UNIVERSIDADE LA SALLE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

ANTÔNIO MARCOS DA ROSA SANTANA

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM IDOSOS: INTERCONEXÕES ENTRE RELIGIOSIDADE-ESPIRITUALIDADE E REINCIDÊNCIAS NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

CANOAS, 2024.

ANTÔNIO MARCOS DA ROSA SANTANA

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM IDOSOS: INTERCONEXÕES ENTRE RELIGIOSIDADE-ESPIRITUALIDADE E REINCIDÊNCIAS NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle.

Orientadora: Profª. Dra. Lidiane Isabel Filippin.

CANOAS, 2024.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S232d Santana, Antônio Marcos da Rosa.
Dependência química em idosos [manuscrito] : interconexões entre religiosidade-espiritualidade e reincidências no uso de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica / Antônio Marcos da Rosa Santana. – 2024.
92 f. : il.

Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) – Universidade La Salle, Canoas, 2024.
"Orientação: Profª. Dra. Lidiane Isabel Filippin".

1. Substâncias psicoativas. 2. Dependência química. 3. Comunidade terapêutica. 4. Idosos. 5. Religiosidade. 6. Espiritualidade. I. Filippin, Lidiane Isabel. II. Título.

CDU: 616.89

Bibliotecário responsável: Lucas de Oliveira Santos - CRB 10/2839

ANTÔNIO MARCOS DA ROSA SANTANA

DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM IDOSOS: INTERCONEXÕES ENTRE RELIGIOSIDADE-ESPIRITUALIDADE E REINCIDÊNCIAS NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle.

Orientadora: Profª. Dra. Lidiane Isabel Filippin.

BANCA EXAMINADORA:

_____

Prof. Dr. Diego Rodrigues Falci - UFRGS

_____

Prof. Dr. Thiago Costa Lisboa - Unilasalle

_____

Prof. Dr. Gustavo Vieira Fioravante - Unilasalle

DEDICATÓRIA

Minha alma está em brisa

Contei meus anos e descobri que tenho menos tempo para viver a partir daqui, do que o que eu vivi até agora. Eu me sinto como aquela criança que ganhou um pacote de doces; o primeiro comeu com prazer, mas quando percebeu que havia poucos começou a saboreá-los profundamente.
Eu quero a essência, minha alma está com pressa … Sem muitos doces no pacote…
O essencial é o que faz a vida valer a pena.
Quero cercar-me de pessoas que sabem tocar os corações das pessoas…
Sim… Estou com pressa… Estou com pressa para viver com a intensidade que só a maturidade pode dar.
Eu pretendo não desperdiçar nenhum dos doces que eu tenha ou ganhe…
Tenho certeza de que eles serão mais requintados do que os que comi até agora.
Meu objetivo é chegar ao fim satisfeito e em paz com meus entes queridos e com minha consciência.
Nós temos duas vidas e a segunda começa quando você percebe que você só tem uma…

Mário de Andrade

"Quero dedicar esta Dissertação de Mestrado à minha amada avó, **Catarina Izabel Saraiva Santana**, (*in memorian*), por me ensinar o que é amar, o que é o cuidar e ao mesmo tempo lutar e ser forte. Foi assim, diante das suas dores e amarguras da vida, que sempre enfrentou tudo com um belo sorriso no rosto, me mostrando que a vida precisa ser leve e doce. Ainda hoje lembro aquela breve parlenda que me ensinou, em versos simples como forma de brincadeira, onde ríamos à toa. Esses momentos ainda hoje, ressoam em minhas memórias.

O doce

O doce perguntou pro doce
Qual é o doce mais doce
Do que o doce da batata-doce?
O doce respondeu pro doce
Que o doce mais doce
Que o doce da batata-doce
É o doce da batata-doce.

Eram nestes instantes e em outros tantos, como em nossas longas partidas de ludo, onde tive que aprender a perder, mesmo contrariado com as derrotas. Ali nos encontrávamos olhos nos olhos, eram nesses intervalos de tempo em que nos esquecíamos de tudo e de todos, dando espaço para a alegria e a brincadeira, que se transformavam num bálsamo para enfrentarmos as dores que ali se apresentavam.

Você me fez ver e sentir o amargor e a doçura da vida. Você me chamava de minha doçura e eu acredito que aprendi a ser doce contigo.

Hoje compreendo, que na verdade queríamos fugir, adiar, negar a finitude, aproveitando a felicidade que ali se instalava em nossos encontros.

Você foi admirável, forte e corajosa que privilégio meu, ter você como minha avó.

Saudades daquela infância, em Canoas, onde eu descia a rua Érico Veríssimo coberta de paralelepípedos, indo em direção ao número 345, colhendo margaridas amarelas pela calçada e flores por toda vizinhança, com pressa, querendo logo chegar naquela casa cor-de-rosa com janelas e portas amarelas, abrir o portão de ferro e passar pela breve escada de lajotas marrons e o caminho com pedras de arenito, apreciando a costela-de-adão, as margaridas, as roseiras, as hortênsias, as espadas-de-são-jorge, as escadinhas-do-céu, as marias-sem-vergonha para simplesmente te ver, te abraçar, beijar teu rosto e te presentear com as flores que colhi pelo caminho, e assim poder ver teu belo sorriso e sorrir junto contigo. Hoje com muita alegria, te presenteio com minha dissertação de mestrado.”

AGRADECIMENTOS

Viver é envelhecer, nada mais.

Simone de Beauvoir

É com satisfação e alegria, que hoje concluo mais uma etapa na minha vida, mais uma conquista, mais um *nocaute* entre eu e eu mesmo, onde posso concluir que sou o vencedor. Nessa luta tivemos muitos *rounds* até chegar a grande final, foram dois anos no mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle.

Eu lutaria tudo de novo, afinal eu aprendi a lutar, pois estive ao lado de grandes mestres. Uma vez me disseram, que a gente só briga e luta por aquilo que a gente gosta, isso é a mais pura verdade. Sou grato pela minha vida, viver é o meu melhor prazer, viver é o meu melhor presente.

Durante a trajetória destes últimos dois anos, preciso agradecer imensamente aos meus amados pais Glória e Antônio Carlos, por terem me dado o privilégio da vida, por me mostrarem a força e a resiliência; obrigado pelo cuidado, preocupação, amor e carinho sempre.

A minha irmã, Isabel Cristina, por sempre torcer pelo meu sucesso e por ter me presenteado com os melhores sobrinhos do mundo, Murilo e Arthur, eles são minha fortaleza e o meu alento.

Ao meu companheiro e sempre parceiro para todas as horas, todas as horas mesmo! Obrigado Carlos Alberto, pelo cuidado, preocupação, atenção e incentivo aos estudos.

Aos meus colegas, que se mostraram verdadeiros amigos (as), durante nossa trajetória no mestrado da Universidade La Salle no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano, nos anos de 2022 e 2023, o coleguismo e a amizade construída foram fundamentais para seguirmos os propósitos em nossos estudos.

Aos meus professores, que se revelaram grandes e verdadeiros mestres, compartilhando seus saberes e aplacando nossas dúvidas e angústias.

A minha orientadora Profª. Dra. Lidiane Isabel Filippin, pelo interesse e empatia que demonstra, quando fala sobre o idoso e o envelhecimento, sou grato pelo acolhimento, por se mostrar sempre disponível, pela transmissão de segurança, pela competência, pela franqueza e puxões de orelha, que foram valiosos, essenciais, diante das minhas resistências durante todo esse percurso.

A Comunidade Terapêutica GISEDA, aos amigos e irmãos Robinson, Vanessa e Victor, pela disponibilidade e atenção. Aprendi muito com vocês sobre a dependência química e o tratamento humanizado e afetuoso, dedicado aos nossos internos e seus familiares, especialmente aos nossos idosos ex-internos, participantes desta pesquisa, sem eles não seria possível essa dissertação de mestrado.

Por fim, à Universidade La Salle, pelo interesse nas pesquisas, pelos valores, princípios e todo suporte na realização desta pesquisa.

RESUMO

A dependência química na população idosa tem se mostrado cada vez mais presente em nossa sociedade, conforme o censo (IBGE, 2018). **Objetivo**: Diante disso, esta pesquisa em seu objetivo geral pretende avaliar as interconexões entre religiosidade-espiritualidade e as reincidências no uso de substâncias psicoativas em idosos ex-internos, após tratamento para recuperação da dependência química em uma comunidade terapêutica. **Materiais e Métodos**: Foi delineado um estudo transversal, na Comunidade Terapêutica, (GISEDA) Grupo de Inclusão Social e Tratamento de Drogas e Álcool, situada na região centro-leste do estado do Rio Grande do Sul/RS. A amostra da pesquisa corresponde a 74 idosos ex-internos, todos do sexo masculino com idades a partir de 60 anos, que foram atendidos na instituição, nos últimos 5 anos, no período de 2018 até 2022, e que já tiveram suas altas ou interrupções no tratamento. A coleta de dados incluiu variáveis sociodemográficas de saúde e a escala de espiritualidade-índice de religiosidade da Universidade de Duke (P-DUREL). **Resultados**: Observou-se que 51,3% dos 74 idosos ex-internos apresentaram reincidências no uso de substâncias psicoativas após receberem tratamento na comunidade terapêutica GISEDA. Desses, 90,8% já haviam passado por tratamento prévio para dependência química, o que sugere uma propensão à reincidência no uso de substâncias psicoativas. Dentre os idosos ex-internos que interromperam o tratamento antes do término proposto pela CT GISEDA, período de 9 meses, 70% reincidiram no uso de SPAs. Quanto à importância atribuída à religiosidade e espiritualidade no tratamento da dependência química, apenas 20% dos participantes a consideraram relevante. Além disso, 68,4% demonstraram ter uma religiosidade não organizacional, enquanto 71,4% exibiram baixa religiosidade intrínseca. **Conclusões**: A análise revelou uma taxa significativa de reincidências no uso de substâncias psicoativas entre os idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA. No entanto, não foi identificada uma relação determinante entre a religiosidade/espiritualidade e a abstinência ao uso de substâncias psicoativas. O estudo também não encontrou associação entre abstinência e religiosidade intrínseca entre os idosos ex-internos analisados. Cabe acrescentar, que nesta pesquisa o fator religiosidade/espiritualidade não mostrou-se

um fator de proteção eficaz quanto a abstinência evitando assim, possíveis reincidências ao uso de SPAs.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas. Idosos. Dependência Química. Comunidade Terapêutica. Religiosidade. Espiritualidade.

ABSTRACT

Chemical dependence in the elderly population has been increasingly present in our society, according to the census (IBGE, 2018). **Objective**: In view of this, this research, in its general objective, intends to evaluate the interconnections between religiosity-spirituality and relapses in the use of psychoactive substances in elderly ex-inmates, after treatment to recover from chemical dependency in a therapeutic community. **Materials and Methods**: A cross-sectional study was designed in the Therapeutic Community, (GISEDA) Social Inclusion and Drug and Alcohol Treatment Group, located in the central-eastern region of the state of Rio Grande do Sul/RS. The research sample corresponds to 74 elderly former inmates, all males aged 60 and over, who were treated at the institution in the last 5 years, from 2018 to 2022 and have already been discharged or interrupted in treatment. Data collection includes sociodemographic health variables and the Duke University Religiosity Index-Spirituality Scale (P-DUREL). **Results**: It was observed that 51.3% of the 74 elderly former inmates relapsed into the use of psychoactive substances after receiving treatment at the GISEDA therapeutic community. Of these, 90.8% had already undergone previous treatment for chemical dependency, which suggests a propensity to relapse into the use of psychoactive substances. Among the elderly former inmates who interrupted treatment before the end proposed by CT GISEDA, a period of 9 months, 70% relapsed into the use of SPAs. Regarding the importance attributed to religiosity and spirituality in the treatment of chemical dependency, only 20% of participants considered it relevant. Furthermore, 68.4% demonstrated non-organizational religiosity, while 71.4% exhibited low intrinsic religiosity. **Conclusions**: The analysis revealed a significant rate of relapses in the use of psychoactive substances among elderly former inmates of the GISEDA therapeutic community. However, a determining relationship between religiosity/spirituality and abstinence from the use of psychoactive substances was not identified. The study also found no association between abstinence and intrinsic religiosity among the elderly former inmates analyzed. It is worth adding that in this research the religiosity/spirituality factor did not prove to be an effective protective factor regarding abstinence, thus avoiding possible recurrences of PAS use.

Keywords: Psychoactive Substances. Elderly. Chemical Dependency. Therapeutic Community. Religiosity. Spirituality.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ADVD	Atividade da Vida Diária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Americana de Psiquiatria
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças-10
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
CTs	Comunidades terapêuticas
DQ	Dependência Química
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-IV
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V
ECRs	Estudos Controlados Randomizados
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidade Terapêuticas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GISEDA	Grupo de Inclusão Social e Tratamento de Drogas e Álcool
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P-DUREL	Duke University Religion Index
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial

RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância Psicoativa
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Transtorno Depressivo
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....18
2.1 ESTATUTO DA PESSOA IDOSA, PROCESSO E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO..... 18
2.2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: LÍCITAS E ILÍCITAS E OS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA.....22
2.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E REINCIDÊNCIA AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM IDOSOS.....29
2.4 TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O MODELO RELIGIOSO-ESPIRITUAL..... 34
3 OBJETIVOS..... 46
3.1 OBJETIVO GERAL.....46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 46
4 MANUSCRITO ORIGINAL.....47
5 PRODUTO TÉCNICO..... 64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 66
REFERÊNCIAS..... 69
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 82
APÊNDICE B - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS, COLETADAS ATRAVÉS DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS..... 85
APÊNDICE C - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS APÓS TRATAMENTO, COLETADAS ATRAVÉS DE CONTATO TELEFÔNICO.....87
ANEXO A - ESCALA DE ESPIRITUALIDADE - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE..... 89
ANEXO B - SUPLEMENTO 1 - PRODUTO TÉCNICO - REUNIÕES DE GRUPO - EX-INTERNOS E SEUS FAMILIARES DA CT GISEDA..... 91
ANEXO C - SUPLEMENTO 2 - REGISTROS PRODUTO TÉCNICO - REUNIÕES DE GRUPO EX-INTERNOS E SEUS FAMILIARES DA CT GISEDA.....92

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10 (1993), os transtornos mentais se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Sendo assim, a dependência química é considerada como uma doença psiquiátrica, de acordo com o CID-10 (1993), o uso abusivo de substâncias psicoativas causa a dependência química, alterando os comportamentos das pessoas acometidas por este adoecimento. Nesta perspectiva busca-se neste estudo, pesquisar sobre a problemática da dependência química na terceira idade, para tanto discorre-se sobre essas temáticas, trazendo à tona o uso abusivo e descontrolado de substâncias psicoativas na população de idosos.

