo menos uma vez nos últimos 30 dias antes da pesquisa
- **Uso frequente:** usou a substância 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias antes da pesquisa
- **Uso pesado:** a pessoa usou a substância 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias antes da pesquisa

Classificação dos problemas relacionados ao uso de substâncias, segundo a OMS:

- **Uso abusivo:** a droga já causou algum dano à saúde física ou mental, mas a pessoa ainda não é considerada dependente
- **Dependência:** apresenta um conjunto de sintomas e comportamentos que indicam que ela já não consegue ficar sem a droga, isto é, se tornou dependente

A provável dependência

Ex.: Alcool

- Surge após longo consumo excessivo de álcool
- Desejo muito forte de consumir bebidas
- Dificuldades de controlar o uso
- Uso contínuo apesar de problemas
- Mais prioridade ao ato de beber do que a outras atividades
- Aumento da tolerância ao álcool
- Reação de abstinência fisiológica quando o uso de álcool é interrompido

15

DROGAS MAIS USADAS NO BRASIL POR UNIVERSITÁRIOS

Soluções farmacológicas/ Medicamentos	Uso na vida (%)	Uso nos últimos 12 meses (%)	Uso nos últimos 30 dias (%)
Maconha/ Hashish/ Maqui	26,1	13,8	9,1
Estimulantes e solventes	20,6	6,9	2,9
Cocaina (80)	7,7	3	1,6
Heroína	0,8	0,1	0,1
Crack	1,2	0,2	0,2
Alcoólgicos	5,8	4,5	2,8
Cetaminas	0,8	0,6	0,6
Chloralidrato	1,4	0,9	0,2
Ecstasy	7,5	3,1	1,9
Entoroides Anestésicos	3,8	0,9	0,5
Tranquilizantes e Ansiolíticos	12,4	8,4	5,6
Insulinas ou Injeções	1,7	1,1	0,9
Analgésicos Opióides	5,5	3,6	2
Kanpen à Base de Codeína	2,7	1	0,7
Anticídicos	1,2	0,6	0,4
Heroína	0,2	0,1	0
Articólicas	13,9	10,3	6,7
Drogas sintéticas	2,4	1,1	0,8

SENAD, 2010 19

MACONHA

- Aumento do uso no Brasil
- A taxa anual de prevalência mais do que dobrou, passando de 1% em 2001 para 2.6% em 2005

UNODC, 2009

COCAÍNA/CRACK

- Anos 90 - grupo de usuários que **mais procuravam tratamento nos ambulatórios e serviços de internação** para dependência de substâncias psicoativas;
- 1999, nas 24 maiores cidades paulistas: 26-34 anos (uso na vida)

cocaína – 4% crack – 0,4%

UNODC, 2009

COCAÍNA/CRACK

- 2001 (107 cidades, de + 200.000 hab)

25-34 anos / uso na vida:
cocaína 2,3% crack – 0,7 (masc)

UNODC, 2009

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

- 1989 (1º estudo)
- homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade
- baixo poder aquisitivo, provenientes de **famílias desestruturadas**
- maior envolvimento em atividades ilegais, em prostituição e com **mais chance de morar ou ter morado na rua**

UNODC, 2009

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

Mais recentemente (1998-2008)

- usuário de crack passou a figurar também entre aqueles com maior poder aquisitivo
- poliusuário ou com antecedente de consumo de outras substâncias
- início do uso se dá com drogas lícitas (tabaco e álcool), geralmente em idade precoce e de modo pesado

43

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

- maconha costuma ser a 1ª droga ilícita de uso
- entre os mais velhos, o consumo de cocaína e de medicamentos antecede o uso de crack
- Usuários de crack + cocaína intranasal - tendem a iniciar o uso mais cedo do que aqueles que utilizam apenas uma das apresentações
- Geralmente, a primeira experiência acontece com cocaína pela via intranasal, progredindo para o crack

44

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

- busca por tratamento - mais precoce entre os usuários de crack que usuários de cocaína
- pacientes frequentemente utilizam outras substâncias psicoativas, especialmente o álcool, o tabaco e a maconha
- depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais observadas

45

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

- maiores índices de uso de cocaína intranasal no último mês foram encontrados:
Rio de Janeiro (45,2%), São Paulo (31,0%), Boa Vista (26,5%), Brasília (23,9%) e Recife (20,3%)

SENAD/CBRIID, 2003

46

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

MAIORES ÍNDICES DE ABANDONO DE TRATAMENTO

Fatores preditivos:

- problemas legais, baixo nível de habilidades sociais (*coping skills*), perda dos pais na infância
- diagnóstico de transtorno mental na família e transtorno por dependência de álcool
- O usuário de crack mais propenso ao abandono de tratamento do que o usuário de cocaína intranasal

47

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

MORTALIDADE

Especialmente vulneráveis às causas externas

Resultados de um estudo:

- homicídio (56,6%),
- overdose (8,7%)
- afogamento (4,3%)
- infecção pelo HIV (26,1%)
- infecção pelo vírus da hepatite tipo B (4,3%)

Fatores de risco: uso pregresso de drogas injetáveis, desemprego, a presença de tratamentos anteriores

RIBEIRO; LARANJEIRA; SESSO, 2004

48

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

Universitários

- **Cocaína:**
 - sexo masculino entre 20 e 24 anos, solteiro, empregado, morando com amigos ou sozinho
 - sem credo ou prática religiosa
 - com diálogo insatisfatório com seus pais, principalmente com a mãe
 - fatores de risco: ter pais e amigos que usam drogas, o uso de drogas antes de entrar na universidade, trabalhar, baixo rendimento escolar, curso e lugares que frequentam na universidade e atitude aprovadora quanto ao uso ou experimentação regular de maconha, por qualquer pessoa

49

COCAÍNA/CRACK – PERFIL GERAL DO USUÁRIO

Crianças e adolescentes em situação de rua Crack

- começou a ser utilizado no final dos anos 80, especialmente nos estados da região sul e sudeste;
- Tendência de aumento progressivo nacional ao longo do tempo:
 - São Paulo - houve aumento entre 1989 e 1993
 - Porto Alegre - entre 1993 e 1997
 - Rio de Janeiro o consumo que já era elevado em 1993, acentuou-se ainda mais entre 1997 e 2003.

Nordeste cujo consumo de cocaína-crack era insignificante até 1997 (1%), subiu em 2003

- Fortaleza para 10,3%
- Recife para 20,3%

SENAD/CERID, 2003 50

ANFETAMINAS / GRUPO ECSTASY (MDMA, MDA + MDA/MDA)

- 3ª posição no ranking mundial
- Se originam principalmente por prescrições irregulares ou por mercado paralelo
- Entre 2001 e 2005, o uso dessa substância na população geral das áreas urbanas mais que dobrou, passando de 1,5% para 3,2%
- As taxas de consumo tendem a ser significativamente maiores entre os jovens
- Em 2007, Argentina e Brasil tiveram, respectivamente, o 2º e o 3º maiores índices de uso de anfetamina no mundo

UNODC, 2009 51

OPIÁCEOS

- Brasil - maior população de usuários da América do Sul, com aproximadamente 635.000 usuários (0,5% da população entre 12-65 anos)
- A maioria usa opiáceos sintéticos (analgésicos) e só uma pequena parte usa heroína (menos de 0,05%)

UNODC, 2009 52

Fatores protetores do uso de drogas:

Área pessoal:

- Elevada auto-estima
- Religiosidade
- Crenças nas regras sociais estabelecidas

Área familiar:

- Bom relacionamento familiar
- Pais e/ou familiares presentes e participativos
- Monitoramento das atividades dos jovens
- Pais e/ou familiares que transmitem regras claras do comportamento para os jovens

Área social:

- Comprometimento com a escola
- Amigos não usuários de drogas e não envolvidos em atividades ilícitas
- Baixa disponibilidade ou oferta de drogas
- Forte vínculo com instituições (escola, igreja)

Fatores de risco do uso de drogas:

Área pessoal:

- Baixa auto-estima
- Isolamento social
- Curiosidade
- Não aceitação das regras sociais estabelecidas
- Pouca informação sobre drogas
- Comportamento agressivo
- Fatores genéticos

