

Estudo Descritivo do Perfil Sociodemográfico, Saúde Física e Mental de Pacientes Acolhidos Em Duas Instituições Religiosas no Estado De São Paulo

Autores: Ludmila Oliveira Telles, Priscila Alcântara Da Costa

Orientação: Clarice S Madruga, PhD

Coordenação do Curso: Marcelo Ribeiro, PhD

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)
Curso de Especialização em Dependência Química UNIAD
São Paulo, SP - Brasil
Contato: lud.misericordia@gmail.com
prialcantaradacosta@gmail.com

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo traçar o perfil sociodemográfico, de saúde física e mental, e a ocorrência de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas entre acolhidos de instituições religiosas católicas que atuam no campo da dependência química, com a finalidade de direcionar ações para aumento da eficiência terapêutica nesses ambientes e promover estratégias eficientes de prevenção de recaída.

Estudo de corte transversal realizado através de entrevistas com 44 acolhidos nas *Casas de Acolhida da Fraternidade O Caminho e Associação Aliança de Misericórdia*, utilizando os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e histórico de uso de substâncias, Escala de Saúde Geral, Escala AUDIT, Escala SDS para rastrear dependência de maconha e cocaína, Mini Exame do Estado Mental.

Observou-se nesta amostra importante vulnerabilidade social e fragilidade dos vínculos familiares e sociais. As comorbidades psiquiátricas, ansiedade e depressão, foram as patologias mais citadas na Escala de Saúde Geral, no entanto, não foram detectadas em prevalência superior à da população geral, como era de se esperar para essa população conforme literatura científica. A maioria dos entrevistados foi encaminhada ao tratamento por pessoas religiosas e julgava a religiosidade importante fator no processo de recuperação.

A dependência química é um problema social, de saúde pública e fonte de muito sofrimento humano. Não existe um modelo etiológico que responda a todas as questões referentes a ela e a eficácia do tratamento depende do contexto e características de cada indivíduo. As ciências médicas, sociais e religiosas são recursos importantes para melhor compreensão do ser humano e de como ajudá-lo.

Palavras-chave: dependência química, religiosidade, comorbidades psiquiátricas, vulnerabilidade social, comunidade terapêutica.

1. INTRODUÇÃO

Os meios de comunicação noticiam diariamente questões acerca do uso e abuso de entorpecentes, um fenômeno biopsicossocial, que interfere diretamente na rotina das cidades e dos países de modo geral. Segundo o Relatório Mundial de Drogas proveniente do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (2012)¹, cerca de 5% da população mundial é usuária de drogas ilícitas, o que demanda uma atenção especial por parte das equipes multiprofissionais que atuam no tratamento e reabilitação de dependentes químicos.

Em 2012, a UNIFESP divulgou um relatório de Levantamento Nacional² de Álcool e Drogas, mostrando que atualmente o Brasil representa 20% do mercado mundial de drogas ilícitas, sendo o segundo maior consumidor de cocaína e derivados, ficando atrás apenas dos E.U.A, além de ser o número um em consumo de crack. A pesquisa realizada revela ainda que existem cerca de três milhões de pessoas usuárias de drogas no país – principalmente cocaína e crack. Cerca de 900 mil são usuárias de cocaína.

O Brasil aparece em 13º lugar no ranking das pessoas que utilizaram maconha. De acordo com o levantamento realizado em 2012, pela UNIFESP³, cerca de 1,5 milhão de adolescentes e adultos usam maconha diariamente no Brasil.

A partir de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional sobre drogas, trabalhando o tema: “redução da demanda, ou seja, ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causam dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes; redução da oferta, atividades inerentes à repressão da produção não-autorizada e do tráfico ilícito de drogas”. (SENAD, 2013)⁴. Diante deste cenário, esferas da sociedade se mobilizaram em busca de soluções, *“oferecendo ao dependente de substâncias psicoativas, que deseja ou necessita de tratamento, uma variedade de alternativas, optando por aquela mais adequada ao seu perfil e/ou suas necessidades”*. (Costa, 2006)⁵.

Uma dessas esferas foi a religiosa, composta por igrejas de diversas denominações. Day, Wilkes e Copello (2003)⁶ sinalizam que, independente da religião professada, os benefícios da religiosidade são positivos e constituem fator relevante na diminuição das recaídas.

A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB aponta que *“A igreja quer ver a realidade com o olhar amoroso que reconhece no outro a imagem e semelhança*

de Deus, e assim, deixar-se interpelar pela condição humana com suas alegrias e sofrimentos, desejos e frustrações, realizações e fracassos. Esse olhar nos convoca a atitudes fraternas que se expressam tanto no cuidado pessoal (ver no dependente de drogas uma vítima a ser socorrida, sem prejudicá-lo), quanto na atuação social e política sobre as estruturas de pecado que sustentam o sistema das drogas.”. (CNBB, 2011)⁷

Em concordância com essas diretrizes, comunidades católicas como a *Associação Aliança de Misericórdia e Fraternidade O Caminho*, que já atuavam no acolhimento de pessoas em situação de rua e em extrema vulnerabilidade social, dedicaram-se a um trabalho de acolhimento e recuperação das pessoas com dependência química.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais:

Traçar o perfil sociodemográfico dos acolhidos nas *Casas de Acolhida da Associação Aliança de Misericórdia e da Fraternidade O Caminho*

Verificar as prevalências de indicadores de saúde física e mental destes acolhidos.

2.2 Objetivos específicos:

Identificar a severidade de dependência química entre os acolhidos nessas Casas de Acolhida.

Identificar a prevalência de indicadores de religiosidade entre os acolhidos nessas instituições.

3. MÉTODO

3.1. Amostragem e procedimentos

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre variáveis sociodemográficas, dados sobre saúde física e mental, histórico de uso de substâncias psicoativas e problemas relacionados ao consumo das mesmas, realizado nas *Casas de Acolhida da Fraternidade O Caminho e da Associação Aliança de Misericórdia*.

A população de estudo foi constituída dos residentes acolhidos em ambas as instituições. Todos eram do sexo masculino, maiores de idade e se prontificaram a responder aos questionários, totalizando 44 indivíduos.

A coleta de dados ocorreu em março de 2015 e foi feita de forma individual com os assistidos, não havendo critérios de exclusão.

3.2 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário com perguntas sobre perfil sócio-demográfico e histórico de uso de substâncias (anexo 1).
- Escala de Saúde Geral - versão traduzida do levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England*) (anexo 2)⁸.
- Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – versão traduzida do levantamento domiciliar da Inglaterra (*Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007*) (anexo 3)⁹.
- Escala SDS (Severity of Dependence Scale) - desenvolvida pelo National Cannabis Prevention and Information Centre (NCPIC)¹⁰. A validação de sua capacidade de rastrear dependência foi estabelecida por Kaye et al em 2002¹¹ e seu uso foi estabelecido para o uso em usuários de cocaína na população brasileira em 2002 por Ferri et al. (anexos 4 e 5)¹².
- Mini Exame do Estado Mental (Minimental Status Examination) para avaliação da memória, atenção, orientação, cálculo, linguagem e habilidade construtiva (anexo 6)¹³.

3.3 Análise dos dados

Os resultados foram tabulados e foram realizadas análises quantitativas através de prevalências das respostas obtidas. Os resultados foram apresentados na forma de porcentagens, e ilustradas em formato de gráficos utilizando-se o programa Excel.

3.4 Ética na pesquisa

Os objetivos da pesquisa foram informados aos indivíduos entrevistados e às instituições religiosas, mediante carta de apresentação (anexo 7), garantido-se aos participantes o anonimato pessoal e dos dados coletados bem como o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento. Aqueles que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 8). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisas da UNIFESP e Plataforma Brasil CAAE Número 43093415.1.0000.5505

4. RESULTADOS

4.1. Perfil Sociodemográfico

Todos os indivíduos entrevistados eram do sexo masculino, com idade média de 39 anos. A maioria (64%) possui até o ensino fundamental completo, economicamente inativa (68%) e natural da região sudeste do país (73%). Também a maior parte dos entrevistados refere não ter problemas com a justiça (64%). Novamente a maior parte dos participantes é de solteiros (59%), com filhos (55%). Pouco menos da metade estava morando com a própria família antes da internação (48%) e 27% encontrava-se em situação de rua. Mais da metade dos entrevistados havia sido encaminhada para este tratamento por missionários ou pessoas religiosas (57%), seguida de 36% de indivíduos que haviam sido encaminhados por familiares ou amigos. A maioria dos entrevistados (66%) dizia poder contar com apenas até 2 pessoas em caso de necessidade, sendo esta seus irmãos (34%) ou amigos (34%). A religião católica foi a professada por 82% dos participantes e 84% dos entrevistados davam grande importância à religião.

Gráfico 1: Grau de escolaridade dos participantes.