A população de indivíduos idosos na faixa etária da terceira idade, vem se mostrando expressiva e crescendo gradativamente no Brasil; conforme Tarquino e Lira (2015), o acentuado crescimento da população idosa é uma realidade vivenciada mundialmente. No Brasil, a mudança nos padrões etários da população vem ocorrendo de forma acentuada e rápida. Estima-se que esse crescimento no Brasil possa atingir, no ano de 2050, 64 milhões de idosos e, até o ano de 2070, irá totalizar 35% da população (IBGE, 2018). Além disso, pode-se verificar que, o uso/abuso e dependência de tais substâncias psicoativas na terceira idade vem aumentando e preocupando os profissionais da saúde pública, como destacam Feitosa *et al.*, (2016).

Tendo em vista o expressivo aumento da população idosa e do crescimento significativo de idosos consumindo e fazendo uso abusivo de substâncias psicoativas, parece ser necessário um olhar mais atento e maiores investimentos nos cuidados com essa população, em especial no âmbito da saúde, e mais especificamente à saúde mental, destes indivíduos (Diniz *et al.*, 2017). No Brasil, os idosos são amparados pelo Estatuto da Pessoa Idosa que é regulamentado pela Lei

n.º 10.741 de 2003, que estabelece direitos sobre a pessoa idosa no âmbito da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a socialização, autonomia, liberdade e melhor perspectiva de vida para estes indivíduos (Brasil, 2003). O Estatuto da Pessoa Idosa, objetiva respaldar benefícios que contribuam na perspectiva de uma qualidade de envelhecimento melhor em nossa sociedade, composto por normas e diretrizes que buscam a valorização, a dignidade e o respeito propondo direitos, que têm como base os seguintes princípios: direito à moradia, lazer, justiça, transporte, proteção e saúde (Brasil, 2003; Indalencio, 2007).

Compreende-se que a dependência química é considerada um transtorno psiquiátrico, e por isso subentende-se como uma problemática de saúde pública, pois tal dependência ocasiona transformações nas relações intra e interpessoais dos idosos, afetando toda essa parcela da população, que faz uso abusivo de substâncias psicoativas (Pillon *et al*., 2010). Às consequências do uso disfuncional de substâncias psicoativas, resultam em problemas no ambiente de trabalho, conflitos familiares e perdas dos vínculos de amizades, assim como discriminação, abandono, solidão, depressão e outros tipos de adocimentos psíquicos. De acordo com Bowlby (1998), em situações de conflitos, que ocorrem na vida da pessoa idosa, como as perdas advindas do processo do envelhecimento, os lutos e as formas de apego que precisam ser elaboradas e ressignificadas, para que a pessoa idosa tenha uma vida emocional saudável; muitas vezes não ocorrem e a pessoa idosa, acaba encontrando nas substâncias psicoativas, um refúgio para se anestesiar e lidar com suas dores físicas e emocionais.

Sendo assim, torna-se importante pensar em políticas públicas que atendam essas demandas sociais, para que sejam efetivamente assegurados e garantidos os direitos preconizados na Constituição Federal Brasileira. Portanto, nesse estudo se observou a necessidade de entender essa interconexão que abrange o indivíduo idoso, o dinamismo que perpassa o envelhecimento, o uso abusivo de substâncias psicoativas, o adoecimento pela dependência química, o tratamento em comunidade terapêutica, tendo como proposta terapêutica a religiosidade e espiritualidade e as reincidências ao uso de substâncias psicoativas, na população de idosos ex-internos da CT GISEDA**.**

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ESTATUTO DA PESSOA IDOSA, PROCESSO E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

No Brasil, o indivíduo idoso é protegido pelo Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741, de 1 de Outubro de 2003), anteriormente Estatuto do Idoso, é uma lei destinada a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, onde fica estabelecido que a pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 2003). O Estatuto da Pessoa Idosa também prevê que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Após seis anos tramitando no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo então presidente em exercício, Luiz Inácio Lula da Silva no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade igual ou acima de 60 anos. O Estatuto da Pessoa Idosa institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade (Brasil, 2003). No ano de 2017, o Congresso Nacional editou a Lei nº 13.466, que define que, dentre as pessoas idosas, é assegurada prioridade especial às maiores de oitenta anos, atendendo-se às suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos (Brasil, 2003). A partir da vigência da Lei nº 13.466, as pessoas com mais de 60 anos contam com prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais, enquanto as com mais de 80 anos contam com superioridade (Brasil, 2003). Recentemente no ano de 2022, o Congresso Nacional editou a Lei nº 14.423 de 2022 para substituir, em toda a Legislação Nacional Brasileira, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões

“pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. A partir de então, o Estatuto do Idoso passou a se chamar Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003).

Partindo das diretrizes do Estatuto da Pessoa Idosa é importante compreender o processo do envelhecimento e o indivíduo idoso, "a pessoa idosa" em sua totalidade. Cabe ressaltar que no dia 14 de dezembro de 1990, a Assembleia Geral das Nações Unidas designou o dia 1º de outubro como o Dia Internacional das Pessoas Idosas. A data tem como objetivo sensibilizar para o impacto do envelhecimento da população e para a necessidade de garantir que as pessoas possam envelhecer com dignidade e continuar a participar na sociedade como cidadãos de plenos direitos (Organização das Nações Unidas, 1948).

A Organização das Nações Unidas (ONU) comemorou a data, em 2022, com o tema “Resiliência de pessoas idosas em um mundo em mudança”. A temática pretende incentivar os países a chamarem a atenção e a desafiarem estereótipos negativos e equivocados sobre as pessoas idosas e o envelhecimento, permitindo que esses indivíduos realizem seu potencial (Organização das Nações Unidas, 1948). No ano de 2023, a (ONU) apresentou o tema: “Cumprindo as Promessas da Declaração Universal dos Direitos Humanos dos Idosos: Ao longo de Gerações”, no dia internacional das pessoas idosas (Organização das Nações Unidas, 1948). O aumento da expectativa de vida, pode ser considerado uma conquista para a pessoa idosa, mesmo que essa conquista não esteja nem ao menos próxima do ideal; porém chegar à velhice, onde antigamente era privilégio de poucas pessoas, hoje vem se tornando mais comum, mesmo em países subdesenvolvidos, como no caso o Brasil. Esta conquista vem se transformando em grandes desafios para o século XXI (Rezende, 2008).

O envelhecimento populacional é um fenômeno recente na história da humanidade, sendo acompanhado de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais (Rezende, 2008). Envelhecer é um processo universal, progressivo, intrínseco, que ocorre de acordo com cada indivíduo e com o tempo. Sendo assim, um processo inato em que há um declínio dos processos biológicos do corpo e em decorrência desse fato todo o seu funcionamento pode ser afetado (Goulart *et al.,* 2010). Segundo Uchôa *et al*., (2002)

o envelhecimento é vivido de modo diferente por cada indivíduo, geração, sociedade e cultura. O envelhecimento é também reconhecido como “terceira idade”, sendo a última etapa do ciclo vital do ser humano anterior a “finitude”, termo denominado pelo pai da Psicanálise (Freud, 1917), como a morte do organismo. O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial do organismo sendo um processo do desenvolvimento normal, afetando todos os seres vivos levando a sua falência, morte do organismo (Uchôa, 2002).

No processo do envelhecimento a idade torna-se uma realidade biológica e sociocultural, sendo que cada etapa de seu desenvolvimento vem anexa à um novo papel social a ser exercido, expectativas e valores que influenciam a percepção que o indivíduo tem do mundo e consequentemente, seu modo de interagir com ele (Santos, *et al*., 1994). De acordo com (Kalache, 2008), o envelhecimento deve ser visto de maneira positiva, promovendo o conceito de “envelhecimento ativo”, que vai além de mera ausência de doenças e incapacidades, incentivando a manutenção da autonomia, a busca por novos desafios, o envolvimento com a comunidade e a continuidade do aprendizado ao longo da vida, providenciando condições que permitam às pessoas idosas viverem de maneira independente na sociedade.

O autor ainda enfatiza a importância e necessidade de políticas públicas que atendam às demandas da pessoa idosa, possibilitando a inclusão social, proporcionando oportunidades para um envelhecimento saudável e participativo, ressaltando a diversidade de experiências no processo do envelhecimento, destacando que não existe um único padrão para a velhice.

Na perspectiva do desenvolvimento humano, a velhice é a última etapa do ciclo vital. Segundo Erickson (1998), no estágio da integridade *versus* desespero o idoso faz uma reflexão sobre sua vida, sua história, o que fez e o que deixou de fazer. Entretanto, esse movimento retrospectivo pode ser vivenciado de diferentes formas. O idoso pode entrar em um período de desespero por acreditar que sua vida chega ao fim e não há mais tempo para realizações e desejos, ou ainda, pode sentir a sensação de dever cumprido e de integridade, repassando com sabedoria o conhecimento adquirido ao longo de toda sua vida. A velhice é difícil de ser definida, pois é um processo que envolve a maneira como o idoso se vê e se percebe, diante

da maneira como é visto e percebido pelos outros. Essa interrelação de olhares e visões é que vai constituir para cada um o conceito de velhice. Dessa maneira, a velhice se apresenta de maneira múltipla e diversificada. Não existe "a velhice", mas velhices (Altman, 2011).

Existem muitas maneiras de definir o envelhecimento. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) o classificam como:

> [...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (Brasil, 2006, p. 08).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), do ponto de vista cronológico, identifica o indivíduo como idoso quando tem idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2004).

É evidente que a população idosa vem crescendo, e percebe-se que a população mundial encontra-se em um processo de reestruturação demográfica que se caracteriza especialmente pela: a) queda da mortalidade infantil, b) queda da natalidade, c) avanços tecnológicos, d) melhores condições de saúde, e) programas de promoção à saúde e intervenções médicas bem sucedidas (Lisboa; Chianca, 2012; Worth, 2000; IBGE, 2012). No Brasil o número de idosos com 60 anos ou mais já é considerado expressivo, com prospecção de alcançar em 2050, 64 milhões de idosos, tornando o Brasil um dos países com o maior número de idosos no mundo nas próximas décadas (Feitosa *et al*., 2016). Os mesmos autores apontam que o número de idosos com 60 anos ou mais no Brasil já atingiu uma população de 20.220.000 indivíduos idosos, o que representa em torno de 10.6% do total da população nacional, alcançando um total de 28.300.000 indivíduos idosos no ano de 2020. Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018), em 2060 teremos 1 a cada 4 brasileiros acima de 65 anos, e o percentual que hoje é de 9,2% passará a 25,5%. Sendo assim, é importante compreender as implicações das mudanças demográficas atuais, bem como a transição epidemiológica, portanto, é crucial que as sociedades estejam preparadas para atender essa parcela expressiva da população de indivíduos idosos, pois o fato de as pessoas estarem vivendo mais,

não necessariamente significa que elas estão vivendo com melhor saúde, qualidade de vida e bem-estar e tendo suas necessidades devidamente atendidas Gato *et al*., (2018). A população idosa vem crescendo gradativamente no Brasil, com uma projeção para o ano de 2025 de 32 milhões de idosos, o que representará cerca de 15% do total da população brasileira (IBGE, 2012).

Estimativas apontam que brevemente, no ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas. Este fenômeno se deve especialmente aos avanços tecnológicos dentro da medicina, ao incremento na expectativa de vida, de forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice, tornando-se um grande desafio para os próximos anos (IBGE, 2018).

De acordo com Gato *et al*., (2018), envelhecer de modo saudável e bem sucedido é considerado quando a pessoa idosa tem autonomia, é ativo, lúcido, apresenta interação social é independente e não apresenta agravos a sua saúde física e mental. Diante do crescimento da população de pessoas idosas, um problema vem se mostrando preocupante para os profissionais de saúde e a saúde pública, esse problema tem sido o uso abusivo e descontrolado de substâncias psicoativas e consequentemente o adoecimento psiquiátrico pelo transtorno da dependência química (Frankl, 2020). Os impasses na promoção e prevenção da saúde no tocante ao uso de substâncias psicoativas pelos idosos se constitui assim, um enigma complexo, e multifatorial. Todavia, deixa evidente que as implicações subjetivas dos sujeitos precisam ser levadas em conta, é necessário pensar o indivíduo em sua totalidade, de modo a considerá-lo um ser único, auxiliando este indivíduo idoso, usuário de substâncias psicoativas no enfrentamento da dependência química (Frankl, 2020).

2.2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: LÍCITAS E ILÍCITAS E OS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno histórico-cultural, com implicações médicas, políticas, religiosas e econômicas (Minayo e Deslandes, 1998). A relação da humanidade com as substâncias psicoativas é um acontecimento antigo e persistente, onde as motivações para o consumo se

mostram diversas como: a busca pelo prazer, o alívio de preocupações e tensões, o controle do humor e a expansão da consciência (Filev, 2015). A expressão “substância psicoativa” (SPA), foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para substituir o termo “droga”, com sentido pejorativo que engloba toda substância, natural ou sintética, que ao ser utilizada pelo usuário, atua sobre o sistema nervoso central (SNC), modificando de algum modo, o psiquismo (Jacobina e Nery Filho *et al*., 1999). Essas alterações provocam mudanças no estado de consciência e no senso de percepção do usuário, uma vez que as substâncias psicoativas podem atuar no psiquismo apresentando-se com efeitos depressores, estimulantes ou perturbadoras do sistema nervoso central (SNC) (Lima, 1997).

O uso abusivo e descontrolado de substâncias psicoativas também é conhecido pelo termo drogadição que significa a junção das palavras: droga e adicção. Na medicina, a palavra “droga” refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças, aumentar o bem-estar físico ou mental. Na farmacologia, refere-se a agentes químicos que alteram os processos bioquímicos e fisiológicos (SENAD, 2010, p. 57). O termo “adicção”, por sua vez, refere-se à inclinação ou apego do indivíduo pelo uso continuado de uma substância psicoativa, que resulta na alteração do humor ou comportamento, apesar das consequências adversas de dependência, ou comprometimento neurológico (Kalina, 1999, p.24). Sendo assim, temos a palavra drogadição significando, segundo Kalina (1999, p. 20), a conduta de um indivíduo que perde a noção da realidade, comprometendo seu funcionamento mental. Na psiquiatria, este fenômeno é caracterizado no DSM-V (sigla em inglês para Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), como transtorno de dependência química, uma doença crônica, multifatorial, onde diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento, sendo classificada como um transtorno psiquiátrico, pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 2014).

As substâncias psicoativas lícitas são comercializadas livremente, de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de limitação de sua comercialização. Essas são substâncias naturais ou sintéticas, no qual seu uso acarreta modificações no organismo em uma ou mais funções, ocasionando

prejuízos à saúde física e mental do indivíduo (Araujo *et al.*, 2018). Por outro lado, as substâncias psicoativas ilícitas são aquelas cuja produção, comercialização e consumo são consideradas crime, sendo proibidas por leis específicas, que também acarretam modificações no organismo em uma ou mais funções, também ocasionando prejuízos à saúde física e mental do indivíduo (Araujo *et al.*, 2018).