Área familiar:

- Falta de envolvimento afetivo familiar
- Ambiente familiar problemático
- Educação familiar frágil
- Consumo de drogas pelos pais ou outros familiares

Área social:

- Baixo envolvimento com os estudos
- Envolvimento em atividades ilícitas
- Amigos usuários de drogas ou com comportamento inadequado
- Propaganda de incentivo ao consumo

SENAD, 2009

CONCLUSÕES

- O fenômeno das drogas no mundo é globalizante, entretanto, os contextos e os usuários não são semelhantes pelo simples fato de usarem um mesmo tipo de droga;
- O álcool, certamente, contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde do Brasil e no mundo;

54

REFERÊNCIAS

- Carlini EA, et al. (2006). **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País** – 2005. CEBRID/SENAD.
- DUALIBE, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Supl. 4):S545-57.
- Noto Ari et al. **Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras** – 2003. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.
- Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sessa R. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction* 2004; 99(9):1133-5.
- UNODC. **Relatório mundial sobre drogas**, 2009
- SENAD. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiras**, 2004.
- SENAD. **LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS DAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS**, 2010
- SENAD. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira**, 2007.
- SENAD. **USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS E OUTRAS DROGAS NAS RODOVIAS BRASILEIRAS**, 2010
- WHO. **Global status report on alcohol and health**, 2011
- WHO. **Guide to Drug Abuse Epidemiology**, 2000.

AULA 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA-CUA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MODULO I
Conceitos básicos em álcool e drogas e atuação preventiva da enfermagem

- AULA 1
Epidemiologia e classificação das principais substâncias psicoativas utilizadas no Brasil
- AULA 2
Rastreamento e Intervenções Breves, a partir do ASSIST

MODULO II
Atuação da enfermagem no tratamento do usuário de álcool e drogas

- AULA 3
O cuidado voltado ao dependente de substâncias
- AULA 4
Cuidado religioso e espiritual. Como prestar?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA / INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AULA 2
Atuação da enfermagem em prevenção do uso de álcool e drogas: rastreamento e intervenção breve

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

OBJETIVO

Compreender como o enfermeiro pode realizar prevenção para o uso de álcool e drogas, a partir da aplicação de instrumentos de rastreamento e a aplicação de técnicas de Intervenções Breves (IB)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desenvolver habilidades na aplicação do ASSIST
 - Entender seus objetivos, estrutura e resultados
2. Realizar IB a partir da aplicação do ASSIST
 - Conhecer as Intervenções Breves (IB) e aprender a utilizá-las
 - Identificar as etapas e os fundamentos das IB

INTRODUÇÃO

Por que realizar o rastreamento e aplicar a IB?

- O abuso de substâncias é considerado problema em todo o mundo
- O abuso de substâncias está associado a **morbidade e mortalidade** significativas
- A identificação precoce seguida de intervenção pode ajudar a reduzir o impacto dos problemas relacionados ao uso de substâncias

INTRODUÇÃO

Problemas relacionados ao uso de substâncias (1)

Efeitos por intoxicação (imediatos ao uso):

- Físicos
 - Overdose
 - Vômitos
 - Sintomas psicóticos
- Comportamentais
 - Acidentes
 - Violência
 - Prática sexual insegura
 - Diminuição no rendimento laboral

INTRODUÇÃO

Problemas relacionados ao uso de substâncias (2)

Efeitos do uso regular:

- Desenvolvimento de problemas físicos e mentais específicos
- Aumento do risco de doenças infecciosas
- Sintomas psiquiátricos
- Problemas com sono
- Dificuldades financeiras
- Problemas legais, de relacionamento e no trabalho
- Risco de dependência
- Sintomas de abstinência

7

INTRODUÇÃO

O que é rastreamento (ou triagem ou screening)?

- Uma série de procedimentos e técnicas de avaliação para identificar fatores de risco e PRUS
- Uma **avaliação preliminar** que indica uma medida objetiva do uso de drogas/álcool
- Um instrumento que informa a necessidade de diagnóstico e tratamento

(Source: BABOR; HIGGINS BEDDLE, 2001)

8

INTRODUÇÃO

Benefícios do rastreamento

- Proporciona uma oportunidade para educação e intervenção precoce
- Oferece oportunidade para melhorar o **engajamento** do paciente
- Favorece a **redução de comportamentos de alto risco** entre não dependentes substâncias

(Source: GORDON et al., 2003)

9

INTRODUÇÃO

Candidatos ao rastreamento de rotina

- Pacientes em geral
- Grupos especiais (ex.: gestantes, presidiários)
- Pacientes em clínicas de doenças infecciosas
- Pessoas com problemas legais em virtude do uso de substâncias

10

INTRODUÇÃO

Características de um bom instrumento de rastreamento

- Breves (10 ou menos questões)
- Fácil de aplicar, fácil de responder
- Indica a necessidade de maior avaliação ou intervenção
- Possui bom nível de sensibilidade e especificidade

11

SCREEN	Target Population	# Items	Assessment	Setting (most common)	Type
ASSIST (9103)	Adults -Validated in many cultures and languages	8	Hazardous, harmful, or dependent drug use (including injection drug use)	Primary Care	Interview
CAGE	Adults and youth >16	4	Hazardous drinking -Asks about need to cut down, signs of dependence, & related problems	Primary Care	Self-administered interview
TWEEK	Pregnant women	5	Risky drinking during pregnancy. Based on CAGE. -Asks about number of drinks one can tolerate, alcohol dependence, & related problems	Primary Care, Women's organizations, etc.	Self-administered interview or computerized
AUDIT (9103)	Adults and adolescents -Validated in many cultures and languages	10	Identifies alcohol problem use and dependence. Can be used as a pre-screen to identify patients in need of full screen and brief intervention	Different settings -AUDIT-C: Primary Care (3 questions)	Self-administered interview or computerized
DAST-10	Adults	10	To identify drug-use problems in past year	Different settings	Self-administered interview
CRAFT	Adolescents	6	To identify alcohol and drug abuse, risky behavior, & consequences of use	Different settings	Interview

12

INTRODUÇÃO

Rastreamento como ferramenta de prevenção

- A maioria dos profissionais não costumam perguntar aos pacientes sobre seu uso de droga/álcool
- Pacientes esperam que a equipe pergunte sobre o seu uso de droga/álcool
- Os serviços de Atenção Primária são geralmente o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde /bom setting

13

INTRODUÇÃO

Dicas para realizar o rastreamento

- Não julgar
- Motivar o entrevistado
- Não utilizar uma linguagem estigmatizante
- Englobe as questões do rastreamento em uma vasta avaliação de hábitos de vida

14

INTRODUÇÃO

Melhorando a precisão das respostas

- Não entrevistar pessoas sob efeito de álcool ou outras drogas
- Garantir confidencialidade das respostas
- Realizar a aplicação em um local reservado
- Fazer perguntas claras e objetivas
- Oferecer subsídios para memória (calendários, cartões de resposta)

(Source: NIAAA, 2005)

15

INTRODUÇÃO

O que acontece depois do rastreamento?

- Devolutiva do resultado do teste ao paciente como disparador de uma conversa sobre o impacto do uso de substâncias
- Intervenção Breve e aconselhamento para aqueles que rastrearam positivo
 - Utilizar estilo da Entrevista Motivacional
 - Incorporar o modelo de prontidão para mudança

(Source: NIAAA, 2005)

16

O ASSIST

17

ASSIST

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e Outras Substâncias

18

ASSIST

- Desenvolvido pela OMS
- 8 questões sobre álcool, tabaco e drogas ilícitas (incluindo uso de drogas injetáveis)
- Oferece informação sobre uso de risco, nocivo ou provável dependência
- Apenas entrevista
- Adaptado transculturalmente para 8 países

(Source: WHO, 2002)

19

ASSIST

Informações oferecidas pelo ASSIST

- Uso de substâncias na vida
- Uso de substâncias nos últimos 3 meses
- Problemas relacionados ao uso de substâncias
- Risco de danos (atual ou futuro)
- Dependência
- Uso de drogas injetáveis

20

ASSIST

APLICAÇÃO - Apresentando o ASSIST (1)

- Evite confronto na abordagem
- Descreva o propósito da aplicação do instrumento
- Enfatize sobre o período de rastreamento

(Source: WHO, 2006)

21

ASSIST

APLICAÇÃO - Apresentando o ASSIST (2)

- Esclareça sobre as substâncias a serem consideradas (exclui-se aquelas de uso por prescrição médica)
- Enfatize confidencialidade

(Source: McGree, 2005)

22

CARTÃO DE RESPOSTA 1

Nomes populares ou comerciais das drogas

Cartão de resposta 1

Substâncias (Questões 1 a 7)

- a. derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouth...)
- c. maconha (basendo, erva, hashise...)
- d. cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)
- e. estimulantes como anfetaminas ou éxtase (bolinhas, rebites...)
- f. inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-lolô, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)
- g. hipnóticos, sedativos (remédios para dormir como Diazepam, Lorazepam, Lorax, Dianax, Rohypnol...), não tomados conforme prescrição médica
- h. drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lirio, cogumelos...)
- i. opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína...)
- j. outras (especificar)?