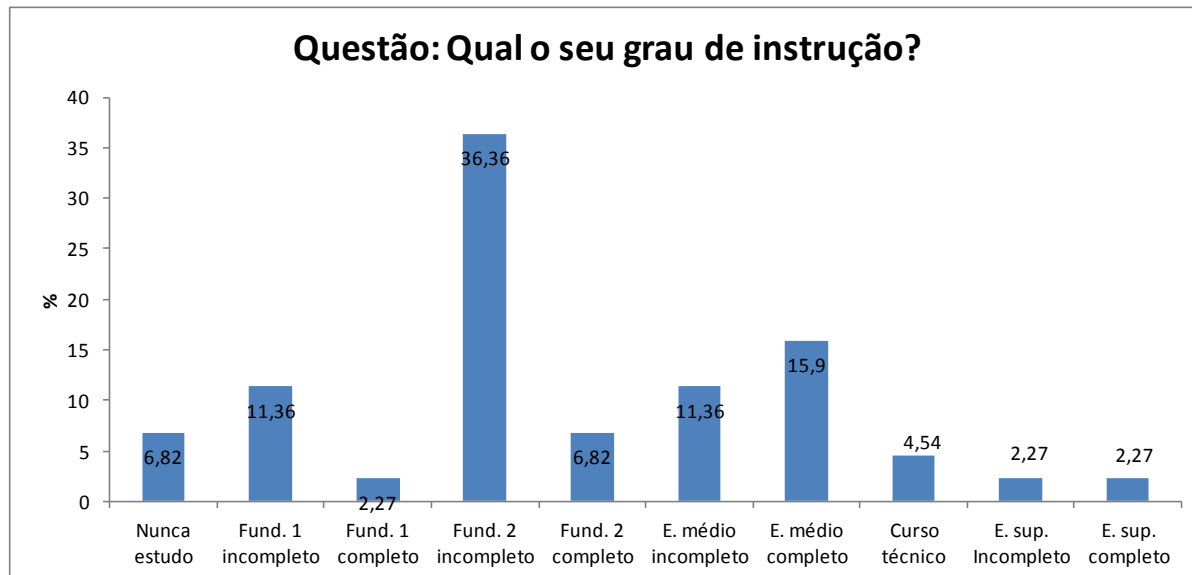


Gráfico 2: Situação ocupacional dos entrevistados.



Gráfico 3: Problemas com a justiça.

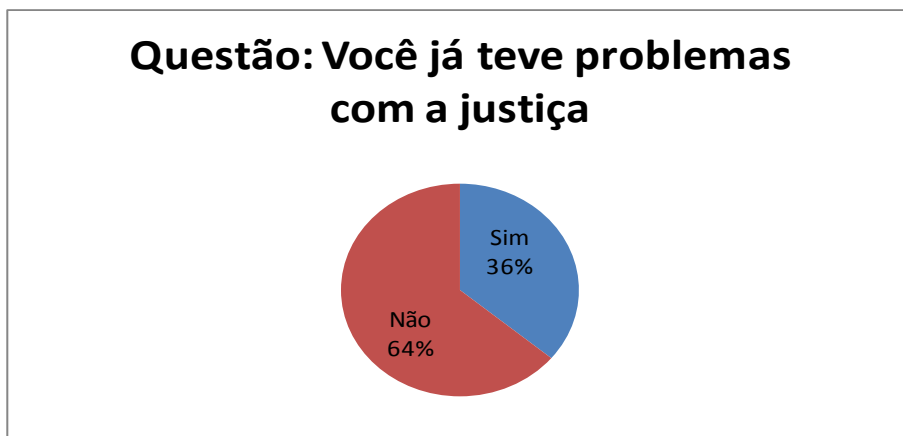


Gráfico 4: Naturalidade dos participantes.

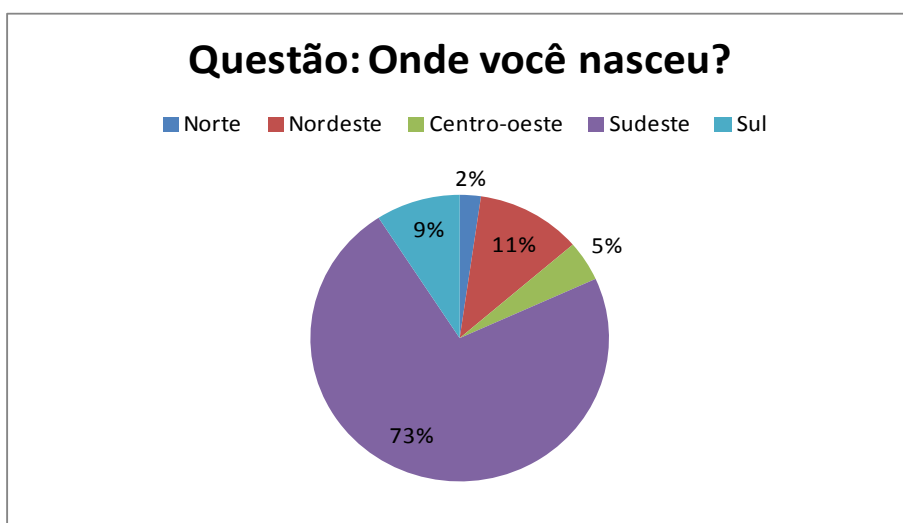


Gráfico 5: Estrutura familiar dos entrevistados - Estado civil.

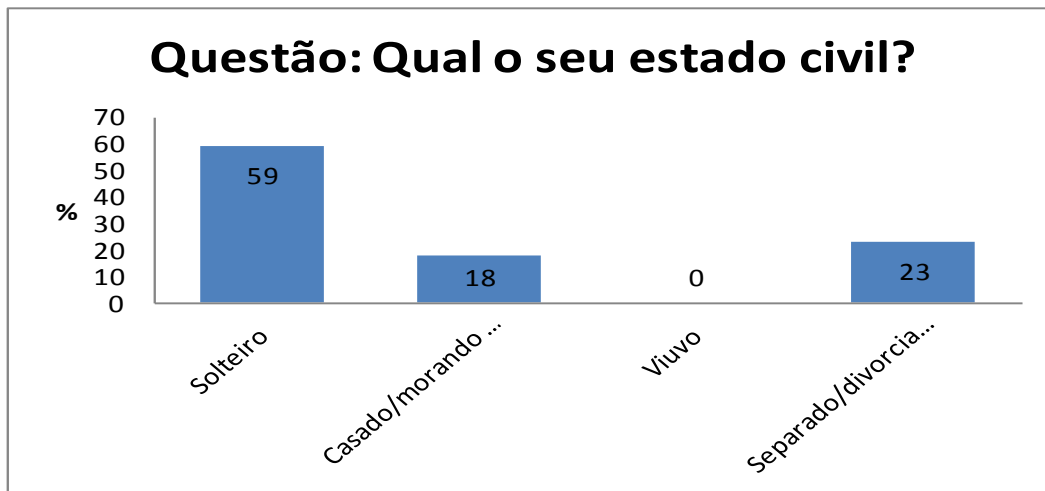


Gráfico 6: Estrutura familiar dos entrevistados - Filhos

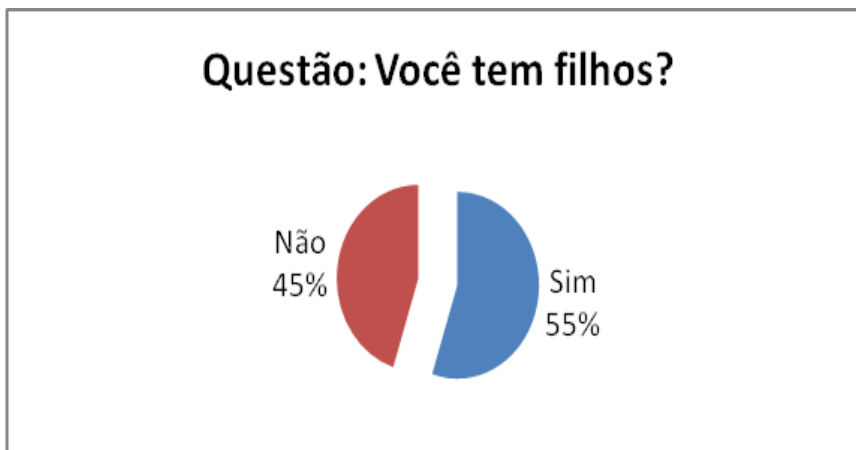


Gráfico 7: Apoio psicossocial dos participantes

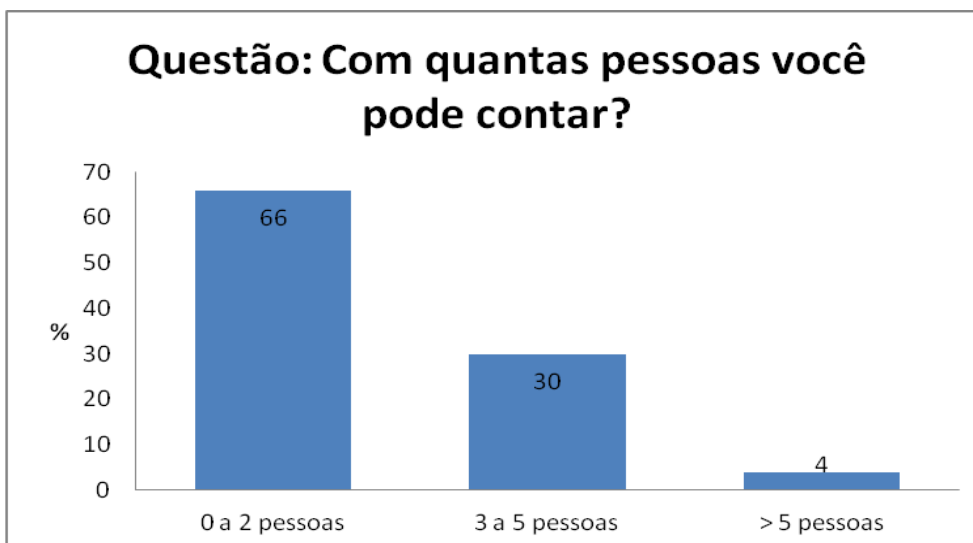


Gráfico 8: Apoio psicossocial dos participantes.