O uso de substâncias psicoativas é uma prática humana milenar. Nas diversas sociedades, as substâncias psicoativas passaram a ser utilizadas com fins religiosos, culturais e medicinais. No entanto, em meados do século XX, o consumo destas, se transformou em preocupação mundial, devido aos danos sociais, à alta frequência de consumo e ao seu comércio ilegal (Oliveira *et al.*, 2017). O relatório da UNODC em 2019, descreveu que no Brasil, aproximadamente 585.000 pessoas tinham morrido em decorrência do uso de substâncias psicoativas em 2017, sendo a maior parte destas mortes associadas à infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV-AIDS) e a problemas decorrentes do uso de opioides. Em 2021, as estimativas cresceram, demonstrando que cerca de 5,5% da população entre 15 e 64 anos, já usou substâncias psicoativas pelo menos uma vez no ano anterior, enquanto 36,3 milhões de pessoas, ou 13% do número total de pessoas que usam substâncias psicoativas, sofrem de transtornos psiquiátricos associados a estas, em nível nacional.

Estimativas em nível mundial apontam que aproximadamente 230 milhões de pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, usam substâncias psicoativas ilícitas a cada ano, essas estimativas comprovam que o uso de substâncias psicoativas se apresentam na faixa etária da adolescência afetando a juventude, alcançando também a população de idosos. Destes, 27 milhões, correspondentes a 0,6% da população mundial, apresentam problemas decorrentes desta prática do uso abusivo de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas e/ou ilícitas (UNODC, 2021). Corroborando com essas estimativas Ballani *et al*., (2007), afirmam que o uso de substâncias psicoativas tem se tornado um problema de saúde pública, pois seu uso indevido tem ocasionado aumento de ocorrências sociais indesejáveis, como crises familiares, violências de modo amplo, violência doméstica, violência contra a mulher,

criminalidade e internações hospitalares evitáveis, aumentando a taxa de ocupação de leitos hospitalares e consequentemente, sobrecarga para o SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil. O uso de SPAs estão presentes em todas as classes sociais e se configuram como um dos grandes problemas da atualidade, ameaçando os valores políticos, econômicos e sociais. Além disso, o uso problemático de SPAs, contribuem para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internações hospitalares, elevando os índices de acidente de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras evitáveis, trazendo enorme repercussão social e econômica para a sociedade contemporânea (BARROS *et al*., 2008).

Nesse sentido, cabe refletir acerca da problemática do uso de substâncias psicoativas no contexto dos seus usuários, uma vez que, o uso abusivo e descontrolado, acarretando a dependência química possui ampla repercussão para o indivíduo, sua família, sociedade e saúde pública (Oliveira *et al.*, 2017). Com relação ao uso abusivo, Diehl *et al*., (2011), o definem como “uso problemático de substâncias psicoativas que possam gerar consequências adversas, como deterioração cognitiva e física, limitações nas atividades diárias e sociais ou no funcionamento normal do organismo do indivíduo”, ocasionando consequentemente a dependência química (DQ).

No Brasil, a utilização do uso de substâncias psicoativas vem sendo amplamente discutida devido à crescente preocupação com as consequências e os hábitos dos indivíduos, quanto ao consumo dessas substâncias psicoativas. Bem como o seu impacto social, econômico e suas implicações na saúde da população (Vale *et al*., 2014). Apesar dos elevados índices de consumo de substâncias psicoativas, ainda se observam deficiências no cuidado aos usuários destas substâncias psicoativas, pois há dificuldades em identificar os aspectos protetores e os fatores de risco que permeiam o seu uso disfuncional (Kassada *et al.*, 2013).

Assim, o uso abusivo de substâncias psicoativas é uma realidade que vem se apresentando como um problema de saúde pública, que afeta pessoas de todas as faixas etárias, incluindo os indivíduos idosos que se encontram na terceira idade. O uso abusivo das substâncias psicoativas vem impactando a população de idosos em todas as sociedades, com consequências biopsicossociais que precisam ser discutidas mundialmente (Laranjeira, 2013). Ainda o mesmo autor, reforça que o uso

abusivo de substâncias psicoativas é um tema que deve ser constantemente abordado por todos os profissionais que realizam atendimento a usuários de substâncias psicoativas, que apresentam o transtorno da dependência química.

Com vistas aos impactos causados pelo uso de substâncias psicoativas, distinguem-se em: a) fatores psicológicos, b) fatores sociais, c) fatores orgânicos. Os fatores psicológicos, correspondem a dificuldades de enfrentar situações compreendidas como problemas no cotidiano, baixa tolerância à frustração e tendência a quadros depressivos (Silva; Andrade, 2017).

No que se refere aos fatores sociais, entende-se que há alterações no ambiente familiar, com a produção de inseguranças e medos. Presença de conflitos nas relações interpessoais, que favorecem o retorno ao uso de substâncias psicoativas, ocasionando perdas nas relações sociais, como perda de contato com amigos e/ou entes queridos, além de dificuldades de retornar ao mercado de trabalho (Silva; Andrade, 2017). Cabe ressaltar que além de problemas à saúde, o uso abusivo de substâncias psicoativas tem proporcionado inúmeros problemas sociais como, por exemplo, o aumento da criminalidade, suicídio, elevada estatística do número de acidentes automobilísticos, superlotação dos presídios, violência de diversas formas, dentre outros (Barboza, 2014). Ainda com vistas aos fatores sociais, indivíduos que usam substâncias psicoativas tendem a ter comorbidades e transtornos psiquiátricos, apresentando-se vulneráveis, quanto a oscilações do humor e transtornos de ansiedade, impactando a família e a rede social destes indivíduos. Sendo assim, os fatores de risco podem se sobrepor às vulnerabilidades genéticas, haja vista que o ambiente propicia o adoecimento físico e psíquico desses indivíduos (DA SILVA, 2019). Neste sentido corrobora Destro (2018) indicando que:

> [...] as principais causas que levam ao uso de drogas na terceira idade são multifatoriais, pois estão presentes no âmbito psicológico, familiar, individual e social. Isto porque, no que tange o fator social, destacam-se a aposentadoria, isolamento social, preconceito, déficit de recursos pessoais e o local de habitação podem influenciar o uso de substância, facilitando-o ou sustentando-o. (Destro, 2018, p.8-9).

Por fim, os fatores orgânicos estão relacionados a lesões por causas externas, acidentes ou violências, que podem levar a morte ou gerar graves agravos

à saúde. Além disso, o uso de substâncias psicoativas pode levar a incoordenação motora, alterações do humor, alterações da personalidade e alterações do comportamento, uma vez que destroem os neurônios e diminuem a capacidade das pessoas em pensar. Em algumas pessoas pode levar a depressão ou esquizofrenia e até lesões em órgãos internos (DESTRO, 2018).

O Relatório Mundial de Drogas (UNODC, 2009), alerta que a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, deve ser visto como uma doença, pois quem usa drogas necessita de assistência médica e não de uma sanção criminal. Os usuários de substâncias psicoativas, são dependentes químicos e necessitam ser tratados como doentes, são considerados adictos, pois apresentam síndrome de dependência química, no entanto, muitas vezes são tratados como criminosos. No ano de 2015 o Relatório Mundial de Drogas apresentou estatisticamente um estudo, alertando que 250 milhões de pessoas fizeram uso de algum tipo de substância psicoativa lícita e/ou ilícita em todo o mundo, um percentual de 12% da população mundial desenvolve um padrão de uso arriscado, ao ponto de desenvolver dependência química e necessitar de tratamento clínico ambulatorial (UNODC, 2017). Recentemente o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC), apontou, em sua última edição (2022), que em 2020 cerca de 284 milhões de pessoas com idades entre 15 e 64 anos, usaram drogas em todo o mundo, um índice 26% maior que aquele encontrado dez anos antes. Isso representa um potencial de impacto devastador em relação à saúde e às condições socioeconômicas destas pessoas e suas famílias (UNODC, 2022).

Com relação aos impactos na saúde pública é observado o elevado crescimento ao uso das substâncias psicoativas lícitas, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde (MS), apontou que, em 2021, o índice médio de adultos de todas as idades incluindo idosos fumantes era de 9% e chegou a 18,3% o percentual; estes também afirmaram ter consumido quantidade significativa de bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias (Ministério da Saúde, 2021). Sobre o uso das substâncias psicoativas ilícitas, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, publicado em 2017 pela

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), apontou que as mais consumidas no país são a maconha 7,7% e a cocaína 3,1% dos participantes do levantamento, (17 mil pessoas de todo o país com idades entre 12 e 65 anos), afirmaram que haviam consumido estas substâncias psicoativas pelo menos uma vez na vida (Fiocruz, 2017).

Portanto, é imprescindível ter olhares sobre essas mazelas sociais e produzir pesquisas para fins, de alertar quanto às políticas públicas que podem promover a promoção e prevenção à saúde das pessoas acometidas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, em especial os idosos, evitando assim, a reincidência ao uso de substâncias psicoativas, o agravamento de doenças psíquicas, físicas e orgânicas, inclusive na prevenção de mortes prematuras nesta faixa etária da população de idosos, mitigando assim os impactos na saúde pública. De acordo com (MOREIRA, 2006), é notório os impactos na saúde pública, quanto ao uso de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas e/ou ilícitas, acarretando aumento de problemas na saúde mental, dependência química e consequências sociais. Além disso, sobrecarrega os sistemas de saúde e serviços de emergência devido às complicações do uso abusivo de substâncias psicoativas. Ainda sobre os impactos na saúde pública, devido ao uso de SPAs (Gomes, 2018), afirma ser necessário a prevenção e tratamentos adequados abrangendo abordagens e medidas de redução de danos como: a) educação; campanhas educativas para aumentar a conscientização sobre os riscos do uso de SPAs, b) acesso a tratamento; ampliação a programas de tratamento para dependentes químicos, incluindo terapias comportamentais e uso de medicamentos, quando necessário, promoção de serviços de reabilitação e suporte social apoiando a recuperação, c) reformas na política sobre drogas; abordagens centradas na saúde em vez de criminalização, regulação responsável de SPAs minimizando o mercado ilegal, d) apoio social; desenvolvimento de redes de apoio social auxiliando a reintegração de ex-usuários de SPAs à comunidade, e) pesquisas e monitoramento; investimento em pesquisas para atender melhor os padrões de uso e seus impactos, implementação de sistemas eficazes de monitoramento avaliando a eficácia das intervenções.

2.3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E REINCIDÊNCIA AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM IDOSOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994) a dependência química (DQ) é compreendida como um transtorno mental e comportamental, incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), onde caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. A dependência química apresenta-se como uma doença incurável, progressiva e fatal, porém possui tratamento; o uso contínuo de uma determinada substância psicoativa, se transforma em abuso, posteriormente em hábito até a instalação da dependência química, ocasionando problemas significativos em diferentes âmbitos da vida de um indivíduo. De modo geral, os manuais apontam não só os danos que as substâncias psicoativas podem provocar no uso abusivo e descontrolado até a instalação da dependência química, mas também as consequências da falta do consumo destas SPAs, no caso da abstinência (APA, 2014). É sabido que a dependência química é uma doença causada por uma multiplicidade de fatores e que necessita de tratamento clínico, farmacológico e de intervenções com abordagem psicossocial, que contemple as necessidades de saúde do usuário de substâncias psicoativas e também de sua família. Essas intervenções clínicas nos cuidados com a saúde são essenciais para estabelecer condições que viabilizem o tratamento, a fim de estabilizar o agravamento da dependência química, garantindo a remissão dos sintomas de abstinência, evitando a reincidência ao uso das substâncias psicoativas (Louzã Neto, 2007).

A dependência química apresenta-se como um problema social em todos os países, incluindo o Brasil e as consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas atingem o usuário, sua família e suas relações sociais impactando a sociedade em geral. A problemática da dependência química vem sendo discutida em vários segmentos sociais e estudada por especialistas no mundo inteiro, por

tratar-se de um fenômeno complexo, dinâmico e um problema de ordem legal, social e sanitária (Silva *et al*., 2010). A dependência química pode afetar qualquer pessoa, independentemente de idade, incluindo “idosos”, gênero, classe social, ambiente onde vivem, hereditariedade ou *“background*”, condições prévias que podem influenciar a predisposição à dependência química. Fatores genéticos, ambientais, psicológicos e sociais desempenham um papel importante na predisposição à dependência química. A dependência química e a reincidência ao uso de substâncias psicoativas em idosos é explicada pelos autores (Kuerbis *et al*., 2014; Diniz *et al*., 2017), que apontam como principais motivos o fenômeno baby boom. Baby boomers, são aqueles indivíduos que nasceram entre as décadas de 40 e 60. Essa geração, além de sua grande quantidade numérica, apresentou uma maior exposição e continuidade do uso de substâncias psicoativas.

Os autores (Gossip; Moos, 2008), mencionam sobre a reincidência ao uso de substâncias psicoativas dizendo que os usuários mais velhos podem ser classificados em duas categorias: "sobreviventes", ou seja, pessoas que iniciaram na juventude e que têm uma longa história de consumo, ou "reativos", que são aqueles que se iniciaram tardiamente no uso das substâncias psicoativas, provavelmente devido a problemas vivenciados no decorrer da vida. Porém independentemente dessa classificação, o processo de envelhecimento pode desencadear problemas psicológicos, sociais e de saúde que potencializam a probabilidade e a propensão a recidivas ao uso e abuso das substâncias psicoativas, agravando simultaneamente esses problemas preexistentes. Ainda sobre a reincidência ao uso de substâncias psicoativas no indivíduo idoso (Roibás; Melendro; Montes, 2010), apontam alguns fatores de risco como: déficit de recursos pessoais, baixa qualificação laboral, limitada inteligência emocional, escassa crença nas próprias possibilidades, baixo autoconceito e sensação de incapacidade para dirigir a própria vida, bem como a ruptura progressiva dos laços sociais (familiares, laborais e de amizade), contribuem para incrementar a deterioração psíquica crônica, reforçando a necessidade de prover um alto nível de atenção sanitária específica. A adesão ao tratamento da dependência química é norteada por vários desafios, sendo que na maioria das vezes, este é interrompido pela reincidência ao uso das substâncias psicoativas,

caracterizando assim, a recaída. A baixa adesão e a falta de motivação para o tratamento ocasionam altas taxas de recaídas, demonstrando que a dependência química apresenta-se como um processo dinâmico, complexo, complicado e doloroso para os idosos e muitas vezes para seus familiares (Sousa *et al*., 2013).