Deve ser mostrado aos entrevistados nas Questões de 1 a 7

23

CARTÃO DE RESPOSTA 2

Nomes populares ou comerciais das drogas

Cartão de resposta 2

Frequência (Questões 2 a 5)

Nunca: não usou nos últimos 3 meses.

1 a 2 vezes: usou 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses.

Mensalmente: usou entre 1 e 3 vezes em 1 mês.

Semanalmente: usou entre 1 e 4 vezes na semana.

Diariamente ou quase todo dia: usou entre 5 e 7 dias por semana.

Deve ser mostrado aos entrevistados nas Questões de 2 a 5

24

Cartão de resposta 3
Frequências de uso das drogas

Cartão de resposta 3

Frequência (Questões 6 a 8)

Não, nunca.

Sim, mas NÃO nos últimos 3 meses.

Sim, nos últimos 3 meses.

■ Deve ser mostrado aos entrevistados nas Questões de 6 a 8

Questão 1 – Uso na vida

1. Na sua vida qual(is) droga(s) substância(s) você já usou? (semente ou não prescrito pelo médico)

	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opiáceos	0	3
j. outros, especifique	0	3

■ Se a resposta for "NÃO" em todos os itens investigue: nem mesmo quando estava na escola?

■ Se permanecer "NÃO" em todos os itens, encerre a entrevista.

■ Se a resposta for "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

Questão 2 – Uso recente

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você usou/usou esta(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opiáceos	0	2	3	4	6
j. outros, especifique	0	2	3	4	6

■ Para as Questões de 2 a 5 mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 2**.

■ Se a resposta for "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6. Com outras respostas, continue com as demais questões.

Questão 3 – Uso recente

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga etc.)

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opiáceos	0	3	4	5	6
j. outros, especifique	0	3	4	5	6

■ Para as Questões de 2 a 5 mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 2**.

Questão 4 – Problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, social, legal ou financeiro?

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opiáceos	0	4	5	6	7
j. outros, especifique	0	4	5	6	7

■ Para as Questões de 2 a 5 mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 2**.

Questão 5 – Incumprimento de responsabilidades pelo uso

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 ou 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opiáceos	0	5	6	7	8
j. outros, especifique	0	5	6	7	8

■ Para as Questões de 2 a 5 mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 2**.

Questão 6 – Preocupação de outros

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Para as Questões de 6 a 8 mostre ao entrevistado o Cartão de resposta 3.

31

Questão 7 – Perda de controle sobre o uso

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?

	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opiáceos	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Para as Questões de 6 a 8 mostre ao entrevistado o Cartão de resposta 3.

32

Questão 8 - Uso de drogas injetáveis

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca

SIM, nos últimos 3 meses

SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de intervenção para padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Ou menos de três dias seguidos	
Mais do que uma vez por semana	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo
Ou mais do que três dias

33

PONTUAÇÃO ASSIST

Pontuação para cada droga

	Questão 2	Questão 3	Questão 4	Questão 5	Questão 6	Questão 7	Total
tabaco							
álcool							
maconha							
cocaína							
anfetaminas							
inalantes							
hipnóticos/sedativos							
alucinógenos							
opiáceos							

34

PONTUAÇÃO ASSIST

Nível de envolvimento com cada substância

- Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica. Para cada substância some os escores obtidos nas Questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das Questões 1 e 8 aqui.
- Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

35

Como interpretar os resultados do ASSIST?

Tipo de uso		Baixo Risco	Risco	Alto Risco
O que fazer		Intervenção Preventiva	Intervenção Breve	Encaminhamento para serviço especializado
Tipo de drogas	álcool tabaco maconha cocaína estimulantes tipo anfetamina inalantes hipnóticos/ sedativos alucinógenos opiáceos	0 - 10 0 - 3	11 - 26 4 - 26	27 ou mais 27 ou mais

36

RESUMO

- Resultados menores do que 3 (ou menores do que 10 no caso do álcool): Indicam **BAIXO RISCO**, ou seja, embora use a substância, ela ainda não apresenta problemas devido a esse uso. Fazer uma orientação com o objetivo de prevenir riscos futuros de desenvolver abuso ou dependência daquela substância. É importante estimular e encorajar a continuar nesse comportamento.
- Resultados entre 4 e 26 (ou 11 e 26 para o álcool): Indicam uso de **RISCO**. Pode indicar um uso nocivo ou abuso. Neste caso, converse sobre o quanto esse consumo pode estar associado a problemas pessoais e proponha que diminua ou mesmo pare de usar. Este aconselhamento é chamado de **Intervenção Breve**.
- Resultados acima de 27: Indicam **ALTO RISCO** de dependência da substância. Ela deve ser motivada para aceitar um encaminhamento a um serviço especializado

INTERVENÇÃO BREVE A PARTIR DO ASSIST

A INTERVENÇÃO BREVE

A IB

- É um tipo de atendimento com tempo limitado, cujo objetivo é mudar o comportamento do usuário
- Objetiva ajudar pessoas que estejam em uma fase inicial de problemas com o uso de álcool ou outras drogas, a parar ou diminuir o seu consumo

Componentes da IB

- Feedback
- Responsibility
- Advice
- Menu
- Empathic
- Self-efficacy

MARQUES; FURTADO, 2004

Componentes da IB

Feedback

- Devolutiva dos resultados obtidos na aplicação de um instrumento de rastreamento

Ex.: o profissional informa o resultado da pontuação no ASSIST e informa qual a carga de risco associada àquela pontuação obtida pelo paciente.

Componentes da IB Responsibility

- Autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, que implica no posicionamento necessário de autoproteção e cuidado e compromisso com mudança.

43

Componentes da IB Advice

- Orientações e recomendações que o profissional deve oferecer ao paciente
- Devem ser claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, e que preservem a autonomia de decisão do paciente

44

Componentes da IB Menu

- Fornecimento ao paciente de um catálogo de alternativas de ações que podem ser implementadas por ele
- As ações devem ser voltadas à auto-ajuda ou a opções de tratamento disponíveis

45

Componentes da IB Empathic

- É importante o profissional demonstrar compreensão em relação à perspectiva do paciente
- Postura solidária que deve ser adotada pelo profissional

46

Componentes da IB Self-efficacy

- Foco que o profissional deve ter no sentido de promover e facilitar a confiança do paciente em seus recursos e em seu sucesso
- Reforço do otimismo e autoconfiança do paciente, voltado a uma maior autopercepção da eficácia pessoal e da consecução de metas assumidas

47

Ajudando as pessoas a mudar comportamentos

- Pré-contemplação
- Contemplação
- Preparação
- Ação
- Manutenção

VILELA, et. al, 2009 48

REFERÊNCIAS

- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care. WHO/MSD/MSB/01.66 – World Health Organization, Dept. Mental Health and Substance Dependence, 2001.
- GORDON, A. J. et al. Comparison of Consumption Effects of Brief Interventions for hazardous Drinking Elderly. Substance Use & Misuse, v. 38, n. 8, p. 1017-1035, 2003.
- NIHAA, National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health & Human Services. Helping patients who drink too much: a clinician's guide. (United States of America): 2005.
- MARQUES, A. C. P.R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria (Supl. 1), São Paulo, v. 26, p. 28-32, 2004.
- VILELA FAB, JUNGEMAN FS, LARANJEIRA R, CALLAGHAN R. [The transtheoretical model and substance dependence: theoretical and practical aspects]. Rev. Bras. Psiquiatr. 31(4):362-368, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. 2002. Geneva: WHO, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and pilot brief intervention [electronic resource] : a technical report of phase II findings of the WHO ASSIST Project / prepared by Rachel Hummeluk & Robert Ali, on behalf of the WHO ASSIST Phase II Study Group, 2006.