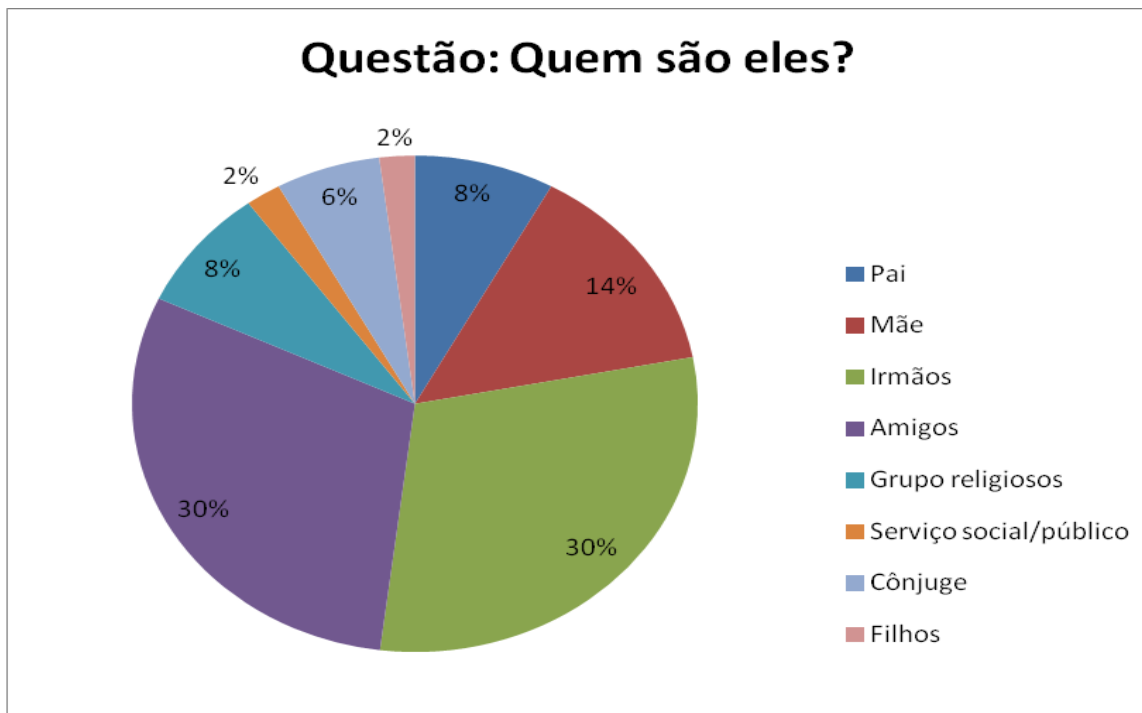


Gráfico 9: Religião dos participantes.



Gráfico 10: Grau de importância da religião para os entrevistados.

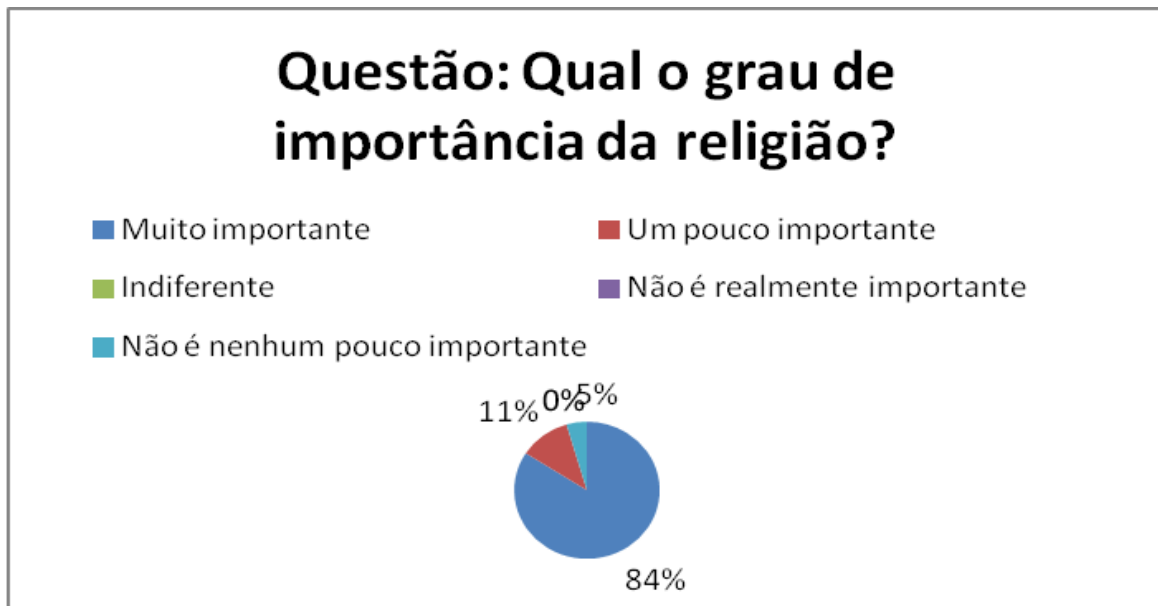
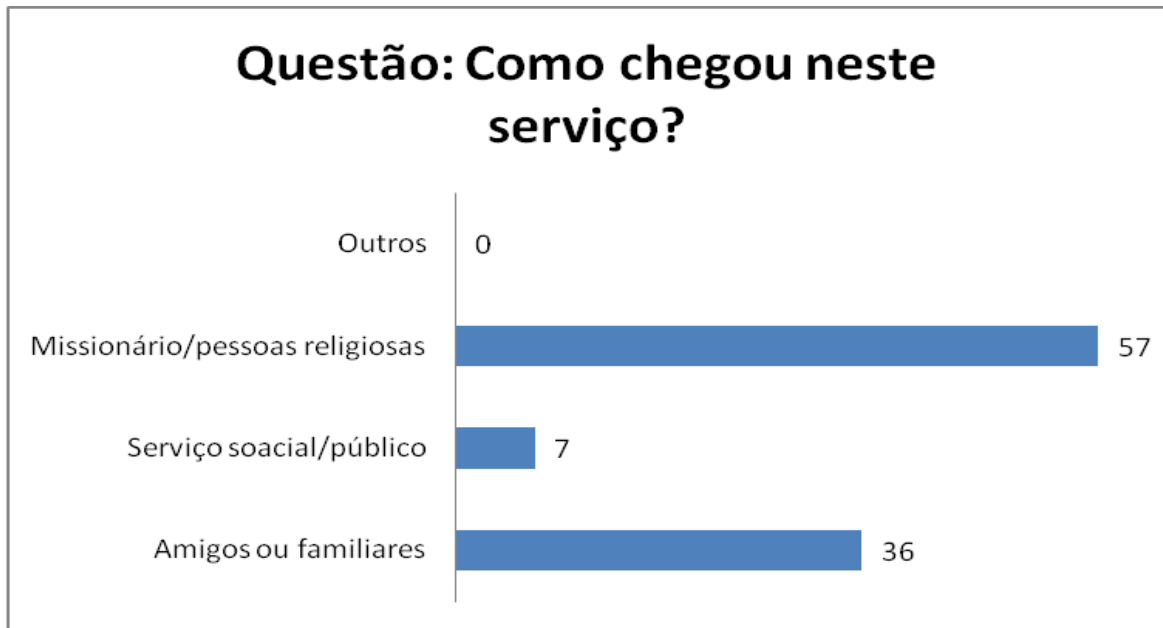


Gráfico 11: Situação habitacional dos participantes.



Gráfico 12: Meios de encaminhamento.



4.2. Consumo de Substâncias Psicoativas

A maioria dos entrevistados é fumante (61%), consome álcool regularmente (84%) e reconhece ter problemas decorrentes do uso do álcool (80%).

Quanto às drogas ilícitas, cocaína e maconha foram as mais consumidas ao longo da vida (75%), seguidas pelo crack (66%) e solventes (48%). No último ano, as drogas ilícitas mais utilizadas foram igualmente a cocaína e o crack (55%), seguidos pela maconha (36%). A maioria dos que usaram maconha iniciou seu uso antes dos 15 anos de idade (54%). Quanto à cocaína, a maioria iniciou seu uso antes dos 20 anos de idade (69%). O início do uso do crack foi mais tardio - 60% iniciaram antes dos 30 anos. Entre os que já usaram crack, quase metade (46%) havia feito uso diário no mês anterior à internação.