Sendo assim o uso/abuso de substâncias psicoativas, enquanto tal, é uma atitude comunicativa do indivíduo. Em tempos arcaicos (Freud, 2011), já compreendia o recurso ao uso de substâncias psicoativas como uma forma de tentar lidar com o mal-estar, mas que tinha potencial de causar um sofrimento mais intenso conforme o uso abusivo destas SPAs. O mesmo autor explica a reincidência ao uso de SPAs em sua obra em “Além do Princípio do Prazer”, sugerindo que as pessoas têm uma tendência inconsciente a repetir padrões de comportamentos, muitas vezes de maneira automática, como uma forma de lidar com experiências traumáticas não resolvidas. A compulsão à repetição pode influenciar relações interpessoais e comportamentos, sendo uma expressão do conflito psíquico subjacente. Por trás da compulsão à repetição do desprazer, encontramos, também, alguma satisfação prazerosa, ou seja, o prazer do efeito das SPAs, relaciona-se com o desprazer, a angústia e a autodestruição, essa última comandada pela pulsão de morte (Freud, 1920). O consumo e a reincidência ao uso de substâncias psicoativas é uma forma de expressão e percepção de si mesmo, numa relação que inclui os outros e o ambiente em que se vive (Leite; Gomes, 1998).

A reincidência, com o passar do tempo, torna-se um fator recorrente na vida dos usuários de substâncias psicoativas, pois é muito raro o dependente químico conseguir se manter abstinente após uma única tentativa de afastar-se do uso de substâncias psicoativas. A análise de reincidências ao longo do tempo mostrou que a estabilização da taxa de ocorrência começa a acontecer aproximadamente 90 dias após o início da abstinência. No entanto, os 12 primeiros meses são considerados como período de alto risco de acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A recaída e/ou reincidência ao uso de substâncias psicoativas ocorre por motivos relacionados a fatores externos e/ou internos, onde o usuário de substâncias psicoativas não consegue manejar e/ou enfrentar determinada situação. As recidivas ao uso estão diretamente ligadas à dificuldade na interrelação com

situações ambientais, falta de habilidades de enfrentamento, falta de controle pessoal e muitas vezes a necessidade dos efeitos positivos da substância psicoativa no organismo (JACINTO, 2014). O afastamento do usuário de substâncias psicoativas e a falta de vínculo com serviços de apoio no pós-alta do tratamento para a dependência química, pode estar diretamente relacionado à recaída, pois frequentar grupos de autoajuda ou serviços especializados, como Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD), Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), fortalece habilidades de enfrentamento deste usuário, frente a situações de risco. A recaída e/ou reincidência ao uso de substâncias psicoativas não é somente uma questão de escolha, é também atravessada por questões comportamentais que envolvem a capacidade de evitar fatores de risco, colocando em prática a utilização de fatores de proteção. Porém, para que o dependente químico possa evitar fatores e eventos negativos, o mesmo precisa antes de tudo, não só identificá-los, mas também ter consciência de sua inabilidade na condução dos mesmos. É a partir do reconhecimento e conscientização destes, que o dependente químico poderá aumentar seu repertório de habilidades e estratégias no enfrentamento e/ou antecipação de comportamentos que possam indicar possível recaída. A recaída não deve ter uma conotação de fracasso, mas devemos olhar como um aprendizado (Silva *et al*., 2010). Para o adicto, usuário de substâncias psicoativas essa recaída, reincidência ao uso, pode fazê-lo repensar sobre sua situação, e ao passar por isso, pode criar novas estratégias para a diminuição das mesmas e com isso, o adicto pode aumentar sua percepção e reconhecer acontecimentos que o levam a recair. Sendo assim, as recaídas fazem parte do processo no tratamento da dependência química (JACINTO, 2014). A recaída é um processo que apresenta sintomas da doença, após um período de abstinência, e como tal, pode ser um facilitador, pois nela, o dependente químico, em muitas das vezes, toma consciência que tem uma doença crônica e que pode ser recorrente. E nesse processo o “adicto", usuário de substâncias psicoativas, não busca apenas a abstinência e a prevenção de recaídas, mas também, uma busca na integração da sociedade e de sua autonomia (Jacinto, 2014).

De acordo com Destro (2018), os indivíduos idosos apresentam maior vulnerabilidade de agravos à saúde relacionados a recidivas ao uso abusivo de substâncias psicoativas, mesmo em quantidades menores, pois esta população já apresenta como um fator natural biológico as mudanças fisiológicas específicas inerentes à própria idade, ocasionando a aceleração de morbidades médicas em alguns casos. Ainda segundo Destro (2018), o número de indivíduos idosos diagnosticados com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, ainda é menor quando comparados à população em geral. O uso abusivo de substâncias psicoativas pelos idosos acarretam problemas ao processo de envelhecimento como incapacidade para realizar suas atividades diárias, além do surgimento de doenças debilitantes. Além disso, o sofrimento psíquico do idoso que faz uso de substâncias psicoativas está relacionado com as perdas materiais, espirituais, de autoestima e danos familiares (Wallace, 2010).

Muitas vezes, o idoso pode apresentar reincidência vindo a fazer uso de substâncias psicoativas no intuito de se automedicar, procurando aliviar suas dores físicas e emocionais. Muitos idosos, fazem uso de múltiplas substâncias psicoativas e quando apresentam recidivas ao uso, acabam piorando sobremaneira suas condições de saúde física e psíquica (Ribeiro, 2013). A reincidência ao uso de substâncias psicoativas é sim um entrave no tocante ao tratamento da dependência química; no entanto, existem várias modalidades de tratamento e a eficácia muitas vezes é questionável. As modalidades mais conhecidas de tratamentos são: medicamentosa, com ou sem internação; tratamentos não medicamentosos, com internação; tratamentos não medicamentosos, através do ingresso em grupos de ajuda mútua; terapia cognitivo-comportamental e tratamentos baseados na redução de danos (Ribeiro, 2013).

A maioria dos tratamentos é baseada na abstinência ao uso de substâncias psicoativas, sendo assim, um dos fatores importantes que auxilia na eficácia do tratamento é a adesão voluntária do usuário de substâncias psicoativas ao tratamento, pois o “querer se tratar” facilita a conscientização em relação à incapacidade e/ou dificuldade em lidar com o acúmulo de fatores de ordem emocional, subjetiva e social, que podem induzi-lo à recaída (Alves, 2009). O

tratamento para usuários de substâncias psicoativas, geralmente são realizados em Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD), grupos de apoio como: Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) e ainda em Comunidades Terapêuticas (CTs). Estas são consideradas instituições totais, já que mesmo a partir da internação voluntária, preconiza a abstinência total, bem como regras referentes à rotina da vida diária e participação em grupos em regime integral, sendo que algumas delas, ainda, têm a religião e a espiritualidade associadas como apoio ao tratamento (Alves, 2009).

Acredita-se que o tratamento ideal para os usuários de substâncias psicoativas seria aquele que abordasse diversos fatores, levando em consideração que a dependência química é uma doença que engloba uma multiplicidade de fatores biopsicossociais. Nas últimas décadas, várias pesquisas reconhecem o ser humano como um ente bio-psico-social-espiritual, evidenciando com seriedade e profundidade a inserção da dimensão espiritual como parte inerente do ser que diz respeito a seus melhores potenciais, necessários à saúde (Backes *et al*., 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), vem construindo e solidificando o conceito de saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social, espiritual e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Este conceito ampliado de saúde reconhece que, além desses elementos essenciais de vida do ser humano, a dimensão espiritual do ser deve ser reconhecida (Backes *et al*., 2012). A dependência química em idosos vem se apresentando como uma preocupação crescente, muitas vezes relacionada a condições de saúde mental e isolamento social. As recaídas ao uso/abuso e dependência, podem ocorrer devido a fatores como solidão, problemas de saúde ou falta de suporte. É crucial abordar essas questões com cuidado, envolvendo profissionais de saúde e familiares para oferecer o apoio necessário ao idoso (Backes *et al*., 2012).

2.4 TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E O MODELO RELIGIOSO-ESPIRITUAL

As Comunidades Terapêuticas (CTs), são instituições que prestam serviços de atenção aos indivíduos com transtornos decorrentes do uso, abuso ou

dependência de substâncias psicoativas (SPAs), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares, (instituições estas reguladas pela RDC Anvisa n° 29/2011), essas instituições acabaram ficando conhecidas popularmente como Comunidades Terapêuticas (ANVISA, 2011). As Comunidades Terapêuticas não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e tampouco o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), porém são equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, de modo que as referidas instituições denominadas Comunidades Terapêuticas CTs, integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-SISNAD, por força do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019.

No Brasil, o atendimento dos indivíduos com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas é gerido pela portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual regulamenta toda a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (BRASIL, 2011). A referida portaria institui os componentes que são constituintes da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS. Dentre estes estão a atenção psicossocial especializada, via os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, e a Atenção Residencial de Caráter Transitório, que se subdivide em: a) unidades de acolhimento e b) serviços de atenção em regime residencial, dentre as quais se destacam as comunidades terapêuticas.

As comunidades terapêuticas são locais que ofertam cuidados referentes à saúde, de caráter residencial transitório, em um período de até 9 (nove) meses para adultos que apresentam necessidades clínicas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (Brasil, 2011).

No Brasil, os indivíduos com necessidades decorrentes do uso disfuncional de substâncias psicoativas, podem realizar o tratamento para dependência química, nas instituições denominadas comunidades terapêuticas. As comunidades terapêuticas não faziam parte da rede de atenção à saúde, já que não eram consideradas serviços de saúde. Sua regulamentação para funcionar como instituição de tratamento de usuários de substâncias psicoativas se dá pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, (ANVISA) através da Resolução - RDC n.º 101

(Fátima, 2015). Entretanto, seu acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) como serviço de atenção da rede pública acontece desde 2011. Sobre o respaldo da Resolução nº1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD, 2015), regulamenta que as instituições que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, dependentes de substâncias psicoativas, entre estas, as comunidades terapêuticas, são as responsáveis pela articulação com a rede de saúde disponível no território. Porém, não são elencadas como “equipamentos” de saúde e sim de “apoio”, destoando do preconizado pela RAPS supracitada e contrariando as legislações correlatas (Silva; Calheiros, 2017). Controvérsias à parte, em síntese, comunidades terapêuticas são instituições de atendimento ao usuário de substâncias psicoativas, de caráter não-governamental, em ambiente não-hospitalar, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares (Fracasso, 2014). O que habitualmente ocorre nos tratamentos em comunidades terapêuticas é o emprego do modelo religioso-espiritual, procurando assim, evitar possíveis reincidências, mantendo estes usuários afastados do uso, abuso e dependência das substâncias psicoativas, objetivando a abstinência (Damas, 2013).

As comunidades terapêuticas são instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas de cada indivíduo anteriores ao seu ingresso no tratamento (Fossi, 2015). Estas possuem um programa específico de tratamento, que dura de seis a doze meses, conforme a instituição, regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas por todos que ingressam na instituição. As visitas dos familiares são moderadas e restritas e o contato com o mundo externo é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais.

As comunidades terapêuticas brasileiras atendem uma parcela da população acometida com transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas e suas mazelas (Damas, 2013). Para Woerner (2014), às comunidades terapêuticas têm se mostrado dispositivos ativos na atenção, acolhimento, tratamento e recuperação da dependência química, procurando manter esses usuários abstinentes ao uso de SPAs. Para a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas FEBRACT (2014),

os elementos essenciais que compõem o tratamento praticado nas comunidades terapêuticas são: abstinência, espiritualidade sem imposição de crenças religiosas, internação e permanência voluntária, ambiente residencial com características de relações familiares, respaldo técnico e ético, abrangendo assistência social e acompanhamento psicológico, convivência entre pares, oportunizando a socialização, critérios de admissão, permanência e alta definidas com o conhecimento antecipado por parte do interno e sua família, aceitação e participação ativa no programa terapêutico, tanto pelos internos quanto pelos seus familiares, laborterapia, utilização do trabalho, como valor educativo e terapêutico, estudo e ensino bíblico, ressocialização, visita familiar mensal e acompanhamento pós-tratamento de no mínimo um ano após o episódio da internação.

Cabe destacar que dentre o tratamento, compreendendo o plano terapêutico, a religiosidade e a espiritualidade, são elementos essenciais que vem se mostrando um fator protetor e preventivo no âmbito das comunidades terapêuticas para o tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas. Estando associadas a melhores habilidades de vida e ao bem-estar físico e mental do indivíduo (Zerbetto, 2017). Contudo, a grande maioria das comunidades terapêuticas, são de cunho confessional no contexto religioso-espiritual e nelas são construídos protocolos de promoção à saúde que contemplam práticas religiosas e/ou espirituais através do estudo e ensino bíblico.

Neste sentido, destaca Loeck (2018), que o tratamento nas referidas instituições tem como base um tripé de espiritualidade, disciplina e trabalho, bem como a total abstinência do uso de substâncias psicoativas. Os tratamentos para dependência química que se alicerçam na espiritualidade buscam estabelecer relações que vise um ao outro como protetor e cuidador, podendo ser uma entidade espiritual. Além disso, esses tratamentos apostam no convívio entre os pares onde cada pessoa “compartilha” de um mesmo problema (Loeck, 2018). Ainda, o tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas se mostram efetivos, implicando em intervenções específicas que sejam eficazes na redução e/ou interrupção, ficando o indivíduo abstinente do consumo de substâncias psicoativas, visando a melhora na saúde do indivíduo, a prevenção de danos, a

reinserção social e o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento do cotidiano pós-tratamento (Ribeiro, 2017).

Quanto ao tratamento para recuperação da dependência química nas comunidades terapêuticas, predominam três modelos de Comunidades Terapêuticas CTs: religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; científico, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; e misto, que une as modalidades anteriores. Há, ainda, contribuições da metodologia Minessota de “essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e nos 12 passos”, cujo tratamento “busca a incutir esperança através da confiança no poder divino superior” e do método Synanon, “de essência predominantemente analítica”, baseado na “autoconfiança do indivíduo” e na laborterapia (Damas, 2013).

Algumas diretrizes básicas podem ser reconhecidas em todas as propostas: as CTs compõem-se de um sistema estruturado, com limites, regras, horários e responsabilidades claras, geralmente encontram-se em locais afastados dos centros urbanos. Baseiam-se na disciplina e em normas estritas, como: afastamento do meio social, trabalho em grupo, laborterapia, abstinência das substâncias psicoativas e atividades sexuais e aplicação de penalidades aos desvios conforme regulamento da instituição. Os internos “recuperados” que completaram o tempo previsto de tratamento, têm função de apoio no tratamento da dependência química dos demais e grande parte do trabalho é voluntário (Ribeiro, 2015). Recentemente a Comissão de Assuntos Sociais (CAS), aprovou no dia 28 de fevereiro de 2024, o projeto que estabelece o dia 18 de agosto como o Dia Nacional das Comunidades Terapêuticas. O Projeto de lei 3.945/2023, do senador Flávio Arns (PSB-PR), recebeu voto favorável do relator, o senador Paulo Paim (PT-RS); o dia escolhido para a efeméride refere-se ao dia 18 de agosto de 2012, data da criação da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (Confenact) Senado Federal, 2024. A reintegração social é um pilar fundamental das comunidades terapêuticas, capacitando os indivíduos a reconstruir relações saudáveis e a forjar um futuro renovado. A jornada da recuperação da dependência química é desafiadora, mas a solidariedade e o apoio encontrado nas CTs oferecem um suporte crucial para a transformação pessoal (Senado Federal, 2024).