50

AULA 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA-CUA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MODULO I
Conceitos básicos em álcool e drogas e atuação preventiva da enfermagem

- AULA 1
Epidemiologia e classificação das principais substâncias psicoativas utilizadas no Brasil
- AULA 2
Rastreamento e Intervenções Breves, a partir do ASSIST

MODULO II
Atuação da enfermagem no tratamento do usuário de álcool e drogas

- AULA 3
O cuidado ao usuário de substâncias nos diversos contextos de saúde
- AULA 4
Cuidado religioso e espiritual. Como prestar?

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA / INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AULA 3
O cuidado ao usuário de substâncias nos diversos contextos de saúde

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

2

OBJETIVOS

- Compreender, de maneira geral, o papel e as principais intervenções de enfermagem em relação ao usuário de substâncias nos seguintes equipamentos de saúde:

- Unidades de Atenção Básica à Saúde
- Pronto Atendimento e Unidades Hospitalares
- Serviços de Saúde Mental

3

INTRODUÇÃO

Considerações gerais sobre assistência de enfermagem ao usuário de álcool e drogas em quaisquer contextos

- Altíssimo nível de complexidade para se pensar em um cuidado integral, visto que há sobreposição de situações
- Uma postura ética deve permear todos os atendimentos
- O conhecimento da realidade clínica e de redes sociais do cliente pode otimizar as intervenções
- O acolhimento se faz necessário para uma boa assistência

4

UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

UBS
Unidade básica de Saúde

5

CARACTERIZAÇÃO

Melhor equipamento para o enfermeiro realizar ações preventivas para álcool e drogas

- São geralmente o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde
- Os profissionais estão na "linha de frente" e têm a melhor oportunidade de reconhecer os problemas ainda em seu início

6

QUAIS AS PRINCIPAIS AÇÕES QUE O ENFERMEIRO PODE REALIZAR NESTE CONTEXTO?

- Rastreamento e IB
- Promoção de discussão de temas correlatos à álcool e drogas
- Educação continuada para a equipe, especialmente para os ACS

7

O QUE FAZER?

- Rastreamento e IB

Rastreamento:

- Aplicar algum instrumento apropriado

Intervenções Breves:

- Necessário conhecimento da estrutura das IB
- As orientações dependem da substância de uso/abuso

8

Exemplos de orientações que podem ser dadas durante uma IB para diferentes substâncias

Ex.: 1. **Álcool**

- Limites de beber de baixo risco

A AÇÃO DAS BEBIDAS Por padrão aproximado - em %

9

Exemplos de orientações que podem ser dadas durante uma IB para diferentes substâncias

Ex.: 1. **Álcool**

DANOS POR USO CRÔNICO

- Câncer
- Doença Cardiovascular (hipertensão)
- Cirrose Hepática
- Efeitos da exposição pré-natal ao álcool
- Condições mentais (ex.: depressão)
- Dependência alcoólica

EPISÓDIOS DE INTOXICAÇÃO

- Acidentes de trânsito
- Afogamentos acidentais
- Incêndios
- Danos no trabalho e na operação de máquinas
- Danos auto e hetero-infligidos
- Suicídios
- Quedas acidentais

10

Ex.: 2. **Nicotina**

O uso frequente pode acarretar

- Dependência intensa

↓

Sintomas de abstinência

- Irritabilidade, ansiedade, hostilidade, humor depressivo
- Diminuição frequência cardíaca, aumento do apetite
- Vontade intensa de fumar

11

Ex.: 2. **Nicotina**

O uso crônico pode acarretar

- Qualquer tipo de câncer (90% dos casos - pulmão)
- Doenças pulmonares (enfisema e bronquite)
- Doenças cardíacas (infartos, arritmias, hipertensão)
- Outras: gastrite, úlcera de estômago e duodeno, infecções respiratórias, alergias, infertilidade, impotência e alterações fetais

12

Ex.: 3. Maconha (Cannabis)

O uso frequente pode acarretar

- Redução da atenção e motivação
- Prejuízo da memória e habilidade de resolver problemas
- Ansiedade, paranóia, pânico, depressão
- Sintomas físicos: redução da fertilidade masculina, asma, bronquite, pressão alta

13

Ex.: 4. Cocaína / Crack / Anfetaminas

Efeitos físicos e mentais do uso agudo da cocaína e das anfetaminas

- euforia (sensação de alegria e bem estar), grandiosidade (sensação de ser poderoso, de ter muitas qualidades), hipervigilância (estado de alerta exagerado, tentando prestar atenção a tudo que está à volta), instabilidade
- agitação, prejuízo do julgamento
- taquicardia (aumento da frequência dos batimentos do coração), aumento da pressão arterial e arritmias cardíacas (alteração do padrão normal da frequência de batimentos cardíacos)
- suor, calafrios, dilatação das pupilas
- alucinações ou ilusões visuais e táteis (em doses muito altas)
- ideias paranoicas (sensação de estar sendo perseguido ou de que alguém quer prejudicá-lo ou atacá-lo)
- convulsões

Nem todos estes efeitos acontecem sempre!

14

Ex.: 4. Cocaína / Crack / Anfetaminas

Efeitos físicos e mentais do uso crônico

- no coração
 - diminuição da quantidade de oxigênio, glicose e outros nutrientes transportados pelo sangue
 - acelera os batimentos, aumento da pressão arterial, podendo levar ao infarto agudo e arritmias cardíacas que podem ser fatais

15

Ex.: 4. Cocaína / Crack / Anfetaminas

Efeitos físicos e mentais do uso crônico

- no cérebro
 - alterações vasculares cerebrais, os chamados "elementos"
 - convulsões semelhantes às da epilepsia
 - **sequela** (insuficiente chegada de oxigênio, glicose e nutrientes aos órgãos)
 - diminuição da atenção, concentração e memória entre usuários de cocaína
 - alterações pulmonares quando a cocaína é fumada (crack, merla) - semelhantes a um quadro de **pneumonia grave**, que pode ser fatal
 - **violamente** aumenta a excitação sexual, porém, após algum tempo de uso, observa-se **diminuição do desejo sexual e impotência**
 - o uso da cocaína durante a gravidez pode provocar **retardo do desenvolvimento do feto e até sua morte**
 - o uso regular da cocaína ou das anfetaminas traz o risco de transmissão de doenças como a AIDS e as formas B e C da hepatite

16

Ex.: 5. Inalantes

PRIMEIRA FASE	Excitação Sintomas de euforia, excitação, tonturas, perturbações auditivas e visuais. Efeitos indesejados: náuseas, vômitos, tosse, salivação, vermelhidão na face e intolerância à luz (fotofobia)
SEGUNDA FASE	Depressão inicial do SNC (Sistema Nervoso Central) Confusão mental, desorientação, visão embaçada. Do-de-cabeça e palpitos.
TERCEIRA FASE	Depressão média do SNC Redução acentuada do estado de alerta, incoordenação ocular e motora, fala paucosa e perda do reflexo.
QUARTA FASE	Depressão profunda do SNC A pessoa pode ficar inconsciente, alguns casos ocorrendo convulsões e mesmo morte súbita, por problemas cardíacos ou parada respiratória.

17

Ex.: 5. Inalantes – Uso crônico

SINTOMAS DE AÇÃO LOCAL

- Rinite crônica
- Epistaxe recorrente
- Halitose
- Ulcerações nasais e bucais
- Conjuntivite
- Bronquite

SINTOMAS DE AÇÃO NO SNC

- Anorexia
- Irritabilidade
- Depressão
- Agressividade
- Paranóia
- Neuropatia periférica

18

Ex.: 5. Inalantes – Uso regular

- Vertigem e alucinações
- Sonolência, desorientação, visão embaçada
- Sintomas semelhantes a um resfriado
- Sangramento Nasal
- Indigestão, úlceras estomacais
- Acidentes e lesões
- Perda de memória, depressão, agressão
- Dificuldade de coordenação, reflexo diminuído
- Delirium, convulsões, coma, danos de órgãos
- Morte por disfunção cardíaca

O QUE FAZER?