Gráfico 13: Hábito de fumar entre os entrevistados

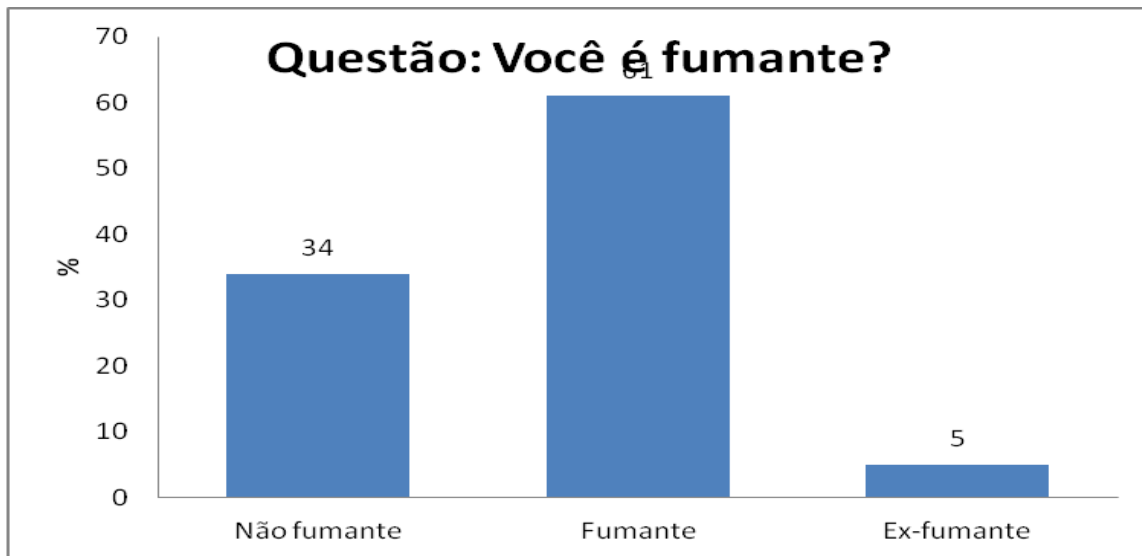


Gráfico 14: Hábito de beber entre os entrevistados

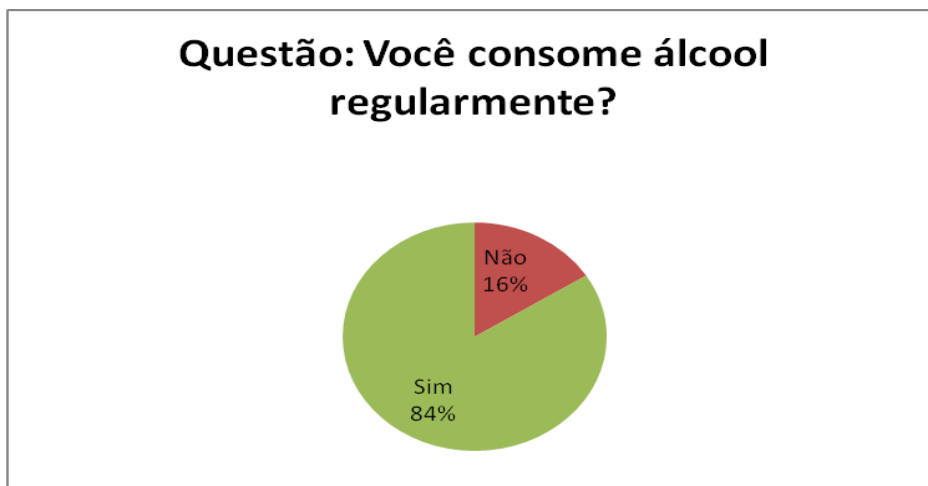


Gráfico 15: Percepção de problemas devido ao hábito de beber

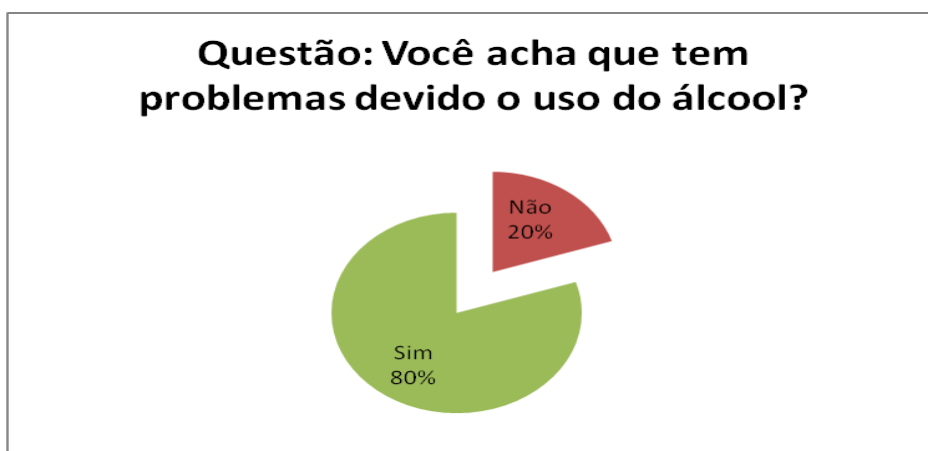


Gráfico 16: Histórico de uso de drogas ilícitas ao longo da vida e no último ano

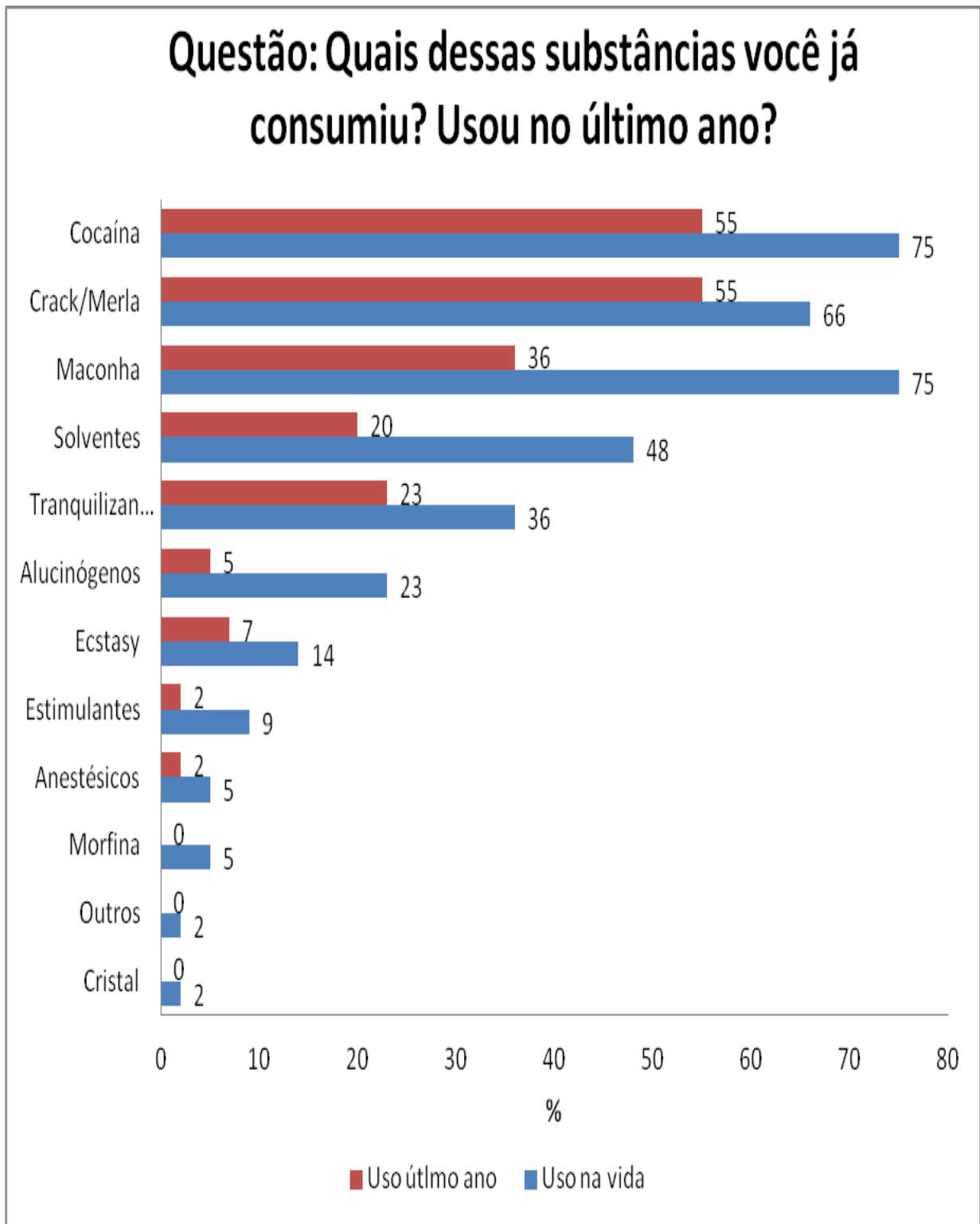


Gráfico 17: Idade de início do uso de maconha, cocaína e crack.