Destaca-se nas comunidades terapêuticas o tratamento com o componente religioso-espiritual e há prevalência de instituições católicas e evangélicas (Fracasso, 2011). Quanto ao tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas, cabe ressaltar o modelo religioso-espiritual, destacando suas especificidades. A espiritualidade é a dimensão peculiar de todo ser humano e o impulsiona na busca do sagrado, da experiência transcendente na tentativa de dar sentido e resposta aos aspectos fundamentais da vida. A espiritualidade não é monopólio das religiões ou de algum movimento espiritual. Ela é inerente ao ser humano. É a dimensão que eleva a pessoa para além de seu universo e a coloca frente às suas questões mais profundas, as que brotam da sua interioridade, no anseio de encontrar resposta às perguntas existenciais: De onde vim? Para onde vou? Qual é o sentido da minha vida? Que lugar eu ocupo neste Universo? Que propósito tem minha vida? Por que aconteceu isso comigo? Visto que a questão fundamental do ser humano contemporâneo é a de busca de sentido (Boff, 2006; Silva; Siqueira, 2009; Zohar; Marshall, 2012).

Atenta à relevância da espiritualidade para a integralidade da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), incluiu no ano de 1988, a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, referindo-a aquelas questões de significado e sentido da vida e não a restringindo a nenhum tipo específico de crença ou prática religiosa (Oliveira; Junges, 2012). Enquanto a religião é, para Silva e Siqueira (2009), da ordem do institucional, a religiosidade é compreendida na dimensão pessoal. A religiosidade é expressão ou prática daquele que crê, que pode estar relacionada com uma instituição religiosa.

Esta possibilita ao sujeito experiências místicas, mágicas e esotéricas. Corroborando com essa diferenciação, o estudo de Oliveira e Junges (2012), revelou que para a maioria de seus entrevistados, a religiosidade é expressão da própria espiritualidade. Também para Silva e Siqueira (2009), a palavra religião é proveniente do latim “religio” e “ligare”, que significa ligar de novo, compreendendo a busca de Deus por parte das pessoas. As religiões têm como base um aspecto misterioso e cativante, no sentido de apoderar o ser humano na ideia de haver algo que é sentido no cotidiano da existência humana que é transcendental. Sendo que a

religião é composta por determinadas crenças e ritos, compreendida como meios que levam a salvação do transcendente. Já o conceito de religião inclui o conceito institucional e doutrinário através de alguma forma de vivência religiosa (Oliveira; Junges, 2012).

Essa relação acontece de forma institucionalizada, como espaço de socialização de uma doutrina praticada entre os membros da instituição, numa estrutura formal hierarquizada. Nessa perspectiva, Oliveira e Junges (2012) consideram que a espiritualidade e a religiosidade englobam a dimensão essencialmente experiencial. Já a religião é voltada ao aspecto institucional e doutrinário. Assim, a religião é organizada em forma de atividades institucionalizadas, valendo-se de um templo e de um sistema de ofícios (Simão, 2010). No tocante à religiosidade e a espiritualidade Pirutinsk, Carp e Rosmarin (2017), afirmam que em todas as sociedades e culturas são encontradas as crenças em seres, forças ou poderes que não são materiais, e sim espirituais, que transcendem a experiência física.

Para Duarte *et al*., (2008), as crenças religiosas, são práticas de devoção e atividades ligadas a grupos religiosos, são percebidas mais comumente entre os idosos do que em outras faixas etárias, assim como ocorre o diálogo espiritual solitário e introspectivo como reflexão e contemplação da inefável finitude da vida (Costa; Gottlieb; Moriguchi, 2012). Para as pessoas idosas, as questões relacionadas à religiosidade têm significado muito especial, principalmente entre aqueles que vivenciam problemas de saúde, seja por doenças ou por agravos decorrentes destas (Cardoso; Ferreira, 2009).

Para os autores Andrade *et al*., (2018 *apud* Lopes, 2017), quando as pessoas se encontram em situações de fragilidade e adoecimento, a espiritualidade e a religiosidade são muito importantes, sendo associadas de alguma maneira, quanto a melhora da saúde e resiliência das pessoas diante de suas vulnerabilidades. Os mesmos autores definem que religiosidade é a crença com práticas a alguma instituição religiosa organizada, associada ao coletivo. E a espiritualidade envolve um sentido de bem-estar com algo maior, divino, fornecendo um sentido e significado maior à vida e à existência, indo além da religião e religiosidade.

A compreensão do papel da religião e espiritualidade na vida das pessoas idosas faz-se necessária, pois pode ser um suporte importante para o enfrentamento das adversidades, uma vez que, no avanço da idade, se têm múltiplos desafios, dentre eles, as modificações fisiológicas próprias do processo do envelhecimento, comprometimento do estado de saúde, as perdas e mudanças dos papéis sociais, a dependência diante das limitações físicas e até mesmo, perdas e lutos de entes familiares, frente a essas perdas o conforto espiritual é uma estratégia de enfrentamento favorável (Ribeiro *et al.*, 2017).

Para tanto, é necessário considerar as diferentes dimensões que compõem o ser humano. Dentre elas, encontram-se a espiritualidade e a religiosidade, consideradas importantes aliadas na vida das pessoas e, em parte, responsáveis por ajudar a prevenir comportamentos autodestrutivos relacionados à reincidência ao uso abuso de substâncias psicoativas (Backes, 2012). A espiritualidade e a religiosidade são construtos distintos, uma vez que, a espiritualidade engloba o domínio existencial e a essência do que é o ser humano, fornecendo significado para a vida mediante sentimentos de esperança e fé, capazes de promover o bem-estar dos indivíduos. A religiosidade, por sua vez, é a expressão da espiritualidade caracterizada pela adoção de valores, crenças e práticas ritualísticas (Nascimento, 2013).

Nessa perspectiva, a religiosidade e a espiritualidade constituem-se temas de suma relevância, visto que influenciam na saúde física e mental dos indivíduos, porém têm sido negligenciada pela área da psiquiatria nos seus estudos e programas de tratamento e prevenção. Nas pesquisas realizadas na população geral, essas variáveis são exploradas apenas como uma das informações sociodemográficas, o que dificulta a compreensão mais ampliada do modo como a religiosidade e a espiritualidade influencia os indivíduos, especialmente no contexto dos indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas (Pillon *et al.*, 2010).

Existem pesquisas que mostram que a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas à saúde física e mental, na redução do índice de suicídio, uso/abuso de multiplas substâncias psicoativas, na delinquência e na depressão. Da mesma

forma, aumentando o bem-estar e a longevidade dos indivíduos que delas se utilizam (Moreira-Almeida *et al*., 2006; Sanchez; Nappo, 2007/2008; Panzini, Rocha, Bandeira; Fleck, 2007; Panzini; Bandeira, 2005).

De acordo com Erikson (1998), a espiritualidade pode auxiliar o idoso na aceitação da finitude e a reduzir o medo da morte, dando um sentido a sua existência transformando suas relações interpessoais e consigo mesmo. A espiritualidade envolve um sentido de bem-estar com algo maior, divino, fornecendo um sentido e significado maior à vida e a existência, indo além da religião e religiosidade (Andrade *et al*., 2018; Lopes, 2017). A frequência constante a uma igreja, a prática dos conceitos propostos por uma religião e a importância dada à religião e à educação religiosa na infância são possíveis fatores protetores do consumo de SPAs. Verifica-se também uma possível influência positiva da religiosidade para a recuperação dos dependentes de SPAs. Nesse quesito, a maior parte dos estudos foca tratamentos baseados nos 12 passos do AA, estando estes alicerçados na espiritualidade, mas não pautados em uma religiosidade específica. No que diz respeito aos "tratamentos religiosos" para a dependência de SPAs, poucos estudos científicos têm avaliado esse tipo de intervenção, mesmo sabendo-se que, no Brasil, a cada dia proliferam as igrejas protestantes que se oferecem para curar a dependência química dos seus novos adeptos. A quase totalidade dos trabalhos científicos indexados tem caráter quantitativo e transversal, não enfocando os mecanismos ou as variáveis de causalidade. Dessa maneira, um amplo campo de pesquisa mantém-se aberto nesta área de conhecimento, exigindo mais estudos que permitam a compreensão dos processos da ação da fé religiosa na prevenção primária do consumo de drogas e, especialmente, no tratamento da dependência (Sanchez *et al*., 2007). Conforme os autores (Sanchez *et al*., 2007) apontam para evidências de que as pessoas que frequentam regularmente um culto religioso, ou que dão relevante importância à sua crença religiosa, ou ainda que praticam, no cotidiano, as propostas da religião professada, apresentam menores índices de consumo de SPAs lícitas e ilícitas. Além disso, os dependentes de SPAs apresentam melhores índices de recuperação quando seu tratamento é permeado

por uma abordagem religiosa-espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes químicos que são tratados exclusivamente através da medicina.

Controvérsias à parte é importante destacar que o tratamento da dependência química, com a utilização do método religioso-espiritual, como proposta terapêutica em CTs, podem apresentar aspectos negativos como: a) exclusão de outras crenças, alguns programas de tratamento religioso podem marginalizar ou excluir indivíduos que não compartilham das mesmas crenças, o que pode criar um ambiente de exclusão ou alienação para alguns; b) pressão religiosa, alguns indivíduos podem sentir-se pressionados a adotar crenças religiosas-espirituais como parte do tratamento, o que pode levar a conflitos internos e até mesmo resistência ao tratamento; c) falta de evidências científicas, a eficácia de abordagens religiosas-espirituais no tratamento da dependência química nem sempre é respaldada por evidências científicas sólidas, o que pode levantar questões sobre a validade do método; d) vulnerabilidade emocional, a religiosidade e a espiritualidade no tratamento da DQ pode explorar a vulnerabilidade emocional dos indivíduos, levando-os a aceitar crenças ou práticas que podem não ser benéficas para sua saúde mental a longo prazo (Souza, 2015). Provar a eficácia da religiosidade e espiritualidade no tratamento da recuperação da dependência química através do uso disfuncional de SPAs é um desafio, pois envolve múltiplos fatores e variáveis muito distintas. Sendo assim, se percebe a importância de maiores estudos que possam de fato comprovar a real eficácia da religiosidade e espiritualidade no tratamento de saúde dos usuários de SPAs (Souza, 2015). Os estudiosos na grande maioria das pesquisas presentes na literatura brasileira, quanto na literatura internacional, apontam a necessidade de estudos mais extensos que possam comprovar a eficácia da religiosidade e espiritualidade no tratamento de usuários de SPAs como: a) estudos controlados randomizados (ECRs), que possam comparar a eficácia de programas de tratamento religioso-espiritual com programas secularizados ou outros métodos de intervenção, incluindo medidas objetivas de resultados, como taxas de abstinência, recaídas, saúde mental e qualidade de vida; b) avaliações longitudinais, onde os participantes possam ser acompanhados ao longo do tempo para avaliar a durabilidade dos efeitos do tratamento

religioso-espiritual, identificando se há melhorias a longo prazo na sobriedade e no bem-estar emocional; c) análises qualitativas, avaliando usuários que passaram por programas de tratamento religioso-espiritual, entendendo suas percepções e experiências, incluindo como a religiosidade e espiritualidade influenciou sua recuperação e quais aspectos específicos do programa foram mais úteis; d) avaliações de custo-benefício, analisando os custos associados aos programas de tratamento religioso-espiritual em comparação com outros métodos e determinar se eles fornecem uma boa relação custo-benefício em termos de resultados alcançados; e) meta-análises e revisões sistemáticas, reunindo e analisando dados de múltiplos estudos para avaliar a consistência e magnitude dos efeitos da religiosidade no tratamento do uso abusivo de SPAs em uma escala mais ampla. Cabe ressaltar que, independentemente do método utilizado, é essencial que a pesquisa seja conduzida de forma ética e imparcial, e que os resultados sejam interpretados com cuidado, levando em consideração as limitações de cada estudo (Souza, 2015).

Conforme estudo de (Sanchez *et al*., 2008), avaliando as intervenções quanto a religiosidade e espiritualidade em dependentes químicos, na cidade de São Paulo-SP, os usuários participantes relatam que o que os manteve abstinentes do consumo de SPAs foi muito mais do que a fé religiosa. Contribuíram para isso o suporte, a pressão positiva e o acolhimento recebido no grupo, e a oferta de reestruturação da vida com o apoio incondicional dos líderes religiosos. A relação entre religiosidade-espiritualidade e tratamento da dependência química é controversa. Outros estudos sugerem que a participação em práticas religiosas-espirituais podem ajudar na recuperação da dependência química, oferecendo apoio social e uma estrutura moral. No entanto, outros pesquisadores apontam que a eficácia desses métodos podem depender de vários fatores, como a intensidade da crença religiosa e a adequação do tratamento. Além disso, há preocupações éticas sobre a imposição de crenças religiosas-espirituais em contextos de tratamento, especialmente em programas financiados pelo governo. Em última análise, a abordagem mais eficaz para o tratamento da dependência química, pode ser uma que respeite a diversidade de crenças e valores dos

indivíduos enquanto oferece apoio holístico para a recuperação da dependência química (Sanchez *et al*., 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as interconexões entre religiosidade-espiritualidade e as reincidências no uso de substâncias psicoativas em idosos ex-internos, após tratamento para recuperação da dependência química em uma comunidade terapêutica na região centro-leste do estado do Rio Grande do Sul/RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Categorizar os diferentes tipos de substâncias psicoativas utilizadas pelos idosos ex-internos da comunidade terapêutica;

b) quantificar o número de internações para o tratamento da dependência química e número de reincidência ao uso de substâncias psicoativas nos idosos ex-internos da comunidade terapêutica;

c) mensurar a religiosidade/espiritualidade dos idosos ex-internos após tratamento na comunidade terapêutica;

d) verificar a associação entre a religiosidade/espiritualidade e o número de reincidência ao uso de substâncias psicoativas nos idosos ex-internos que realizaram tratamento na comunidade terapêutica.