Promoção de discussão de temas correlatos à álcool e drogas nas UBS

- Realizar grupos específicos sobre o tema para populações específicas
- Incluir o tema em grupos com outros temas (ex.: gestantes, diabetes)
- Realizar feiras de saúde, no qual o tema é abordado
- Outras diversas ações

O QUE FAZER?

Educação continuada para a equipe, especialmente para os ACS

- Organizar aulas de atualização sobre o tema
- Incentivar a participação da equipe em eventos da área
- Formar grupos de estudo

PRONTO ATENDIMENTOS E UNIDADES HOSPITALARES

CARACTERIZAÇÃO

O ENFERMEIRO LIDA COM AS SEGUINTE SITUÇÕES :

- Início de tratamento ("desintoxicação" / Interações breves)
- Situações de urgência e emergência psiquiátrica
- Complicações agudas decorrentes do uso de substâncias (que podem perdurar a uma situação de urgência ou emergência)

QUAIS AS PRINCIPAIS AÇÕES QUE O ENFERMEIRO PODE REALIZAR NESTE CONTEXTO?

- Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de intoxicação aguda ou abstinência
- Manejo das situações de urgência e emergência psiquiátrica (comportamento violento, tentativa de suicídio, psicose, intoxicação aguda por substâncias)
- Manejo e cuidados ao cliente em estado psicótico

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de intoxicação aguda - geral

- Avaliar e determinar qual droga o cliente está usando
- Manter as funções vitais do cliente
- Assegurar segurança e aliviar o desconforto

25

26

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de intoxicação aguda - Ex.: Cocaína

- Checar se o cliente apresenta os seguintes sintomas:
 - Taquicardia, fibrilação ventricular ou parada cardíaca
 - Parada respiratória
 - Alucinações auditivas, visuais e olfativas
 - Coma ou confusão mental
 - Excitabilidade, grandeza, irritabilidade, sintomas psicóticos

27

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de intoxicação aguda - Ex.: Cocaína

- Monitorar SSVV atentamente (pode ser necessário desfibrilar)
- Administrar medicações, conforme prescrição (Propranolol e algum anticonvulsivante normalmente)
- Se tiver cheirado, remove-se a droga residual das mucosas
- Dependendo da dose, pode ser necessário forçar diurese

28

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de intoxicação aguda - Ex.: Cocaína

- Reforçar terapia de reposição líquida
- Oferecer suplementos nutricionais e vitamínicos (prescrição)
- Aplicar medidas não farmacológicas, se possível: exercícios, técnicas de relaxamento, suporte para nutrição

29

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de abstinência - Ex.: Álcool

- Fornecer hidratação
- Checar SSVV sistematicamente
- Manter o cliente em estado confortável, calmo e acordado
- Administrar benzodiazepínicos, se prescrito (EV, só se cliente confuso, agitado e com vômitos)
- Comunicar ao médico presença de convulsões ou arritmias

30

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao indivíduo com sintomas de abstinência – Ex.: **Alcool**

- Checar a presença de sintomas comuns: anorexia, náuseas, ansiedade, febre, insônia, sudorese, agitação psicomotora, tremores de extremidades, alucinações, comportamento agressivo, crises motoras

OBS.: 5 a 10% - Delirium tremens (tremor, agitação grave, hiperatividade autonômica-pulso, respiração, PA)

- Deve-se avaliar se os sintomas são mais leves (ressaca matinal) ou mais graves (*delirium*)

31

SINAIS E SINTOMAS	LEVES	MODERADOS	GRAVES
Distúrbio motor	Tremor das mãos	Tremores visíveis, inquietação motora evidente e ansiedade	Tremor macroscópico incontrolável, inquietação extrema e agitação com risco de lesão
Distúrbio do sono	Sono inquieto ou insônia	Insônia acentuada e parciais	Insônia total
Apetite	Apetite alterado	Anorexia acentuada	Rejeição a todo alimento, vômito, excreção de álcool
Sistema GI	Náuseas	Náuseas e vômitos	Anúria, desidratação e vômitos
Confusão mental	Nenhuma	Varia	Confusão mental e desorientação aguda
Alucinações	Nenhuma	Alucinações visuais e auditivas vagas e transitórias e ilusões comuns	Alucinações visuais, ocasionalmente auditivas, habitualmente com conteúdo de medo ou ameaça, identificação incorreta de pessoas e delírios associados relacionados às experiências alucinatórias
Frequência de pulso	Taquicardia	Pulso 100 a 120 bat/min	Pulso de 120 a 140 bat/min
Pressão arterial	Sistólica normal ou ligeiramente elevada	Sistólica normalmente elevada	Sistólica e diastólica elevadas
Síndrome	Leve	Clara	Alucinosa acentuada
Complicações	Não	Possíveis	Comuns

O QUE FAZER?

Manejo das situações de urgência e emergência psiquiátrica - Quadros psicóticos por uso de substâncias

- Identificar principais sintomas da síndrome psicótica:
 - Agitação psicomotora
 - Presença de delírios
 - Presença de alucinações
 - Discurso incompreensível
 - Inadequação social
 - Agressividade
 - Ausência de crítica na presença de lucidez de consciência (Podem ser agudas ou crônicas)

32

O QUE FAZER?

Manejo das situações de urgência e emergência psiquiátrica - Quadros psicóticos por uso de substâncias

- Estabilização do quadro
 - Administração de medicamentos, sob prescrição
 - Se necessário, contenção física
- Manutenção de ambiente seguro e tranquilo
- Encaminhamento

34

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

35

CARACTERIZAÇÃO

O ENFERMEIRO LIDA COM AS SEGUINTE SITUÇÕES :

- Pessoas em tratamento, normalmente com diagnóstico de dependências
- Trabalho em equipe multidisciplinar para elaboração de um Projeto Terapêutico Singular
- Complicações crônicas decorrentes do uso de substâncias

36

QUAIS AS PRINCIPAIS AÇÕES QUE O ENFERMEIRO PODE REALIZAR NESTE CONTEXTO?

- Manejo e cuidado ao usuário de substâncias que já desenvolveu comorbidades
- Atuar como profissional de referência de um cliente / colaborar com a equipe nas definições de PTS

37

O QUE FAZER?

Manejo e cuidado ao usuário de substâncias que desenvolveu comorbidades

- Deve-se avaliar cuidadosamente qual o(s) outro(s) agravo(s) e planejar numa assistência que contemple todos os problemas, por isso são muito variáveis e requerem um nível alto de complexidade
- Problemas físicos (ex.: hipertensão, diabetes)
- Problemas mentais (ex.: transtornos de ansiedade, esquizofrenias, transtornos de humor)

38

O QUE FAZER?

Enfermeiro atuando em equipe / profissional de referência para PTS

- Realizar acolhimento, especialmente nos CAPS-ad e Ambulatórios especializados
- Em equipe, elaborar e discutir um PTS, cujas propostas de condutas terapêuticas sejam articuladas e valorizem outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários

39

O QUE FAZER?