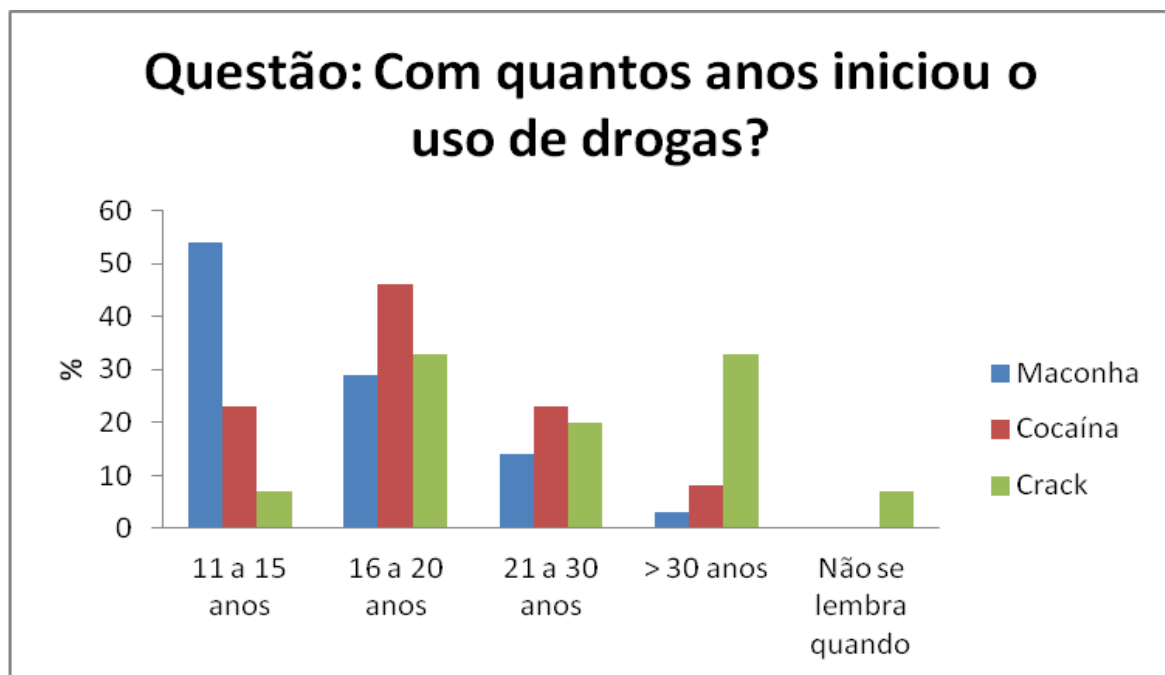
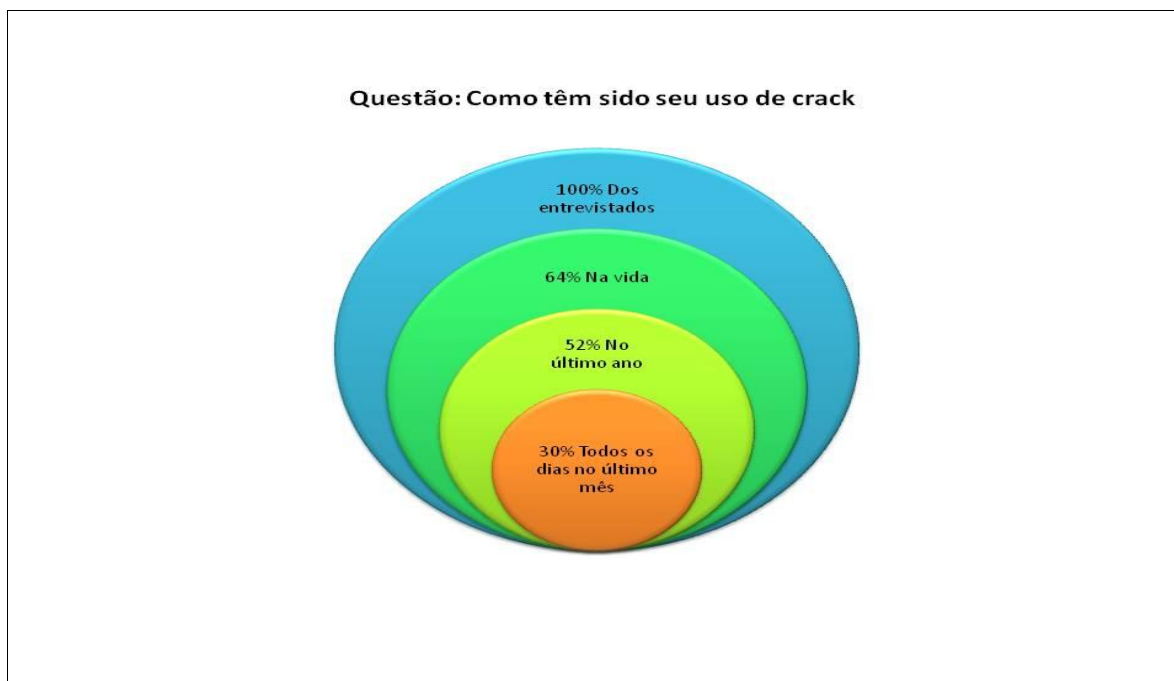


Gráfico 18: Frequência de uso do crack.



4.3. Histórico de patologias.

Observou-se que as patologias ansiedade e depressão foram as mais citadas (17,5% e 9,8% respectivamente). A maioria das patologias (74%) se manifestaram nos últimos 12 meses mas pouco mais da metade (55%) foram tratadas.

Gráfico 18: Patologias apresentadas pelos entrevistados ao longo da vida.

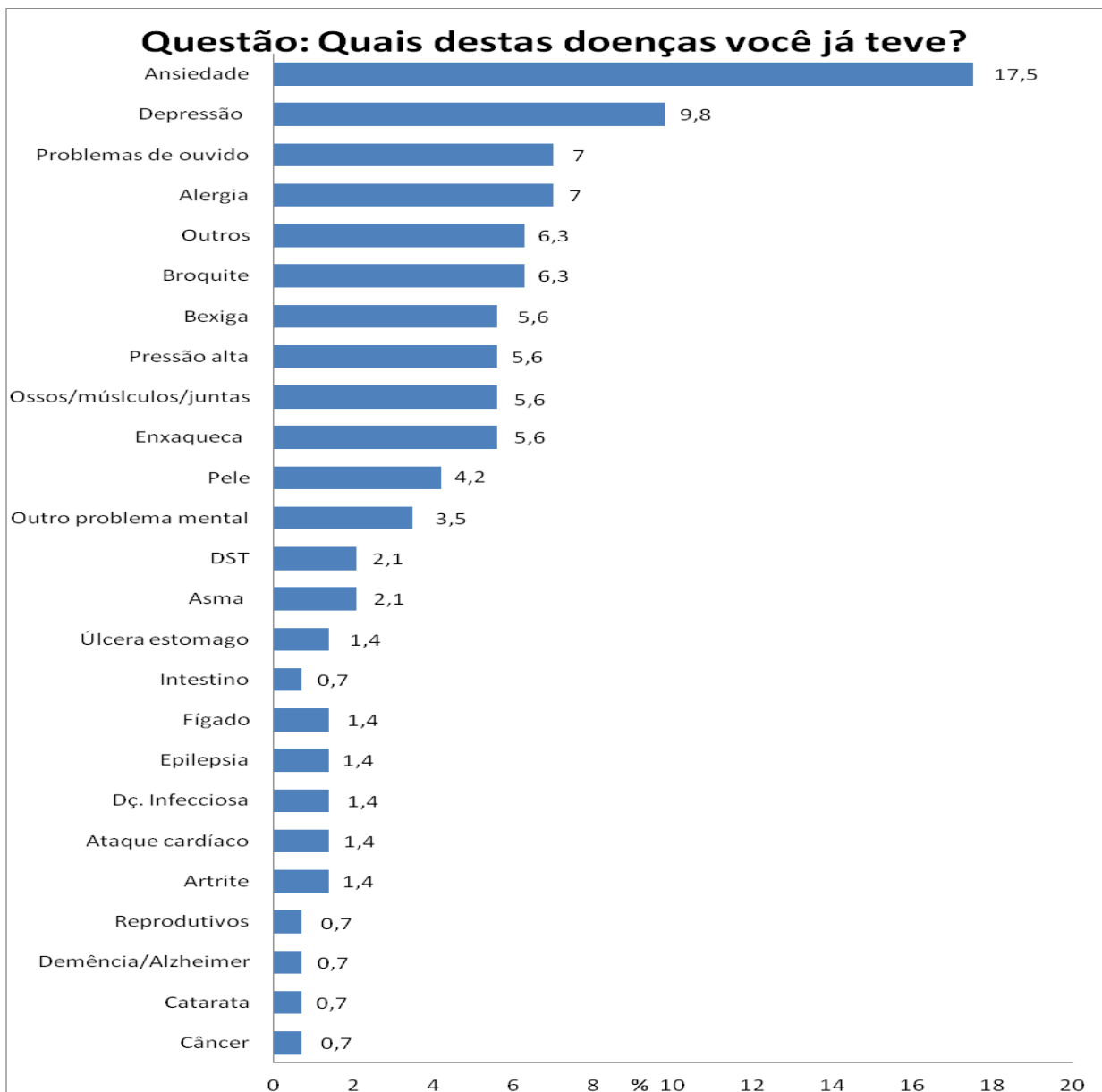


Gráfico 19: Época em que ocorreram as patologias referidas.