4 MANUSCRITO ORIGINAL

Dependência química em idosos: interconexões entre religiosidade-espiritualidade e reincidências no uso de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica

Chemical dependence in the elderly: interconnections between religion-spirituality and reincidences in the use of psychoactive substances in a therapeutic community

Antônio Marcos da Rosa Santana[1]
Lidiane Isabel Filippin[2]

RESUMO: **Objetivo:** Avaliar as interconexões entre religiosidade-espiritualidade e as reincidências no uso de substâncias psicoativas em idosos ex-internos, após tratamento para recuperação da dependência química em uma comunidade terapêutica na região centro-leste do estado do Rio Grande do Sul/RS. **Materiais e métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, em 74 idosos ex-internos do sexo masculino com idades a partir de 60 anos, que foram atendidos na instituição, Comunidade Terapêutica Grupo de Inclusão Social e Tratamento de Drogas e Álcool (GISEDA), no período de 2018 até 2022 que tiveram suas altas ou interrupções no tratamento. Foram utilizados os dados sociodemográficos e de saúde e a escala de espiritualidade-índice de religiosidade da Universidade de Duke (P-DUREL), uma abordagem comum em estudos que investigam a relação entre características sociodemográficas e a espiritualidade ou religiosidade. A combinação dessas informações permite explorar variáveis como idade, sexo, afiliação religiosa e local de residência, estando estas associadas à religiosidade e espiritualidade dos participantes. **Resultados:** Conforme análise, 51,3% dos 74 idosos ex-internos

[1] https://orcid.org/0009-0006-8722-0760

[2] https://orcid.org/0000-0003-2043-6162

apresentaram reincidência ao uso de substâncias psicoativas, após tratamento na comunidade terapêutica GISEDA, destes 90,8% já haviam realizado tratamento prévio para a dependência química, indicando a reincidência ao uso de substâncias psicoativas. Dentre os idosos ex-internos que interromperam o tratamento antes do término proposto pela CT GISEDA, período de 9 meses, 70% reincidiram no uso de SPAs. Quanto à religiosidade e espiritualidade, apenas 20% acreditam ser importante para o tratamento da dependência química, 68,4% apresentaram religiosidade não organizacional e 71,4% apresentaram baixa religiosidade intrínseca. **Conclusões:** De acordo com a análise foi verificado entre os 74 idosos ex-internos uma quantidade expressiva de reincidências ao uso de substâncias psicoativas, após o tratamento para dependência química na comunidade terapêutica GISEDA. Quanto à reincidência; religiosidade e espiritualidade, não se mostraram como fatores protetivos, determinantes para a abstinência ao uso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Substâncias Psicoativas. Idosos. Dependência Química. Comunidade Terapêutica. Religiosidade. Espiritualidade.

ABSTRACT: **Objective**: To evaluate the interconnections between religiosity-spirituality and relapses in the use of psychoactive substances in elderly ex-inmates, after treatment for recovery from chemical dependency in a therapeutic community in the central-eastern region of the state of Rio Grande do Sul/RS. **Materials and methods**: This was a cross-sectional study, involving 74 elderly male ex-inmates aged 60 and over, who were treated at the institution, Therapeutic Community Group for Social Inclusion and Drug and Alcohol Treatment (GISEDA) , in the period from 2018 to 2022 that had discharges or interruptions in treatment. Sociodemographic and health data and the Duke University Spirituality-Religiosity Index Scale (P-DUREL) were used, a common approach in studies that investigate the relationship between sociodemographic characteristics and spirituality or religiosity. The combination of this information allows us to explore variables such as age, sex, religious affiliation and place of residence, which are associated with the religiosity and spirituality of the participants. **Results**: According to analysis, 51.3% of the 74 elderly ex-inmates relapsed into the use of psychoactive substances, after

treatment in the GISEDA therapeutic community, of which 90.8% had already undergone previous treatment for chemical dependency, indicating relapse into use. of psychoactive substances. Among the elderly former inmates who interrupted treatment before the end proposed by CT GISEDA, a period of 9 months, 70% relapsed into the use of SPAs. As for religiosity and spirituality, only 20% believe it is important for the treatment of chemical dependency, 68.4% showed non-organizational religiosity and 71.4% showed low intrinsic religiosity. **Conclusions**: According to the analysis, a significant number of relapses to the use of psychoactive substances were found among the 74 elderly former inmates, after treatment for chemical dependency in the GISEDA therapeutic community. Regarding recidivism; religiosity and spirituality were not shown to be protective factors, determining abstinence from the use of psychoactive substances.

Keywords: Psychoactive Substances. Elderly. Chemical Dependency. Therapeutic Community. Religiosity. Spirituality.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas entre a população idosa representa uma complexa preocupação de saúde pública. Conforme indicam dados recentemente divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as projeções apontam para um incremento significativo no número de idosos no Brasil até o ano de 2050, atingindo a marca de 64 milhões, e representando cerca de 35% da população até 2070.[1,2] O envelhecimento da sociedade, aliado aos desafios do idoso em lidar com as transformações físicas, psicológicas e sociais, ampliam a vulnerabilidade dessa parcela da população ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. Diante do crescimento da população de pessoas idosas, um problema vem se mostrando preocupante para os profissionais de saúde e a saúde pública, esse problema tem sido o uso abusivo e descontrolado de substâncias psicoativas e consequentemente o adoecimento psiquiátrico pelo transtorno da dependência química.[3,4]

Nesse contexto, as comunidades terapêuticas emergem como uma ferramenta significativa, dentro da rede de atenção psicossocial, apresentando-se

como uma alternativa importante para o tratamento da dependência química, proporcionando aos usuários de substâncias psicoativas um ambiente acolhedor, estruturado e de suporte para aqueles que buscam superar as mazelas ocasionadas pela dependência química.[5] É notório que, no âmbito dessas comunidades, a religiosidade e espiritualidade frequentemente desempenham um papel significativo. A abordagem religiosa/espiritual, muitas vezes incorporada nos programas de tratamento, visa oferecer uma perspectiva de sentido e apoio emocional aos indivíduos em processo de recuperação.[6] Contudo, a relação entre religiosidade/espiritualidade, comunidades terapêuticas e o enfrentamento da reincidência no uso de substâncias psicoativas na terceira idade é um campo complexo e multifacetado.

Este estudo busca explorar a interconexão entre o abuso de substâncias psicoativas nos indivíduos idosos com 60+, o papel das comunidades terapêuticas tendo como modalidade de tratamento, a influência da religiosidade/espiritualidade e os desafios associados à reincidência nesse contexto. A compreensão desses elementos, e de como eles se entrelaçam, é crucial para orientar abordagens mais eficazes, não apenas no tratamento da dependência química, mas também na promoção do bem-estar holístico dos idosos em processo de recuperação.[7] Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar as interconexões entre religiosidade-espiritualidade e as reincidências no uso de substâncias psicoativas em idosos ex-internos, após tratamento para recuperação da dependência química em uma comunidade terapêutica na região centro-leste do estado do Rio Grande do Sul/RS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é de caráter transversal. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de maio de 2023 a outubro de 2023. Onde participaram 74 idosos ex-internos do sexo masculino com idades a partir de 60 anos, que foram atendidos, durante a realização de suas internações no tratamento para recuperação da dependência química na instituição, Comunidade Terapêutica Grupo de Inclusão Social e Tratamento de Drogas e Álcool (GISEDA), no período 2018 até o ano de 2022, que tiveram suas altas após a conclusão do tratamento pelo período estipulado de (09) nove meses ou interrupções através de alta pedida em seus

respectivos tratamentos. Considerou-se como critério de inclusão todos os idosos ex-internos que foram encontrados os registros telefônicos em seus prontuários eletrônicos da instituição GISEDA, assim como, o aceite ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e como critério de exclusão todos os idosos ex-internos que não foram encontrados os registros telefônicos nos prontuários eletrônicos da instituição GISEDA assim como, a não aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para caracterizar o perfil da amostra às informações quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas foram coletadas de uma base de dados secundários (prontuários eletrônicos) dos idosos ex-internos encontrados em posse da comunidade terapêutica GISEDA no momento da internação. Também foi elaborado pelo pesquisador, questionário com informações sociodemográficas e clínicas, após o tratamento para recuperação da dependência química, coletadas através de contato telefônico.

Para verificar a religiosidade e espiritualidade, utilizou-se a Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (P-DUREL), conforme (Lucchetti *et al*., 2012).[8] Essa escala avalia dimensões centrais da religiosidade, como a religiosidade organizacional (frequência a instituições, templos ou igrejas), a religiosidade não organizacional (atividades privadas, como preces, leituras e práticas meditativas) e a religiosidade intrínseca (envolvimento subjetivo, dedicação e vivência dos ideais religiosos/espirituais). A escala consiste em 5 questões, sendo que as duas primeiras avaliam a religiosidade organizacional e não organizacional, respectivamente, com pontuação de 1 a 6 pontos. As três últimas questões compõem o escore da religiosidade intrínseca, que pode variar de 3 a 15 pontos. Um escore igual ou maior que 10 pontos indica uma alta religiosidade intrínseca.

As variáveis contínuas foram apresentadas na forma de média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram analisadas apresentadas em prevalências. A correlação entre duas variáveis contínuas foi realizada por correlação de Pearson. Em todas as análises, foi adotado como nível para significância estatística um valor de $p < 0,05$. Foi utilizado o programa Statistical Package for Social Science (SPSS versão 22.0).

Quanto às considerações éticas, a presente pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade La Salle Canoas-RS (UNILASALLE), sob o protocolo nº. 67993723.3.0000.5307/2023. Todos os participantes desta

pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.[9]

RESULTADOS

Participaram deste estudo 74 idosos ex-internos que passaram por tratamento para recuperação da dependência química na comunidade terapêutica GISEDA. As variáveis sociodemográficas e clínicas estão detalhadas na **(tabela 1)**. Em termos gerais, 45,7% dos idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA, relataram uma percepção positiva de sua saúde. Destes, 74% indicaram que o uso de substâncias psicoativas começou durante a adolescência. Os motivos para o uso de substâncias psicoativas entre os idosos ex-internos foram variados, incluindo influência dos amigos, curiosidade, ambiente familiar, conflitos familiares, luto, aposentadoria, problemas financeiros e solidão. Em relação à abstinência após o tratamento para recuperação da dependência química na comunidade terapêutica GISEDA, 48,7% dos participantes não tiveram recaídas, mantendo-se abstinentes. No que diz respeito às condições psiquiátricas e outras doenças, 12,1% dos idosos ex-internos, apresentaram transtorno depressivo, 4,05% esquizofrenia, 1,35% deficiência intelectual e 16,21% outras comorbidades. No momento da internação, observou-se prevalência de uso de substâncias psicoativas lícitas, com álcool sendo o mais comum 60,8%, seguido por cigarro 21,6%, enquanto o uso de substâncias psicoativas ilícitas como maconha 6,75%, crack 4,05% e cocaína 2,70% foram observadas com menor frequência. Quanto à conclusão do tratamento na CT GISEDA; 54 idosos ex-internos concluíram o tratamento (61,8%); destes (47% n=16 indivíduos), reincidiram no uso de SPAs. Já aqueles idosos ex-internos que interromperam o tratamento antes do término proposto pela CT GISEDA, período de 9 meses, (36,4%**;** n=20 indivíduos), 70% reincidiram no uso de SPAs. Quando comparados os indivíduos que concluíram o tratamento, com aqueles indivíduos que não concluíram o tratamento em relação a reincidência ao uso de SPAs, não houve diferença significativa ($\mathcal{X}^2$=2,68; p=0,087).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e clínicos dos idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA (n=74), Rio Grande do Sul, 2023.

Variáveis	(n=74)
Idade (média±DP)	64,38±3,01
Raça %	
Brancos	52
Negros	48
Local residência %	
Região Metropolitana/RS	28,38
Região Vale do Taquari/RS	44,59
Estado civil %	
Solteiros	25,68
Casados	17,57
Divorciados	22,97
Viúvos	5,41
Escolaridade %	
Não alfabetizado	5,41
Ensino fundamental completo e incompleto	67,1
Ensino médio completo e incompleto	67,2
Ensino superior completo e incompleto	5,41
Religião %	
Católico	24%
Evangélico	38%
Não religioso	12%
Renda familiar %	
1 salário mínimo	50
Auxílio Brasil	31
Tratamento prévio %	90,8
Local da internação %	
Comunidade terapêutica	64,5
CAPS-AD	25,6
Clínica de desintoxicação	9,8
Tempo de abstinência %	
1 ano ou +	38,2
Abstinente (sim)	48,7
Menos de 6 meses	34,2
Entre 2 a 5 anos	52,6
Autoavaliação de saúde %	
Boa	45,7
Regular	22,9
Doença psiquiátrica prévia %	91

n: número amostral; DP: desvio padrão; %: frequência;

Após a internação foi observada a reincidência e a prevalência no uso/abuso de substâncias psicoativas (SPAs), com predominância das lícitas, incluindo álcool 25,67% e cigarro 9,45%, seguidas em menor frequência pelas ilícitas, como maconha 4,05% e múltiplas SPAs 2,70%. Não foram registradas reincidências no uso de cocaína e crack após a internação. Chama atenção que entre os 74 idosos ex-internos, não foram identificados casos de uso de SPAs como inalantes, sintéticas ou fármacos. Em relação ao número de internações para tratamento da dependência química, 90,8% dos idosos ex-internos já haviam passado por tratamentos anteriores, sugerindo reincidência no uso de SPAs. A maioria, 63,2% já haviam realizado 2 ou 3 internações prévias, indicando repetição no padrão de uso de SPAs. Cerca de 64,5% dos participantes optaram por internação em comunidades terapêuticas para recuperação da dependência química. Quanto aos motivos que levaram os idosos ex-internos a reincidência ao uso de substâncias, após o tratamento na comunidade terapêutica GISEDA: 6,25% divórcio e dificuldade nas relações familiares, respectivamente; 31,25% luto perda familiar; 33,33% sentimento de abandono e tristeza; 29,16% dificuldade em lidar com frustrações; 4,16% dificuldade nas relações sociais e ambiente onde vivem, respectivamente; 2,08% desemprego e aposentadoria. Em relação à religiosidade, 38% dos participantes se identificam como evangélicos, enquanto 20% afirmaram que a religiosidade e a espiritualidade desempenham um papel significativo em suas vidas, 47,4% mantêm suas crenças religiosas e espirituais. No entanto, ao ser aplicada a Escala de Religiosidade Intrínseca da Universidade de Duke, foi possível ser avaliada somente em 35 idosos ex-internos apenas. Quando observada a religiosidade intrínseca dos idosos, 71,4% (n=25), apresentavam baixa religiosidade intrínseca, 28,6% (n=10), apresentaram alta religiosidade intrínseca. Quando avaliamos a religiosidade intrínseca dos idosos e o abandono do tratamento, foram observadas características distintas. Daqueles que concluíram o tratamento (n=20) 85% apresentava baixa religiosidade intrínseca e 15% alta religiosidade intrínseca. Já entre os idosos que abandonaram o tratamento, 53,3% (n=8) tinham baixa religiosidade e 46,7% alta religiosidade intrínseca (n=7); ($\mathscr{X}^2$=4,21; p=0,040).

Após análise da associação entre abstinência e religiosidade por meio do teste de $\mathscr{X}^2$ qui-quadrado, não foi observada uma associação significativa ($\mathscr{X}^2$=0,272;

p=0,470). Foram examinadas as correlações entre reincidência e estado civil, tratamentos prévios, religiosidade intrínseca e internações prévias, conforme detalhado na **(Tabela 2)**. Observou-se uma correlação inversa entre reincidência e abstinência, o que era esperado, uma vez que os idosos ex-internos que não tiveram recaídas estão atualmente abstinentes.