Enfermeiro atuando em equipe / profissional de referência para PTS

- Prestar cuidado religioso e espiritual ao usuário de substâncias, por se tratar de um tipo de serviço bastante propício
- Aplicar todas as atribuições do núcleo da enfermagem

40

REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Ré na Prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins*. Brasília: Secretaria Nacional sobre Drogas, 2005.
- SPRINGHOUSE CORPORATION. *Transtornos de abuso de drogas*. In: *Enfermagem Psiquiátrica: Série Inicivelmente Fácil*. Guanabara Koogan, 1ed. 524 p. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR*, 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília - DF, 2007.
- JOHNSON, B. *Aplicación del proceso de enfermería a las adicciones*. In: *Enfermería psiquiátrica y de salud mental*, Vol II. Mc Graw Hill, 2000.
- SCALABRINI NETO, V. *Síndrome de Abstinência*. In: *EMERGÊNCIAS CLÍNICAS - ABORDAGEM PRÁTICA*. Ed. Manole, 2012.
- TOWNSEND, M. C. *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

41

AULA 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA-CUA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO I
Conceitos básicos em álcool e drogas e atuação preventiva da enfermagem

- AULA 1
Epidemiologia e classificação das principais substâncias psicoativas utilizadas no Brasil
- AULA 2
Rastreamento e intervenções Breves, a partir do ASSIST

MÓDULO II
Atuação da enfermagem no tratamento do usuário de álcool e drogas

- AULA 3
O cuidado voltado ao dependente de substâncias
- AULA 4
Cuidado à dimensão espiritual. Qual a importância para o usuário de substâncias psicoativas?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA / INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AULA 4
Cuidado à dimensão espiritual. Qual a importância para o usuário de substâncias psicoativas?

CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

OBJETIVO

Compreender os fundamentos e a atuação da enfermagem no cuidado à dimensão espiritual do indivíduo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diferenciar religiosidade X espiritualidade
- Elencar as dificuldades que o enfermeiro encontra em prestar assistência espiritual ao cliente
- Entender as bases do cuidado espiritual na enfermagem
- Reconhecer a importância do cuidado espiritual ao usuário de substâncias psicoativas

RELIGIOSIDADE X ESPIRITUALIDADE

RELIGIOSIDADE

Refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos criados para facilitar a aproximação com o sagrado

(KOENING, 2001)

ESPIRITUALIDADE

A ESPIRITUALIDADE não mantém relações com determinadas práticas religiosas, mas sim com a relação transcendental da alma com a divindade e a mudança produzida a partir dela.

(ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2006)

7

ESPIRITUALIDADE

- Apesar da palavra ter sido amplamente difundida por vários idiomas, ainda hoje ela não tem uma conceituação plenamente satisfatória
(WAKEFIELD; SHEDRAKE, 2003)
- Estudo retrospectivo - aumento significativo na frequência do termo "espiritualidade" associado a estudos das áreas de ciências sociais e médicas
(COOK, 2004)

8

A TRANSIÇÃO DA RELIGIOSIDADE EM ESPIRITUALIDADE

- Surge uma perspectiva eclética, ecumênica, holística (o sagrado como princípio unificador)
- Postura espiritual: transformação interior do indivíduo

9

DIFICULDADES QUE O ENFERMEIRO ENCONTRA EM PRESTAR ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL AO CLIENTE

10

- Não existência de uma **formação adequada** ou **educação continuada** para este tema
- Falta de **clareza** para os profissionais e educadores em enfermagem sobre o que é espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual. **Não é comum entendê-los**, nem é comum atribuir aos mesmos características universalmente reconhecidas
(Benko & Silva, 1996)

11

FATORES LIMITANTES

Excesso de atribuições	Tendência de privilegiar determinados aspectos do sujeito a outros
Falta de informações sobre o paciente	Falta de tempo

(Sherry & Cash, 2004; Allison & Murray, 1981)

12

FATORES LIMITANTES

A intervenção que privilegia a dimensão espiritual do indivíduo não é reconhecida como prioritária. Motivos:

- Desvalorização do potencial terapêutico da espiritualidade sobre as funções biológicas do ser humano
- Inabilidade para lidar com o subjetivo

(Kociszewski, 2004)

AS BASES DO CUIDADO ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM

TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

“... Prefere-se utilizar na enfermagem a denominação de João Mohana: necessidades de nível psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual; os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas o terceiro nível, por enquanto e dentro dos conhecimentos atuais, é característica única do homem...”

(WANDA HORTA AGUIAR, 1979)

Classificação

Necessidades psicológicas	Necessidades psicoespirituais
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Crianças
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gratidão
Abrijo	Reverência
Medicina corporal	Laus
Mobilidade	Espazo
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade corpo-mente	Ação
Integridade física	Auto-realização
Regulação: química, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular	Autoestima
Locomoção	Participação
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa	Auto-imagem
Ambiente	Ajuda
Terapias	

Necessidades psicoespirituais: religiosa ou mística, ética ou filosofia de vida.

(WANDA HORTA AGUIAR, 1979)

RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA (TRAVELBEE)

- Valorização do cuidado espiritual, influenciado pelo catolicismo
- Concepção de que a doença e o sofrer são experiências espirituais, físicas e emocionais.

RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA (TRAVELBEE)

- Influenciada pela logoterapia

“...ciência que procura a conscientização do espiritual através de uma análise existencial, ou seja, ela se esforça para trazer o ser humano à sua consciência de seu ser-responsável – enquanto fundamento essencial da existência humana...”

(FRANKL, 1986)

MAS ENFIM, COMO OFERECER CUIDADO ESPIRITUAL AO CLIENTE?

19

FORTALECENDO OS PILARES DA RELAÇÃO DE AJUDA

- Envolvimento emocional
- Aceitação
- Empatia
- Confiança

20

QUAL A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO ESPIRITUAL AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS?

21

- Os mecanismos de influência da espiritualidade sobre os processos de reabilitação não estão muito claros, apesar disso, a literatura vem mostrando estudos nos quais o fator espiritual é determinante para o **processo de mudança de um comportamento**
- Programas baseados em Doze Passos consideram o exercício da espiritualidade um princípio fundamental do tipo de abordagem que utilizam

22

CONCLUSÃO

23

- Apesar do despreparo, se faz necessário levar em consideração o fator espiritual, pois a **literatura científica vem mostrando** que o **mesmo pode contribuir para o bem-estar humano** e pode ainda exercer uma influência positiva sobre os processos de reabilitação

(Fernandes et al. 2006; Sherry & Cash, 2004)

24

REFERÊNCIAS

- Foster E. The spiritual encounter within a complementary therapy treatment. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2006; 12: 163-169.
- Martins C, Varga C, Quebras J, Barcelos O, Azevedo P. Cuidar holístico: dimensão espiritual. *Informar* 2004 jan-jul; 12: 10-16.
- Koenig HG. Spirituality, wellness and quality of life. *Sexuality, Reproduction & Menopause* 2004 Jun; 2 (2): 76-82.
- Barbosa MA, Silva MGP. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 1996, Jan; 14 (1): 71-85.
- Kociszewski C. Spiritual care: a phenomenologic study of critical nurses. *Heart and Lung* 2004 nov-dec; 33 (6): 402-411.
- Fernandes C, Monteiro C, Alves J. Espiritualidade no cuidar. *Informar* 2006 Jan/Jun; 36:10-21.
- Sherry W, Calk K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 41: 151-161.
- Post SG, et al., editors. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Proceedings of the Annals of Internal Medicine* 2000; 4,132 (7): 578-583.
- Pouge TD, Katzenberger KE, Olson J. Spirituality, contentment and stress in recovering alcoholics. *Addictive Behaviors* 2004; 29: 1857-1862.
- Elias ACA, Giglio JS, Pimenta GAM. A dimensão espiritual do ser humano em uma perspectiva acadêmica. *Revista Técnica IPSP* 2006; 6 (1).

25

REFERÊNCIAS

- Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2007; available online 15 June.
- Leigh J, Brown S, Marlatt A. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors* 2005; 30: 1335-1341.
- Arnold RM, Avants SK, Margolin A, Marcotte DG. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 25: 319-326.
- Pardini DA, Plante TG, Sherman A, Stump JE. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 19 (4): 347-354.
- Hall D.E., Curing T. Can physicians' care be neutral regarding religion?. *Academy of Medicine* 2004; 79 (7): 677-679.
- Narayanan A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33 (4): 446-455.
- Sander M K, Sierpina VS, Vanderpool HV, Owen DV. Spirituality and Clinical Care: Exploring Developmental Changes in Nursing and Medical Students. *Explore* 2006 Jan; 2 (1): 37-42.
- Alderson L, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1989.

26

OBRIGADA!!!!