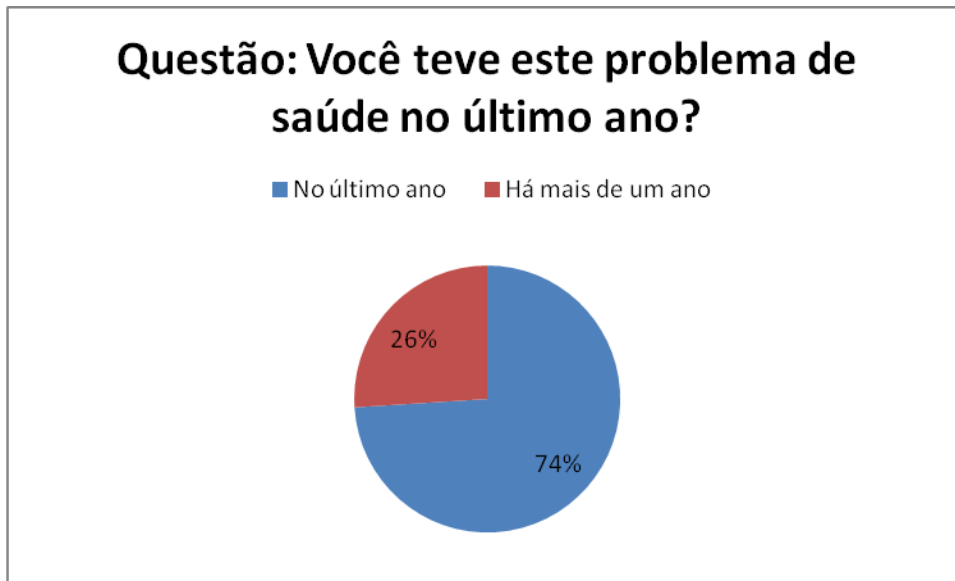
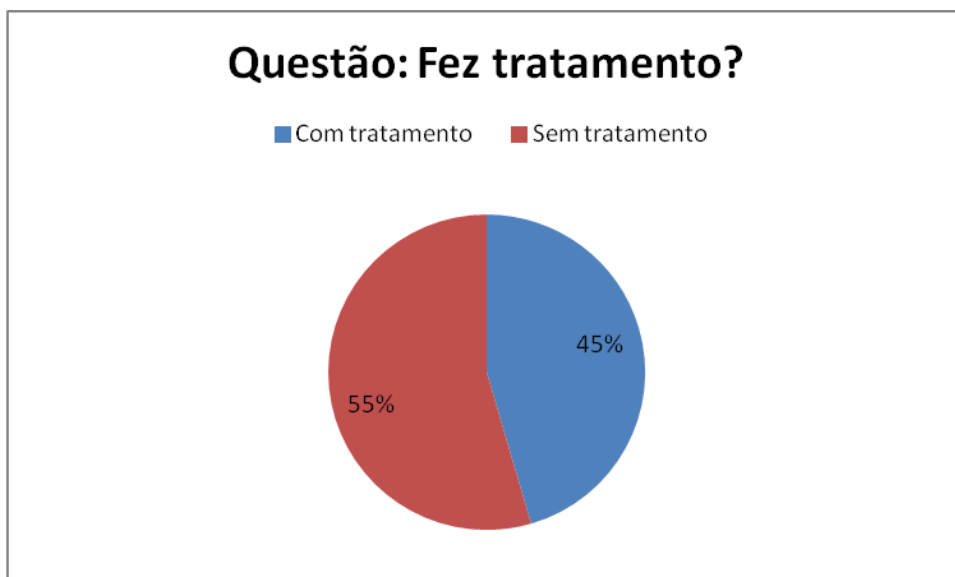


Gráfico 20: Procura por tratamento das patologias referidas.



4.4. Avaliações de Síndrome de Dependência

4.4.1. Escala “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT), para identificação de Síndrome de Dependência do Álcool: Observou-se que a maioria dos pacientes entrevistados apresenta provável Síndrome de Dependência de Álcool (67%).

4.4.2. Escala “Severity of Dependence Scale” (SDS), para identificação da Severidade de Dependência a Cocaína e Maconha: Entre os que já fizeram uso de cocaína e maconha, 41% apresentam escore para dependência de cocaína e 27 % foram identificados como dependentes de maconha.

Gráfico 21: Síndrome de Dependência do Álcool entre os entrevistados.

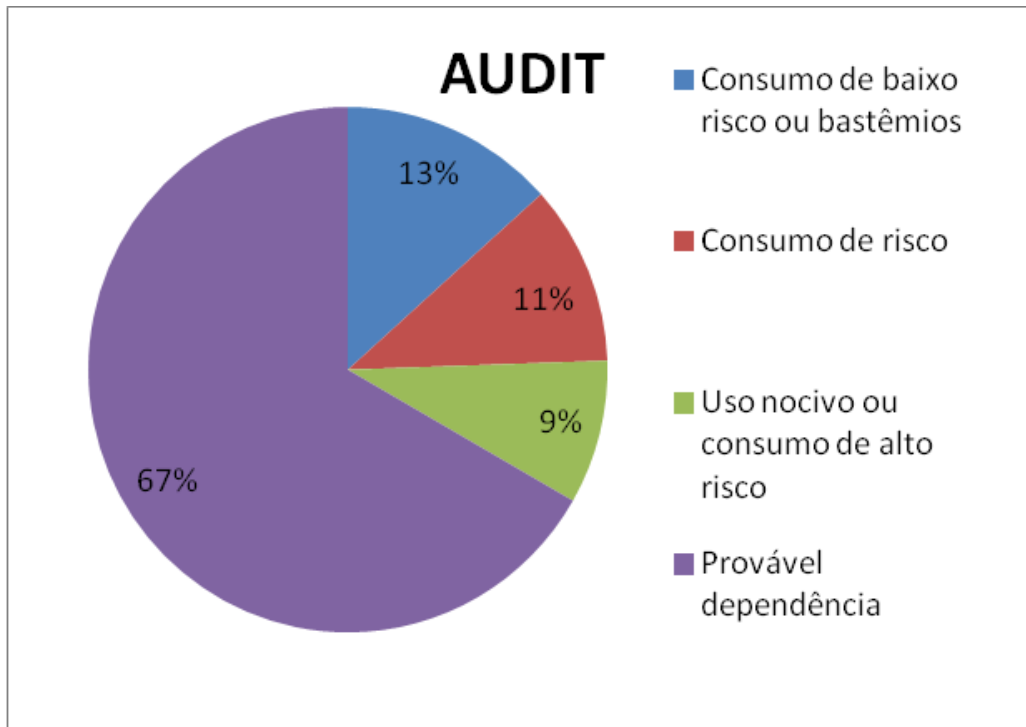
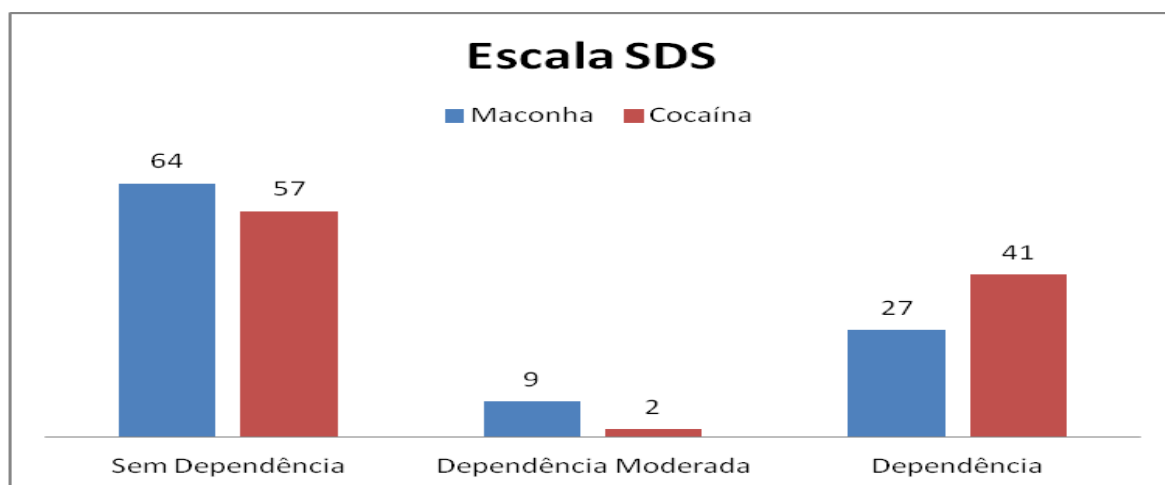


Gráfico 22: Síndrome de Dependência de Cocaína e Maconha entre os entrevistados.