Tabela 2 - Correlação da reincidência e religiosidade intrínseca dos idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA (n=74), Rio Grande do Sul, 2023.

	Estado civil	Tratamentos prévios	Religiosidade intrínseca	Internações prévias
Reincidência	r=-0,127;	r=0,086;	r=0,220;	**r=-0,139;**
	p=0,473	p=0,630	p=0,351	**p=0,434**

r: coeficiente de correlação; p: significância estatística da correlação;

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi constatado que na comunidade terapêutica investigada “CT GISEDA”, houve uma taxa de reincidência, indicando retorno ao uso de SPAs em 51,3% dos participantes idosos ex-internos no primeiro ano após alta terapêutica e término do tratamento. Além disso, não foi identificada nenhuma associação entre abstinência e religiosidade intrínseca entre os idosos ex-internos participantes. O perfil dos nossos idosos eram jovens idosos (64,38±3,01 anos), com abuso predominante de substâncias psicoativas lícitas (álcool e cigarro), com internações prévias. A partir desse perfil, é possível observar na literatura perfis semelhantes no que tange os idosos. Em um estudo epidemiológico retrospectivo de Cantão *et al*., (2015) foram analisados 218 prontuários de idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD). Verificou-se que 67,9% dos idosos eram do sexo masculino, com uma predominância na faixa etária entre 60 e 70 anos. O álcool foi a substância psicoativa lícita mais utilizada entre os homens, enquanto o tabaco foi mais comum entre as mulheres. O episódio depressivo associado ao uso das SPAs lícitas, foi a condição mais frequentemente observada

em ambos os sexos. Do total, 53,7% dos participantes optaram pelo tratamento ambulatorial, sendo que o período de tratamento mais comum foi de 31 a 60 dias, abrangendo 47,7% dos casos.[10]

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas legais entre os idosos podem estar ligados a questões socioculturais enraizadas em suas vidas desde a juventude. Em nosso estudo, a média de idade foi de 65 anos, esses idosos passaram pela adolescência nas décadas de 50 e 60, durante o fenômeno baby boomers.[11,12] Durante esse período, o acesso às substâncias psicoativas lícitas, como cigarros e álcool, era mais amplo e seu uso era socialmente aceito, havia menor restrições e o comportamento era influenciado pelas normas sociais da época. A indústria do tabaco e até mesmo a indústria de bebidas alcoólicas investiam pesadamente em campanhas publicitárias, utilizando diversos meios de comunicação, destacando os benefícios à saúde, o bem-estar dos jovens, o *status* social e a virilidade masculina.[13] A prevalência de fumo entre os homens brasileiros nas décadas de 50 e 60, chegava a 50% da população masculina.[14] No Brasil os danos à saúde associados ao uso excessivo dessas substâncias psicoativas começavam a ser discutidos, baseados nos estudos conduzidos nos Estados Unidos e Inglaterra sobre o impacto nocivo à saúde.[15,16,17]

Atualmente sabe-se que os idosos que são fumantes têm um risco maior de desenvolver doenças relacionadas ao tabagismo, devido à exposição prolongada ao fumo, incluindo cigarros sem filtro e com altos teores de nicotina, ao longo de suas vidas, em comparação com as gerações mais jovens.[18,19] Com o aumento da população idosa, é crucial abordar a dependência química, através das SPAs lícitas de tabaco e álcool entre essa faixa etária. Nesse contexto, surgem às comunidades terapêuticas como uma abordagem clínica de caráter coletivo, amplamente utilizada no tratamento da desintoxicação da dependência química. Essas comunidades terapêuticas frequentemente adotam um modelo religioso-espiritual, muitas vezes de orientação evangélica, como parte de sua prática.[20]

Alguns estudos têm apontado a relevância da prática da religião e da fé para a manutenção, assim como para a melhora das condições de saúde.[21,22,23] Os pacientes experimentam benefícios da prática religiosa e espiritual, especialmente durante períodos de mudanças sociais e psicológicas estressantes causadas pela doença.[24] Os dependentes de SPAs são incluídos nesse perfil de pacientes, por terem uma condição crônica, enfrentam momentos estressantes e traumáticos

durante seu processo de recuperação, como a fissura devido ao período de abstinência ao uso de SPAs.[25,26,27]

No entanto, o papel da religiosidade dentro das comunidades terapêuticas ainda é dúbio. Em um estudo realizado com 28 participantes do sexo masculino com idades variando entre 21 e 56 anos, todos egressos de comunidades terapêuticas em Vitória (ES), apontam reincidências após a saída das instituições. O estudo objetivou avaliar o papel das comunidades terapêuticas religiosas no tratamento de indivíduos em uso abusivo de SPAs, avaliando o impacto dos métodos religiosos empregados nestes locais. Os dados demonstraram discursos distintos: 13 participantes referiram que as instituições tiveram um importante papel em seus processos de tratamento e que os métodos religiosos os ajudaram; e 15 participantes defenderam que as instituições não foram eficientes em seus tratamentos e que os métodos religiosos nada contribuíram.[28]

De acordo com Barbosa *et al*., (2022), há necessidade de mais estudos que possam modificar os impactos da inserção da religiosidade e espiritualidade nos cuidados ao paciente com dependência química.[29] Assim, como no estudo conduzido por Oliveira *et al*., (2020), no qual aponta que religiosidade e espiritualidade podem ser percebidas como barreiras capazes de dificultar o tratamento, fazendo com que ocorram reincidências ao uso de substâncias psicoativas.[30]

O presente estudo realizado na “CT GISEDA”, avaliou as reincidências de substâncias psicoativas após a passagem pelo tratamento na recuperação da dependência química por uma comunidade terapêutica. Foi observado que a menor taxa de abstinência ocorre no primeiro ano após a alta da comunidade terapêutica (48,7%), dados similares a outros estudos conduzidos no Brasil.[31,32] Em uma análise de reincidências ao uso de substâncias psicoativas ao longo do tempo mostrou que a estabilização da taxa de ocorrência começa a acontecer aproximadamente 90 dias após o início da abstinência.[33] No entanto, os 12 primeiros meses são considerados como período de alto risco de acordo com o DSM-IV.[34]

Uma provável explicação para a recaída ao tabaco está intimamente ligada à ativação do sistema de recompensa do cérebro, onde a nicotina gera sensações de prazer e reforço, tornando o hábito difícil de abandonar.[35] Todas as substâncias psicoativas, direta ou indiretamente, atuam no circuito de recompensa central, podendo levar o indivíduo a buscar repetidamente essa sensação de prazer.[36] Outro

elemento crítico ressaltado na literatura, que pode consideravelmente elevar as probabilidades de recaída durante este período crucial de transição pós-tratamento, são as alterações no ambiente, as pressões sociais, a ausência de apoio contínuo e os desafios emocionais, além das crises de abstinência.[37] Os motivos encontrados neste estudo, quanto a reincidência dos idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA foram o sentimento de abandono e tristeza, luto, perda familiar e dificuldade em lidar com frustrações.

Além das elevadas taxas de reincidências, este estudo não apresentou associação significativa entre a abstinência e a religiosidade intrínseca. Controvérsias sobre a religiosidade no tratamento para recuperação da dependência química, nas comunidades terapêuticas são apontadas o proselitismo religioso inserido nos “programas de reabilitação”, este tipo de “adesão forçada”, pode estimular os usuários de SPAs, demonstrarem aderir à religião somente para abreviar o período de permanência, criando com isso uma falsa perspectiva de sucesso do tratamento durante o período de convivência na comunidade terapêutica.[38]

O estudo de Louws-Hendriksen *et al*., (2022) , avaliou uma amostra de 115 participantes que frequentavam um centro cristão de tratamento de dependência de drogas na Holanda. Foi avaliada a relação entre a religiosidade positiva/negativa e o grau pela disfunção clínica e dependência ao final de 6 meses. O estudo apontou que indivíduos que possuíam religiosidade positiva maior no início do tratamento foram associados a menos recaídas após seis meses. Por outro lado, a religiosidade negativa não está associada ao vício, mas à disfunção clínica. Segundo os autores, a religiosidade positiva pode ser descrita como uma crença na qual a religião é vista de forma positiva e atua como um fator de proteção e apoio. Por isso, é provável que contribua positivamente para o resultado do tratamento, o que pode resultar em níveis mais baixos de disfunção clínica e dependência.[39]

Esse estudo apresenta algumas limitações. A primeira delas é que as informações foram coletadas via telefone. A segunda é que esses idosos ex-internos, após a alta terapêutica na CT GISEDA, não são encaminhados diretamente para nenhum acompanhamento de serviço de saúde, embora sejam orientados, juntamente com seus familiares, a continuidade do tratamento da dependência química, para além da CT, isso pode aumentar as taxas de reincidência. E finalmente, o estudo apresenta um recorte desses idosos ex-internos,

residentes predominantemente no Vale do Taquari, região fumageira do Estado do Rio Grande do Sul.

O estudo conduzido na comunidade terapêutica GISEDA, apontou para uma taxa de reincidência maior de 50% entre os idosos ex-internos acompanhados nessa instituição. Estes dados indicam que os idosos que fumam devem ser alvo das políticas públicas de cessação do tabagismo, à luz das evidências que mostram os benefícios da interrupção desse hábito em qualquer idade. Adicionalmente, os ex-fumantes precisam ser integrados em programas de acompanhamento e suporte para manter a abstinência do tabaco, visando a promoção contínua da saúde.

CONCLUSÃO

O estudo através de um recorte, trás a tona o tratamento para a recuperação da dependência química em idosos ex-internos, que realizaram tratamento em uma comunidade terapêutica de cunho religioso-espiritual, propondo a discussão sobre o uso abusivo, dependência e reincidências no consumo de SPAs. O estudo demonstrou uma quantidade expressiva de reincidências ao uso de substâncias psicoativas, após o tratamento para dependência química, na comunidade terapêutica GISEDA; apontando para uma taxa de reincidência maior de 50% entre os idosos ex-internos acompanhados nessa instituição. Quanto à reincidência; religiosidade e espiritualidade, não se mostraram como fatores protetivos, determinantes para a abstinência ao uso de substâncias psicoativas, pois não foi encontrado associação entre abstinência e religiosidade intrínseca entre os idosos ex-internos participantes.

Os resultados obtidos no presente estudo mostraram-se desfavoráveis às afirmativas encontradas na literatura, apontando a religiosidade e espiritualidade como fatores de proteção para o dependente químico se manter em abstinência. Não foi possível comprovar de forma fidedigna que religiosidade e espiritualidade são ferramentas eficazes que possibilitam aos usuários de SPAs se manterem abstinentes, ou seja, recuperados por longo período de tempo, sem apresentarem episódios de reincidências.

REFERÊNCIAS

1. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 02 dez. 2023.

2. DESTRO, José Stéfano Faia. Dependência de substâncias psicoativas entre idosos: um desafio para a saúde pública. **REGRAD** - Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM - ISSN 1984-7866, [S.l.], v. 11, n. 01, p. 01 - 15, aug. 2018. ISSN 1984-7866. Disponível em: <https://revista.univem.edu.br/REGRAD/article/view/2592>. Acesso em: 07 out. 2023.

3. FRANKL, V. E. **Psicoterapia e Existencialismo:** Textos selecionados em Logoterapia. São Paulo: É realizações, 2020.

4. OLIVEIRA, V. C. *et al.*, Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do sul do Brasil. **Rev. baiana. enferm**. v. 31, n. 1, p. 01-12. 2017. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16350. Acesso em: 30 Dez 2023.

5. LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. *In:* SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas:** temas para reflexão. Brasília: Ipea, 2018.

6. ANDRADE, Tarcisio Matos de.; RONZANI, Telmo Mota. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. *In:* FORMIGONI, Maria L. O. S.; DUARTE, Paulina C. A. V (org.). **O Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil:** módulo 1. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2017. p. 31-45.

7. OKUMA, Getúlio Yuzo *et al*. Espiritualidade, religiosidade, distress e qualidade de vida em pacientes oncológicos. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 13, n. 2, p. 3-17, jun. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jan. 2024.

8. LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F. *et al*., Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **J Relig Health**, v. 51, p. 579–586, 2012.

9. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 10 dez.2022.

10. CANTÃO, L. *et al.*, Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 355-62, maio/jun. 2015. Disponível em:

http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2760/2142»http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2760/2142. Acesso em: 7 mar. 2024.

11. KUERBIS, A. *et al*., Substance abuse among older adults. **Clin. Geriatr. Med**, v. 30, n.3, p. 629-54, ago. 2014. Disponível em: . Acesso em 18 Setembro 2017.

12. DINIZ, A. *et al.*, Uso de substância psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Psicol. teor. prat**, São Paulo, v. 19, n.2, p.23-41, ago. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872017000200 0.Acesso em 14 Fevereiro 2018.

13. FERREIRA, Fabíola de Oliveira. O controle da publicidade de tabaco no Brasil como proteção ao consumidor. Disponível em: . Acesso em: 17 out. 2017.

14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) referência do INCA.

15. LI, Y.; HECHT, S. Carcinogenic Components of Tobacco and Tobacco Smoke: A 2022 Update. **Food Chem Toxicol**, v. 165, e113179, 2022. doi:10.1016/j.fct.2022.113179.

16. MACDERMOT, H. E. Tobacco and pulmonary cancer. **Canad. M. A. J**. Setb 1951, vol. 65.

17. DOLL, R.; PETO, R.; BOREHAM, J.; SUTHERLAND, I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. **BMJ**, v. 328, n. 7455, e1519, 2004.

18. PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1925–1934, set. 2006.

19. SACHS-ERICSSON, N. *et al*., Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. **Nicotine Tob Res**, v. 11:p. 433-43, 2009.

20. SABINO, N. D. M.; CAZENAVE, S. DE O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 22, n. 2, p. 167–174, abr. 2005.

21. KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.B. **Handbook of Religion and Health.** New York: Oxford University Press, 2001.

22. MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G.. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 242–250, set. 2006.

23. SKOKO, I. *et al*., Mental Health and Spirituality. **Psychiatr Danub**, v. 33, n. 4, p. 822-826, 2021.

24. SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Religiosity, spirituality and psychotropic drug use. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, n. 1, p.73-81, 2007.

25. WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358–363, 2014. doi:10.1097/YCO.0000000000000080.

26. BERALDO, L. *et al*., Spirituality, Religiosity and Addiction Recovery: Current Perspectives. **Curr Drug Res Rev**, v. 11, n. 1, p.26-32, 2019. doi: 10.2174/1874473711666180612075954.

27. SANCHEZ, Z. VAN. DER M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 34, p. 73–81, 2007.

28. BARDI, G.; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1557–1566, abr. 2022.

29. BARBOSA, D. J.; GOMES, A. M. T.; GOMES, M. P.; NOGUEIRA, V. P. F. Religiosidade e espiritualidade como barreira para o tratamento da utilização de substâncias psicoativas. **Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, Goiânia, Brasil, v. 31, n. 4, p. 811–820, 2022. DOI: 10.18224/frag.v31i4.9233. Disponível em: https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/9233. Acesso em: 14 fev. 2024.