27

APÊNDICE F – Questionário de Coleta de Dados

ID (não preencha): _____

1. Data: ____/____/____

A. Informações gerais

2. Já realizou algum atendimento no qual foi necessário abordar a questão do uso de álcool e/ou drogas (em seu trabalho ou em algum estágio que realizou)? (1) Sim (2) Não		
3. Semestre que está cursando: _____	6. Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Ateu (6) Acredita em Deus, mas não tem religião (7) Outra . Qual? _____	7. É praticante de sua religião? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica
4. Qual sua idade? _____		
5. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino		
8. Qual o semestre de graduação em enfermagem que você está cursando? (1) 1º (2) 2º (3) 3º (4) 4º (5) 5º (6) 6º (7) 7º (8) 8º	9. Você já fez curso de auxiliar ou técnico de enfermagem anteriormente? (1) Sim (2) Não	10. Já fez algum curso superior anteriormente? (1) Sim (2) Não 11. Além de estudar, você trabalha? (1) Sim (2) Não
12. Se você trabalha, é na área de saúde? (1) Não. Qual o seu cargo / função? _____ (2) Sim, sou técnico ou auxiliar de enfermagem (3) Sim, mas não faço parte da equipe de enfermagem (4) Eu não trabalho		13. Há quanto tempo você trabalha no seu atual emprego? (1) Menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Entre 1 e 3 anos (4) Entre 3 e 5 anos (5) 5 anos ou mais (6) Não se aplica
15. Em relação ao uso de álcool e drogas, você acha que: (1) É possível fazer prevenção (2) É possível fazer tratamento (3) É possível fazer prevenção e tratamento (4) Não é possível fazer prevenção, nem tratamento		
16. Você já recebeu alguma capacitação (aula, treinamento ou curso) para a temática de álcool e drogas? (1) Sim, insuficiente (2) Sim, suficiente (3) Não (4) Não sei, não lembro		
17. Qual o tipo de serviço onde você mais atuou profissionalmente (ou seja, trabalhou ou fez estágio)? (1) Unidades Básicas de Saúde / Estratégias de Saúde da Família (2) Hospitais (3) Serviços de Saúde Mental. Qual? _____ (4) Outro. Qual? _____		
Questões 18 a 25 - Assinale o quanto você possui de conhecimento teórico e prático sobre os seguintes temas:		
18. Aspectos sociais e epidemiológicos do uso de álcool e outras drogas (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
19. Identificação de sinais e sintomas do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		

20. Rastreamento do consumo de álcool e outras drogas (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
21. Como atuar profissionalmente no trabalho com prevenção do uso de álcool e drogas. (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
22. Como atuar profissionalmente no trabalho com reabilitação da dependência de álcool e drogas. (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
23. Formas de aconselhamento para parar de usar álcool e outras drogas. (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
24. Técnicas sobre intervenção na abordagem do uso de álcool e drogas. (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
25. Barreiras no diagnóstico e tratamento (meios que impedem a equipe de saúde, o paciente e a família a intervir nos problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool e drogas) (1) Nenhuma informação (2) Poucas informações (3) Muitas informações		
AUDIT C – Responda às questões 26, 27 e 28 pensando no seu consumo de álcool dos últimos 12 meses		
26. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca (1) Uma vez por mês ou menos (2) 2-4 vezes por mês (3) 2-3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	27. Quantas doses de álcool você consome em um dia normal? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	28. Com que frequência você consome 5 ou mais doses em uma única ocasião? (0) Nunca (1) Menos que uma vez por mês (2) Uma vez por mês (3) Uma vez por semana (4) Quase todos os dias
Patient Health Questionnaire (PHQ-2)- Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?		
29. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas (0) Nenhuma vez (1) Vários dias (2) Mais da metade dos dias (3) Quase todos os dias		30. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança (0) Nenhuma vez (1) Vários dias (2) Mais da metade dos dias (3) Quase todos os dias

B. Escala TSRS – Escala de ênfase da espiritualidade em intervenções clínicas

Para responder se você concorda ou não com as afirmativas abaixo, leve em consideração A ASSISTÊNCIA QUE VOCÊ OBSERVA em relação aos aspectos religiosos e espirituais do usuário de álcool e/ou drogas nos serviços de saúde

TSRS – versão brasileira	SIM	NÃO
1. Os pacientes são encorajados a rezar como parte do seu processo de reabilitação.	1	0
2. Há relativamente pouca ênfase dada à religião ou espiritualidade no serviço.	0	1
3. As pessoas que prestam assistência reforçam a importância de o paciente estabelecer um relacionamento com Deus ou com um Poder Superior.	1	0
4. Os pacientes quando acompanhados no serviço, raramente buscam ajuda religiosa.	0	1
5. Os profissionais do serviço encorajam os pacientes a buscarem ajuda religiosa.	1	0
6. Os pacientes raramente lêem a bíblia ou conversam com um líder religioso.	0	1
7. Algumas reuniões em grupo terminam com a Oração da Serenidade.	1	0
8. Os pacientes não são encorajados a orar ou falar sobre religião.	0	1
9. A bíblia e outros materiais com conteúdos religiosos estão prontamente disponíveis no serviço.	1	0
10. Os pacientes raramente falam sobre suas crenças religiosas.	0	1

C. Escala de Atitudes em relação ao álcool – SAAPPQ

Sobre o trabalho com pessoas que fazem uso de álcool, responda o quanto você discorda ou concorda com as afirmativas abaixo	<u>Discordo</u> muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	<u>Concordo</u> muito
1. Eu considero que sei o suficiente sobre casos de alcoolismo, para exercer meu papel quando trabalho com alcoólatras.	1	2	3	4	5
2. Eu sinto que posso aconselhar adequadamente meus pacientes sobre a bebida alcoólica e seus efeitos .	1	2	3	4	5
3. Eu não teria muito orgulho em trabalhar com alcoólatras	1	2	3	4	5
4. De modo geral, eu sinto que eu não sei lidar com alcoólatras.	1	2	3	4	5
5. Eu quero trabalhar com pacientes alcoólatras.	1	2	3	4	5
6. O pessimismo é a atitude mais realista a ser tomada em relação aos alcoólatras	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que eu tenho o direito de perguntar aos meus pacientes sobre seu consumo de bebida alcoólica quando necessário.	1	2	3	4	5
8. Eu sei que meus pacientes acreditam que eu tenho o direito de perguntar a eles sobre seu consumo de bebida alcoólica quando necessário	1	2	3	4	5
9. Em geral, é recompensador trabalhar com pacientes alcoólatras.	1	2	3	4	5
10. Em geral, eu gosto de atender alcoólatras.	1	2	3	4	5

D. Escala de atitudes em relação à drogas - DDPPQ

Sobre o trabalho com pessoas que fazem uso de <u>drogas</u> , responda o quanto você concorda ou discorda com as afirmativas abaixo	<div> <div>CONCORDO</div> <div>DISCORDO</div> </div>						
	MUITO			MUITO			
1. Eu considero que tenho conhecimento sobre drogas e problemas relacionados ao seu uso para exercer meu papel no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu sinto que sei o suficiente sobre as causas dos problemas com drogas para desempenhar meu papel profissional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sinto que sei o suficiente sobre efeitos físicos causados pelo uso de drogas para desempenhar meu papel profissional.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu sinto que sei o suficiente sobre efeitos psicológicos relacionados ao uso de drogas quando desempenho meu papel profissional.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu sinto que sei o suficiente sobre fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de drogas para desempenhar meu papel profissional.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me sinto preparado(a) para aconselhar indivíduos que fazem uso de drogas há muito tempo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto que posso aconselhar adequadamente meus pacientes/clientes sobre drogas e seus efeitos.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sinto que tenho o direito de perguntar aos pacientes/clientes sobre seu uso de drogas, quando necessário.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que tenho o direito de perguntar aos pacientes quaisquer informações importantes sobre seus problemas relacionados ao uso de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Se eu sentisse necessidade, eu poderia facilmente encontrar alguém com quem discutir alguma dificuldade pessoal em atender um usuário de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Se eu sentisse necessidade, eu poderia facilmente encontrar alguém que pudesse me ajudar a esclarecer quais minhas responsabilidades profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
12. Se eu sentisse necessidade, eu poderia facilmente encontrar alguém que poderia me ajudar a formular uma melhor abordagem ao usuário de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sinto que há pouco que eu possa fazer para ajudar usuários de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
14. Me sinto capaz de trabalhar com usuários de drogas, tanto quanto com outros clientes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me sinto inclinado a sentir que sou um fracasso com usuários de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Em geral, eu tenho menos respeito por usuários de drogas do que por outros pacientes/clientes com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
17. Frequentemente me sinto desconfortável quando trabalho com usuários de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em geral, é satisfatório trabalhar com usuários de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
19. Em geral, é gratificante trabalhar com usuários de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Em geral, sinto que posso entender os usuários de drogas.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO A - Autorização para uso da escala DDPPQ

Data: Tue, 27 Mar 2012 08:32:22 +0100 [27-03-12 04:32 04:32:22 BRT]
De: Watson, Hazel <H.E.Watson@gcu.ac.uk>
Para: angelicamartins@usp.br <angelicamartins@usp.br>
Assunto: RE: Asking permission DDPPQ
Parte(s): Baixar todos anexos (em arquivo .zip)

1 sem nome 1 KB

Dear Angelica,

You are very welcome to use the DDPPQ, which I have attached to this email. I wish you well with your studies.