4.5. Avaliação Cognitiva

4.5.1 “Mini-Mental State Examination” (Mini Exame do Estado Mental), para avaliação da memória, atenção, orientação, cálculo, linguagem e habilidade construtiva. Observou-se que 89% dos entrevistados não apresentam alterações cognitivas de acordo com o ponto de corte do exame.



5. DISCUSSÃO

As duas instituições observadas neste estudo, *Associação Aliança de Misericórdia e Fraternidade O Caminho*, iniciaram seus trabalhos com a abordagem e acompanhamento de pessoas em situação de rua e em extrema vulnerabilidade social através das chamadas “pastorais de rua”. Diante das diversas demandas dessa população surgiram as *Casas de Acolhida* onde os acolhidos recebem, além dos cuidados básicos de alimentação, saúde e cidadania (renovação de documentos), a possibilidade de optar por um acompanhamento mais prolongado

que objetiva o cuidado e desenvolvimento das dimensões humanas biopsicossocial e espiritual.

As *Casas de Acolhida*, na sua origem, não se destinavam ao acolhimento exclusivo de dependentes químicos nem tinham por principal objetivo este tratamento. Devido ao fato de que grande parte das pessoas acolhidas (diretamente das ruas ou encaminhadas por outros setores da sociedade) apresentava tais transtornos, surgiu a necessidade de as instituições se organizarem e se capacitarem para atenderem a esta demanda. Diante desta necessidade, este estudo objetiva traçar o perfil sócio-demográfico, verificar as prevalências de indicadores de saúde física e mental, identificar a severidade de dependência química entre os acolhidos e a prevalência de indicadores de religiosidade.

Observamos que os acolhidos em ambas as instituições encontravam-se em estado de vulnerabilidade social e fragilidade dos vínculos familiares e sociais. As comorbidades psiquiátricas ansiedade e depressão foram as patologias mais citadas. Todas essas condições são largamente apontadas pela literatura científica como fatores de risco para uso de substâncias psicoativas e problemas relacionados e devem ser foco de atenção e atuação para obtenção do melhor resultado no tratamento da dependência química. Quanto aos fatores de proteção, a religiosidade foi apontada como ajuda importante no processo de recuperação.

Os dados coletados demonstram que a maioria (56,81%) dos entrevistados não completou o ensino fundamental. Em estudo realizado com dependentes químicos internados em hospitais da cidade de São Paulo, em sua maioria dependentes de crack, verificou-se que 50% apresentavam esta mesma escolaridade¹⁴. Paralelamente, o IILENAD mostra que 46,6% da população geral cursou até ensino fundamental incompleto¹⁵. O uso da droga impede que o adicto exerça qualquer atividade que dependa de atenção, compreensão e responsabilidade¹⁶, além de contribuir para a evasão no primeiro ciclo educacional conforme verificado por Nappo et al. (1996) em estudo na cidade de São Paulo.

A maioria dos entrevistados estava economicamente inativa (68%) antes da admissão na instituição. Ferreira Filho OF et al. (2003)¹⁴ encontraram baixa inserção ocupacional entre os pacientes em idades consideradas produtivas, sobretudo entre os usuários de crack, enquanto Nappo et al (1996)¹⁷ mostraram que 76% dos usuários de crack não tinham fonte de renda.

Em relação ao estado civil dos entrevistados, foi observado que o número de solteiros e separados/desquitados (59% e 23%) é maior entre os participantes deste estudo que na população brasileira geral (31,7% e 5,5%) e os casados se encontram em menor número (18%) que na população brasileira (57,2%)¹⁵. Apesar de não se encontrarem em união estável, a maioria tem filhos (55%). Estudo realizado sobre o comportamento sexual de estudantes de ensino médio no Brasil observou que o uso de álcool e drogas estava associado a práticas sexuais não seguras, com maior risco de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis¹⁸. Bertoni N et al. (2009) também encontraram associação entre o consumo de substâncias psicoativas e o uso não consistente de preservativos tanto por homens quanto por mulheres¹⁹.

A maioria dos entrevistados dizia poder contar com apenas até 2 pessoas em caso de necessidade. Esta média está abaixo da média nacional obtida no II LENAD²⁰. Amigos e irmãos somavam 60% dessas pessoas, as mães correspondiam a 14% e os pais a apenas 8%. Esta escassez de vínculo com os pais se encontra entre os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de drogas conforme mostra trabalho realizado por Carvalho et al. (1995), que verificou probabilidade de uso de drogas cinco vezes maior entre adolescentes que moravam em lares onde a violência familiar estava presente e não havia diálogo entre os familiares, juntamente com a falta de interesse dos pais pelos problemas dos filhos²¹.

A grande maioria dos entrevistados declarava-se católica e considerava a religião muito importante. Este dado parece controverso com o que encontramos na literatura. Em revisão de literatura realizada sobre religiosidade, espiritualidade e o consumo de drogas²², foi observado que a constância em frequentar uma igreja, a educação religiosa na infância, a prática de conceitos propostos por uma religião e a importância dada à religião são fatores protetores do consumo de drogas. Bastos et al. (2008)²³ e Barros et al (2007)²⁴ sugerem que a prática religiosa pode exercer efeito protetor sobre comportamentos de risco de dependência, principalmente quando relacionada a cultos que impõem normas rígidas contra o hábito e ao oferecer uma rede de suporte social que desencoraje o consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica. Freitas et al. (2011)²⁵ encontraram resultado semelhantes: a filiação a cultos protestantes se associou a menor razão de prevalência de uso de álcool.

Para Sanchez e Nappo (2007)²², pessoas que praticam alguma religião além de consumir menos substâncias químicas, apresentam melhores índices de recuperação, quando o tratamento é permeado pela prática religiosa.

O que pode explicar este elevado percentual de entrevistados que declara a religião como sendo muito importante ao mesmo tempo em que apresenta alta prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias químicas, é o fato de um dos pilares do tratamento ser o exercício de práticas religiosas que favorecem o desenvolvimento da espiritualidade. Possivelmente esta prática religiosa vem sendo desenvolvida durante o tratamento mais intensamente que antes desse, quando os acolhidos faziam uso das substâncias.

Portanto, a religiosidade, segundo Barrett e colaboradores (1988)²⁶, constitui um fator de proteção e prevenção de recaída, por oferecer um meio de ressocialização, reestruturação da rede de amigos, um ambiente harmonioso e sem oferta de drogas. O consumo e problemas relacionados ao uso do álcool na população em estudo foi bastante elevado: 84% dos entrevistados ingerem bebida alcoólica regularmente, 80% reconhecem ter problemas decorrentes do uso do álcool e 67% pontuaram na escala AUDIT para provável síndrome de dependência do álcool. Consideravam-se fumantes 61% dos entrevistados. A cocaína e a maconha foram as mais consumidas ao longo da vida enquanto a cocaína e o crack foram as drogas mais utilizadas no último ano. Entre os que já usaram crack, quase metade (46%) havia feito uso diário no mês anterior à internação.

O uso do álcool e problemas relacionados observado neste estudo é maior que na população brasileira geral. Segundo levantamento nacional realizado em 2012 (IILENAD), 62% dos homens maiores de 18 anos não são abstinentes, 47% ingerem 5 doses ou mais de bebida, 63% consomem bebida alcoólica mais de 1 vez por semana e 66% bebem em binge²⁷.

É frequente a associação do uso de drogas lícitas com as ilícitas, aumentando o consumo de ambas. *Ferreira Filho OF et al.*¹⁴ observaram que, entre os usuários de cocaína inalada, o uso do álcool é maior, pois estes indivíduos encontram no álcool um alívio para a hiperatividade provocada pela cocaína, imediatamente após o consumo desta. O tabaco muitas vezes é usado como fonte de administração do crack, misturando a pedra triturada ao fumo, formando o cigarro chamado “pitolho”.

A avaliação da idade ao início do consumo de drogas ilícitas mostrou um padrão de escalonamento, partindo da mais “leve” para a mais potencialmente danosa: a

maioria dos entrevistados iniciou o uso da maconha antes dos 15 anos, de cocaína antes dos 20 anos e de crack antes dos 30 anos. Padrão de escalonamento semelhante foi encontrado em estudo realizado por *Ferreira Filho OF et al.*¹⁴

As patologias mais citadas foram ansiedade e depressão, respectivamente 17,5% e 9,8%. O primeiro valor é comparável ao da população brasileira observado no II LENAD, em que 18,5% dos adultos declararam ter sofrido de ansiedade nos 12 meses anteriores à entrevista. O segundo valor é discretamente inferior ao obtido no II LENAD, ao qual 15,1% dos entrevistados declararam ter sofrido depressão ao menos uma vez ao longo da vida²⁸.

Era esperado que fosse maior o número de pessoas com tais comorbidades, conforme estudos que associam depressão e ansiedade com o transtorno de uso de substâncias. Bellos et al. (2013)²⁹ em estudo que avaliou 5438 atendimentos na atenção primária em 14 países, encontraram associação entre consumo excessivo de bebida alcóolica e alta prevalência de depressão. Da mesma forma, Boden et al. (2011)³⁰ observaram que o aumento do consumo de álcool aumenta o risco de depressão maior. O álcool é a substância mais utilizada para diminuir sintomas de ansiedade. A abstinência do álcool, por sua vez, gera ansiedade, que é aliviada com a ingestão da bebida³¹.

Quanto à associação entre o uso da maconha e a ansiedade, estudos apontam para a existência de transtornos de ansiedade prévios ao consumo de cannabis, que seria utilizada para obter relaxamento e de redução de sintomas. Por outro lado, o consumo progressivo e exagerado também pode contribuir para o aumento dos sintomas ansiosos^{32,33}. Em atualização realizada por Diehl et al (2010) sobre uso de maconha e transtornos ansiosos e do humor, os achados foram contrastantes e divergentes, não permitindo generalizações³⁴.

Sintomas ansiosos são produzidos pelo uso de drogas estimulantes como cocaína, crack e anfetaminas e estão presentes também na síndrome de abstinência dessas substâncias³⁵. Cocaína e crack também estão associados a sintomas depressivos pois suas ações no sistema nervoso central mimetizam sintomatologia depressiva durante a síndrome de abstinência³⁶.

A prevalência de sintomas de ansiedade encontrada neste estudo, comparável à da população brasileira, e de sintomas depressivos, abaixo da prevalência nacional, pode nos indicar que seja necessária a aplicação de algum outro instrumento mais sensível para a detecção de tais sintomas na população alvo de nosso estudo.

Limitações:

A amostra utilizada neste trabalho, de 44 entrevistados, não permite análise estatística formal impossibilitando que os resultados sejam estendidos para outras populações. Outro aspecto a se considerar é o fato de a avaliação de comorbidade ser subjetiva (auto relato). Isso explica a prevalência menor para depressão e equivalente para ansiedade em relação à população brasileira, enquanto a prevalência de comorbidades psiquiátricas esperada entre os dependentes químicos é maior que na população geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao traçar o perfil sociodemográfico e de saúde dos residentes de ambas as instituições, bem como ao demonstrar o quanto a dependência química é uma questão preponderante entre estes, este trabalho, apesar de suas limitações, se mostrou importante por evidenciar a necessidade de se aliar o trabalho das ciências médicas e sociais às atividades de cunho religioso.

O estado de vulnerabilidade social e a fragilidade dos vínculos familiares observados nessa amostra são importantes fatores de risco, já largamente apontados pela literatura científica, para o uso de substâncias psicoativas e problemas associados como o abuso e a dependência. As comorbidades psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão, igualmente são fatores de risco e devem ser ativamente investigadas e tratadas durante o acompanhamento para a obtenção de um melhor resultado.

Chama a atenção o fato de a maioria dos entrevistados ter sido encaminhada ao tratamento por agentes religiosos, bem como a grande importância dada por eles à religiosidade.

Sanchez e Nappo (2007)²², apontam que a religião por si só não é fator determinante para a instalação da abstinência, mas consideram que a prática de um ato religioso aliado a um bom suporte social e familiar, saúde, apoio incondicional da instituição religiosa e um acolhimento sem pressupostos, contribuem de modo positivo para a manutenção do tratamento e abstinência.

Na Carta Encíclica Fides et Ratio, escrita pelo Papa João Paulo II, este diz que “a fé e a razão são duas asas que nos levam para o céu. Ambas devem caminhar unidas na busca pela revelação divina para amá-la de todo coração, compreendendo

questões existenciais que por vezes, quando distantes da realidade sonhada por Deus, podem nos levar a perdição”³⁷.

É necessário unir o modelo médico de cuidar “física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um mecanismo enguiçado” (Capra, 1982)³⁸, ao social em que “a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos” (Kalina & cols., 1999)³⁹, sem descuidar da religiosidade e espiritualidade, buscando assim conhecer o quanto possível o ser humano de uma forma integral para poder ajudá-lo da melhor forma.

6. REFERÊNCIAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial Sobre Drogas 2012. ONU, 2012. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_w eb_small.pdf acesso em: 07/07/2015.
2. Brasil é maior consumidor de drogas da América do Sul, diz EUA. Exame. com, Março, 2012. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/brasil-e-maior-consumidor-de-drogas-da-america-do-sul-diz-eua>. Acesso em 15 de junho de 2015.
3. Ibrahim, Ogg. Enfim, lideramos um ranking. Notícias R7, set. 212. Disponível em: <http://noticias.r7.com/blogs/ogg-ibrahim/2012/09/06/enfim-lideramos-um-ranking-um-dos-piores-que-possa-existir/>. Acesso em 15 de junho de 2015.
4. Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 5. ed. – Brasília: SENAD, 2013.
5. Costa, S. F. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química. Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá, em 28 de junho de 2006.
6. Day E, Wilkes S, Copello A. (2003) Spirituality is not everyone’s cup of tea for treating addiction. *BMJ*.
7. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. (2001) Texto base – Campanha da fraternidade 200. “VIDA SIM. DROGAS NÃO.”
8. NHS Information Centre (2009). *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*. London, UK: NHS.
9. Babor T. F., J.R. D. L. F., Saunders J., Grant M. Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]. (1992). *American Psychiatric Association Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures*, Washington DC: American Psychiatry Association; p. 460-462.
10. Cuenca-Royo, A. M., Sanchez-Niubo, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., & Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav*, 37(6), 709-715.
11. Kaye, S., & Darke, S. (2002). Determining a diagnostic cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for cocaine dependence. *Addiction*, 97(6), 727-731
12. Ferri, C. P., Marsden, J., de Araujo, M., Laranjeira, R. R., & Gossop, M. (2000). Validity and reliability of the Severity of Dependence Scale (SDS) in a Brazilian sample of drug users. *Drug and Alcohol Review*, 19(4), 451-455.
13. Horton AM Jr, Alana S. (1990). Validation of de Mini Mental State Examination. *Int J Neuroci*. Aug;53(2-4): 209-12.

14. Ferreira Filho, Olavo Franco et al. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 751-759.
15. Brasil. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e outras Drogas (INPAD). (2012). 2º. Levantamento Nacional de uso de Álcool e Drogas (II LENAD) - Perfil da amostra. São Paulo.
16. Nappo AS, Galduróz JCF, Noto AR. (1994). Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL*; 16:75-83
17. Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. (1996). Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse*; 31:565-79.
18. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. (2013). Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics*;68(4):489-494.
19. BERTONI, Neilane et al. (2009). Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360.
20. Brasil. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e outras Drogas (INPAD). (2012). 2º. Levantamento Nacional de uso de Álcool e Drogas (II LENAD) - Rede de suporte social. São Paulo.
21. Carvalho V, Pinsky I, Silva Rs, Carlini-Cotrim B. (1995). Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school students. *Addiction*; 90:65-72.
22. Sanchez, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. (2007) A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 73-81.
23. Bastos FI, Beroni N, Hacker MA. (2005). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 Suppl 1:109-17.
24. Barros MBA, Botega NJ, Dalgalarondo P, MarinLeón L, Oliveira HB. (2007). Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública*; 41:502-9.
25. Freitas, Isabel Cristina Martins de; Moraes, Suzana Alves de. (2011) Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2021-2031.
26. Barrett ME, Simpson D, Lehman WE. (1988) Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs. *J Clin Psychol*; 44(3): 461-73.
27. Brasil. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e outras Drogas (INPAD). (2012) 2º. Levantamento Nacional de uso de Álcool e Drogas (II LENAD) - Consumo de Álcool na população brasileira.
28. Brasil. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas e outras Drogas (INPAD). (2012). 2º. Levantamento Nacional de uso de Álcool e Drogas (II LENAD) - Fatores associados ao abuso e dependência química.
29. Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., Mavreas, V. (2013). Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Drug Alcohol Depend*, 133(3), 825-831. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.08.030.
30. Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x.
31. Ratto L, Cordeiro D. (2010) Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca; p. 199-217.
32. Zuardi AW, Crippa JAS, Guimarães FS. (2008). *Cannabis e Saúde Mental. Uma revisão sobre a Droga de Abuso e o Medicamento*. São Paulo: FUNPEC Editora.
33. Crippa JA, Zuardi AW, Martín-Santos R, Bhattacharyya S, Atakan Z, McGuire P, Fusar-Poli P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol*; 24(7):515-23.

34. Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeira, Ronaldo. (2010) Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 541-545.
35. Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R. (2010) Cocaína e crack. In: *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Roca; p.77-104.
36. Cordeiro DC, Diehl A. (2011). Comorbidades Psiquiátricas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Dependência Química – Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. São Paulo: Artmed; P106-118.
37. Carta Encíclica *Fides et Ratio* do Sumo Pontífice João Paulo II aos Bispos da Igreja Católica sobre as relações entre fé e razão. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_15101998_fides-et-ratio_po.html. Acesso em 03 de Agosto de 2015.
38. Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix
39. Kalina, E., Kovadloff, S., Roig, P. M., Serran, J. C., & Cesarman, F. (1999). *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.