Hazel Watson

From: angelicamartins@usp.br [angelicamartins@usp.br]
 Sent: 26 March 2012 15:53
 To: Watson, Hazel
 Subject: Asking permission DDPPQ

Hi Prof. Watson,
 I'm researcher from School of Nursing of Ribeirao Preto, University of São Paulo ? Brazil. I read your paper published in ?Addiction? (102 / year 2006) and I would ask your permission to translate and validate the DDPPQ for the Brazilian context in my work to obtain the title of PhD.

Best regards,
 Awaiting your response

Angélica M. S. Gonçalves
 School of Nursing of Ribeirao Preto, University of São Paulo - Brazil.
 (<http://www.eerp.usp.br>)
 00(55)66 3407 1521 or 66 8119 3960

ANEXO B – Autorização para uso da escala TSRS

Data: Tue, 7 Jul 2009 12:46:27 -0700 [07-07-09 16:46 16:46:27 BRT]

De: Jason Lillis <jasonlillis22@gmail.com>

Para: angelicamartins@usp.br

Assunto: Re: Ask permission

Hello, and thank you for your interest in our research. We would be pleased if you translated and used our scale for use in Brazil. Good luck to you.

Jason Lillis

On Tue, Jul 7, 2009 at 11:57 AM, <angelicamartins@usp.br> wrote:

[Ocultar Texto Citado]

Hello Dr. Lillis,
I'm researcher from School of Nursing of Ribeirao Preto, University of São Paulo - Brazil and I have working with the issue of spirituality. I would ask your permission to translate and validate the Treatment Spirituality / Religiosity Scale for the Brazilian context in my work to obtain the title of PhD.

Best regards,
Awaiting response

Angélica M. S. Gonçalves
School of Nursing of Ribeirao Preto, University of São Paulo - Brazil.
(<http://www.eerp.usp.br>)
00(55)1636023425

ANEXO C – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário Júlio Muller- Universidade Federal de Mato Grosso/ UFMT

PROJETO DE PESQUISA

Título: Atitudes dos estudantes de enfermagem em relação ao usuário de substâncias psicoativas e a ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do cuidado

Área Temática:

Pesquisador: Angelica Martins de Souza Gonçalves

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso/ UFMT

CAAE: 02441512.5.0000.5541

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 45678

Data da 27/06/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo experimental, de coorte prospectiva. Uma etapa será destinada a estudos psicométricos de dois instrumentos (TSRS e DDPPQ). Os dados serão coletados em duas instituições de ensino superior, sendo uma pública e uma privada, na região do Médio Araguaia, município de Barra do Garças, MT. Participarão deste estudo estudantes do sexto, sétimo ou oitavo semestre enfermagem (N=120). Procedimentos: Etapa de estudo experimental e coleta dos dados: todos os estudantes de enfermagem que preencherem os critérios de inclusão na amostra serão convidados a participar do estudo. A seguir, será realizado um sorteio para dividir os graduandos em dois grupos, denominados "grupo experimental" e "grupo controle". Tanto os alunos do grupo experimental, quanto do grupo controle, deverão responder a um questionário que incluirá avaliação de atitudes frente ao usuário de álcool e/ou drogas e a ênfase dada ao aspecto religioso/espiritual no cuidado (os questionários serão apenas numerados, mas virão identificados como grupo "experimental" ou "controle"). Os estudantes pertencentes ao grupo experimental, receberão capacitação sobre o tema em um curso de extensão universitária. Uma segunda aplicação do mesmo questionário será, igualmente, destinada a todos os participantes, ou seja, aos vinculados aos dois grupos após um mês da primeira mensuração. Em virtude do delineamento deste estudo, e também por envolver dois momentos de coletas de dados, será necessário realizar controle dos respondentes da pesquisa. Por este motivo, o participante, junto com o questionário de pesquisa numerado (o qual não deverá constar nenhum dado de identificação).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar as atitudes e a ênfase dada aos aspectos religiosos e espirituais no cuidado prestado ao usuário de substâncias psicoativas por estudantes de enfermagem que receberam ou não receberam capacitação para o tema.

Objetivo Secundário: - Elaborar e ministrar um curso sobre cuidados de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas, incluindo aspectos da dimensão espiritual e religiosa do indivíduo. - Avaliar o desempenho da versão do instrumento Treatment Spirituality/Religiosity Scale (TSRS), traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil. - Avaliar o desempenho do instrumento Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire (DDPPQ) traduzido e adaptado transculturalmente para o Brasil

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Um risco potencial pode ser a quebra de sigilo do participante. Apesar disso, este risco está sendo devidamente levado em conta no delineamento metodológico e nos aspectos éticos do projeto para que não cause ônus a nenhum participante.

Benefícios: Este estudo contribuirá para compreender se a capacitação dos futuros profissionais de enfermagem pode melhorar as atitudes e, consequentemente, melhorar a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, especialmente em relação a duas dimensões pouco exploradas durante a formação formal (religiosa e espiritual), mas que são preconizadas como objeto do cuidado em enfermagem e estão relacionadas tanto à prevenção, quanto ao melhor prognóstico de reabilitação dos quadros de dependência de substâncias psicoativas. Todos os participantes receberão o curso de capacitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de importância para a prática de profissionais de saúde. Projeto bem elaborado, com descrição adequada da metodologia empregada.
Não ficou claro se a segunda instituição a ser pesquisada será o curso de enfermagem da UFMT (campus?). Quem será responsável pela aplicação dos questionários, onde, e pelos cursos de capacitação (onde, como?) para ambos os grupos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - adequada, com assinatura da reitora da UFMT
TCLE - o modelo incluído não descreve as etapas da pesquisa, riscos, benefícios, curso de capacitação, foi elaborando citando apenas a tradução e adaptação dos questionários. Esclarecer esta etapa que não foi citada no projeto e refazer o TCLE para os participantes.

Recomendações:

Os esclarecimentos às pendências devem ser incluídas no corpo do projeto. O TCLE corrigido ficou mais claro e objetivo. Recomendamos incluir no cabeçalho o nome da pesquisa, objetivo, etc.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todos os questionamentos foram esclarecidos. Propomos a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em relação à análise ética.

CUIABA, 27 de Junho de 2012

Assinado por:

SHIRLEY FERREIRA PEREIRA

Prof. Dra. Shirley Ferreira Pereira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

HUJIM / UFMT

ANEXO D – Certificado de multiplicador - Rede TREATNET II

UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

Certificado

Treinamento de Multiplicadores em Atenção e Tratamento de Droga-Dependência,
14 a 26 de setembro de 2009, Campinas, Brasil

Certificamos que

Angélica Martins de Souza Gonçalves

Concluiu com sucesso o treinamento em Atenção e Tratamento de Droga-Dependência, do projeto TREATNET II: Volume A

[Signature]
Do Mathiason
Representante UNODC Brasil e Cone Sul
Data: Sept. 2009

[Signature]
Gilberto Corrêa
Chefe da Seção de Saúde e Desenvolvimento Humano
Data: Sept. 2009

[Signature]
Coordenadora Regional
Data: Sept. 2009

Treatnet II
Working towards evidence-based drug
drug dependence treatment and care

DOC. 40

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.