30. OLIVEIRA, C. P. *et al*., Cuidado espiritual realizado em uma clínica para usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm**. online, v. 41, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZYQL-j6bP3HjQ8pxYfB95bVH/?lang=pt. Acesso em: 14 de fev. 2024.

31. ZAITUNE, M. P. DO A. *et al*., Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583–596, mar. 2012.

32. PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 757–768, out. 2007.

33. HUNT, W.A.; BARNETT, L.W.; BRANCH, L.G. Relapse rates in addiction programs. **Journal of Clinical Psychology***, v. 27*, p. 455-456, 1971.

34. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV:** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. rev. Washington, DC: APA, 1994.

35. MIHOV, Y; HURLEMANN, R. Altered amygdala function in nicotine addiction: Insights from human neuroimaging studies. **Neuropsychologia**, v. 50, n. 8, p. 1719-1729, 2012. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2012.04.028.

36. ATKINSON, R. L. *et al*., **Introdução à Psicologia de Hilgard**. [S.l.]: Artmed, 2002. p. 374-375.

37. RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia:** Teoria e Pesquisa, v. 18, n. 1, p. 95–106, jan. 2002.

38. SOUZA, R.; GOMES, R. M. Nuanças e controvérsias do apoio religioso a dependentes químicos. **Anais dos Simpósios da ABHR**, [S. l.], v. 14, 2015. Disponível em: https://revistaplura.emnuvens.com.br/anais/article/view/1051. Acesso em: 7 mar. 2024.

39. LOUWS-HENDRIKSEN M, *et al*., Positive and negative religiousness and search for meaning: Impact on treatment of substance abuse after 6 months. **Drug Alcohol Depend**, v. 230, e109182, 2022. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109182. Epub 2021 Nov 21.

5 PRODUTO TÉCNICO

O produto técnico desta pesquisa intitulada **“DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM IDOSOS: INTERCONEXÕES ENTRE RELIGIOSIDADE-ESPIRITUALIDADE E REINCIDÊNCIAS NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA”,** desenvolvido para o projeto de pesquisa e consequentemente a dissertação, para o Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle Canoas RS, enquadra-se dentro da Produção de Propriedade Tecnológica PPT**,** no contexto de pesquisa e desenvolvimento, onde equipe técnica trabalham juntas, gerando novas ideias, resolvendo problemas e desenvolvendo tecnologias inovadoras, englobando a Tecnologia Social. A proposta da Tecnologia Social, utilizou como método um produto transformador, desenvolvido e aplicado na interação com a população e apropriado para esta, visando apresentar soluções para inclusão social e melhoria das condições de vida, atendendo aos requisitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade e replicabilidade.

Descrição da Tecnologia Social e de sua finalidade: Compreendeu um plano de intervenção com a elaboração de reuniões de grupo mensais, (1 reunião semanal por mês), destinadas aos idosos ex-internos e seus familiares, com a proposta de discutir sobre a problemática da dependência química, o uso abusivo e a reincidência ao uso de substâncias psicoativas. O plano de intervenção, foi constituído de convite realizado através de contato telefônico, para os idosos ex-internos e seus familiares, tendo como proposta terapêutica, (1 reunião semanal por mês), com encontro presencial, onde o propósito dos encontros foi a promoção e prevenção da saúde dos idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA. Através das reuniões semanais, foi possível entender o indivíduo idoso, suas necessidades, possibilitando a discussão e escuta, sobre suas demandas compreendendo assim, o dinamismo que perpassa o envelhecimento, o uso abusivo de substâncias psicoativas, o adoecimento pela dependência química, o tratamento em comunidade terapêutica, tendo como proposta terapêutica a religiosidade/espiritualidade e a reincidência ao uso de substâncias psicoativas, na população de idosos ex-internos da CT GISEDA.

A proposta das reuniões mensais, possibilitou o espaço de fala e escuta, abordando as dificuldades encontradas por estes, em se manterem abstinentes ao uso de substâncias psicoativas e o sucesso ao tratamento da dependência química. As reuniões com os idosos ex-internos e seus familiares foi realizada junto dos profissionais na área da psicologia, psicopedagogia e serviço social da instituição CT GISEDA. A proposta de intervenção compreendeu (01) um encontro semanal, com formato de reuniões de grupo, presenciais realizadas no primeiro domingo de cada mês, com duração de (02) duas horas, no período de abril de 2024 até maio de 2024, os encontros foram realizados na comunidade terapêutica GISEDA na cidade de Bom Retiro do Sul/RS endereço Distrito Faxinal do Silva Jorge s/n. Durante os encontros com os participantes, foi possível trazer orientações, melhor manejo, quanto ao tratamento do uso abusivo e a reincidência das SPAs, possibilitando assim, melhor entendimento para o tratamento da dependência química.

As “reuniões de grupo dos idosos ex-internos e seus familiares da comunidade terapêutica GISEDA”, foram organizadas, com temáticas diferentes, trazendo assuntos pertinentes para os encontros. Na primeira reunião: o envelhecimento e a dependência química; o tratamento da dependência química na comunidade terapêutica; a religiosidade e a espiritualidade no tratamento da dependência química. Na segunda reunião: dificuldades encontradas para se manter abstinente; identificando fatores de risco e proteção ao uso de substâncias psicoativas; a importância da família no enfrentamento da dependência química. Durante as reuniões de grupo, foi possível realizar orientações quanto a continuidade no tratamento da dependência química, foi observado o interesse, a motivação dos participantes, diante das temáticas e dinâmicas de grupo, propostas para cada encontro, oportunizando um espaço acolhedor, para exposição dos sentimentos de modo voluntário, sobre suas vivências diante do uso problemático das SPAs.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As complicações da dependência química na população de indivíduos idosos permanece sendo um assunto ignorado pela sociedade e por grande parte dos profissionais de saúde, em decorrência de todos os rótulos associados à terceira idade. Diante de todos os entraves que compreendem o envelhecimento e a pessoa idosa, o uso abusivo, reincidências e a dependência das SPAs por idosos é um assunto que merece destaque e maiores estudos, apresentando-se como um problema complexo, carregado de múltiplos fatores até então incompreendidos, somam-se os preconceitos culturalmente firmados, a invisibilidade que resulta em índices subestimados e mal identificados.

A dependência química em idosos é sim um problema de saúde pública, que vem crescendo de maneira silenciosa e rápida, e irá aumentar paralelamente ao crescimento dessa população. Neste estudo evidenciou-se que as reincidências e os impactos à saúde física e mental causados pelo uso abusivo e dependência destas SPAs nos idosos ex-internos da comunidade terapêutica GISEDA é recorrente, sendo observado a prevalência das SPAs lícitas, onde o álcool aparece como a principal substância psicoativa de abuso associada ao cigarro, por serem SPAs de fácil aquisição, pelo ambiente onde vivem, por questões socioculturais e aceitas pela sociedade. Foi possível observar que a minoria dos idosos ex-internos, faziam uso de SPAs ilícitas, o que também corresponde com a literatura apontando pouca prevalência do uso abusivo e dependência entre a população de indivíduos idosos, na atualidade.

Porém, já se observa um crescimento gradual de idosos que se encontram no uso/abuso e dependência das SPAs ilícitas, conforme o estudo, e que vão de encontro com os achados na literatura. Também neste estudo foi possível verificar que não houve associação entre a religiosidade/espiritualidade e o número de reincidências ao uso de SPAs, nos idosos ex-internos que realizaram tratamento para recuperação da dependência química na comunidade terapêutica GISEDA. Muitas são as controvérsias sobre a religiosidade-espiritualidade no tratamento para recuperação da dependência química, nas comunidades terapêuticas onde, podemos apontar o proselitismo religioso inserido nos “programas de reabilitação”, este tipo de “adesão forçada”, pode estimular os usuários de SPAs, demonstrarem

aderir à religião somente para abreviar o período de permanência, criando com isso uma falsa perspectiva de sucesso do tratamento, durante o período de convivência na comunidade terapêutica. Outro fator muito importante é a questão da singularidade e subjetividade destes idosos e os hábitos já arraigados, quanto suas crenças trazidas de suas vivências pregressas. A religiosidade e a espiritualidade, até então, não podem ser comprovadas como cura para o tratamento na recuperação da dependência química. Embora existam estudos que sugerem que a participação em atividades religiosas-espirituais podem trazer benefícios para a saúde mental e o bem-estar, não há evidências científicas conclusivas que apontem a religiosidade e espiritualidade como cura para a dependência de SPAs.

A dependência química é uma doença complexa, que demanda uma abordagem abrangente que contemple aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A religiosidade e espiritualidade podem ser úteis como parte de uma abordagem de tratamento mais ampla, mas raramente é eficaz por si só. Embora a religiosidade e a espiritualidade possam desempenhar um papel positivo na recuperação de algumas pessoas, não pode ser considerada uma cura universal ou única para o tratamento da dependência de SPAs devido à falta de evidências científicas sólidas e à diversidade de fatores individuais envolvidos.

A literatura é unânime no que diz respeito à necessidade de maiores investigações acerca da temática da dependência química e a reincidência ao uso de substâncias psicoativas em idosos, ressaltando que haverá um aumento significativo da procura de serviços e tratamentos que atendam às necessidades dos idosos em decorrência do uso disfuncional de SPAs. A sociedade e sobretudo os profissionais da saúde pública em nível primário, devem sempre manter-se atualizados e dispostos a atender essa população, que diariamente sofre preconceitos e estigmas, a fim de proporcionar um atendimento humanizado, digno e eficaz aos idosos, previsto no Estatuto da Pessoa Idosa.

Para o enfrentamento da problemática da dependência química em idosos, se faz necessário ampliar o acesso aos serviços públicos que garantam ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. O estudo apresentou um recorte quanto ao tratamento para a dependência química destinado a idosos ex-internos em uma comunidade terapêutica, denominada GISEDA, situada na cidade de Bom Retiro do Sul, na região do Vale do Taquari-RS no

endereço Distrito Faxinal do Silva Jorge s/n, contribuindo para a ciência, na produção de informações científicas e para a sociedade, na tentativa de esclarecer sobre a problemática que envolve a DQ, através do uso de SPAs na pessoa idosa. Portanto, reconhecer e entender esses fatores determinantes, que levam os idosos ao uso de SPAs, a reincidência ao uso destas SPAs e o adoecimento pela dependência química, possibilita o desenvolvimento de intervenções mais eficazes para a promoção e prevenção da saúde da pessoa idosa, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e maior longevidade.

É importante destacar a necessidade de mais estudos com propósito de evidenciar o perfil desta população o progresso da exposição ao uso, abuso e dependência química de forma que possam trazer entendimentos necessários para o desenvolvimento de trabalhos assistenciais, educacionais e preventivos para esses idosos, bem como o desenvolvimento de instrumentos diagnósticos, que auxiliem os profissionais de saúde a identificar e intervir precocemente. Também fica evidente a necessidade quanto a ampliação do acesso a serviços de saúde especializados às necessidades de saúde dos idosos que apresentam o transtorno da dependência química.

REFERÊNCIAS

ALTMAN, Miriam. O envelhecimento à luz da psicanálise. **Jornal de psicanálise**, v. 44, n. 80, p. 193-206, 2011.

ALVES VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad Saúde Pública. v 25, n. 11, p.2309-19.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5 ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V).** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, Laura de *et al.,* Contribuições da psicologia no tratamento da dependência de drogas em uma comunidade terapêutica do gênero feminino na cidade de Sete Lagoas-MG. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 3, 2017.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.º 29, de 30/06/2011**. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecido como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. Brasília: ANVISA, 2011.

ARAUJO, Claudineia Matos de; VIEIRA, Carla Xavier e MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v.14, n.3, pp. 144-150, 2018. ISSN 1806-6976. http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000342.

BACKES, Dirce Stein *et al*., Spirituality workshops: alternative care for the comprehensive treatment of drug addicts. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, p. 1254-1259, 2012.

BALLANI, Tanimária da Silva Lira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 488-494, 2007.

BARBOZA, Fernanda Luma Guilherme. Internação Compulsória Individual e Coletiva dos Dependentes de Crack: O Discurso do Estado e do Serviço Social. Recife: UFPE. 2014.

BARROS, D. R. *et al*., O Despertar do Toxicômano: uma experiência em grupo. **Toxicomanias: Prevenção e Intervenção**, p. 153-163, 2008.

BEYNON, Caryl *et al*., Older and sicker: Changing mortality of drug users in treatment in the North West of England. **International Journal of Drug Policy**, v. 21, n. 5, p. 429-431, 2010.

BOFF, L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2006;

BOWLBY, John. **Apego e Perda**: separação: angústia e raiva, v. 2. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998a.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 09 abr de 2023.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.466, de 12 de julho de 2017**. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13466.htm>. Acesso em: 09 abr 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022**. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Disponível em:<https://legis.senado.leg.br/norma/36111502>. Acesso em: 09 abr 2023.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 10 dez.2022.

BRASIL, Ministério da Justiça/Conselho Nacional de políticas sobre drogas. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em:https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806. Acesso em 09 de nov. de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BURNS, D. M. Doenças relacionadas ao tabaco. **Seminários em enfermagem oncológica**, v. 19, n. 4, p. 244-249, 2003.

CANTÃO, L. *et al*., Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com depressão e o uso de substâncias psicoativas. **Rev Rene**, v.16, n.3, p.355-62, 2015.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 234-241, 2013.

CARDOSO, Eliana; DIETRICH, Thais Peres; SOUZA, André Portela. Envelhecimento da população e desigualdade. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 41, p. 23-43, 2021.

CARRANZA, Doris Violeta Velásquez; PEDRÃO, Luiz Jorge. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 836-844, 2005.

COSTA, Fernanda Vial. **Religiosidade e sentimento de solidão em idosos**. 2012. 65 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

CRUZ, A. C. M.; LEITE, Fagner Carvalho; SOUSA, J. B. G. O uso do álcool e suas consequências na saúde dos consumidores. **Revista FAMA de Ciências da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 11-18, 2015.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

SILVA, Kátia Rodrigues; GOMES, Francielle Gonzalez Correia. Dependência química: resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas. **Revista Uningá**, v. 56, n. S1, p. 186-195, 2019.

SILVA, Leila Gracieli; CALHEIROS, Paulo Renato Vitória. Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas brasileiras: uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 23, p. 67-83, 2017.

FÁTIMA GUARESCHI, Neuza Maria; FOSSI, Luciana Barcellos. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

DE FIGUEIREDO, Bárbara Queiroz; NETO, João Figueiredo. Impactos orgânicos, sociais, sanitários e financeiros do Brasil devido o etilismo crônico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e11411830774-e11411830774, 2022.

SOUZA, Ricardo; GOMES, Ronaldo Martins. Nuanças e controvérsias do apoio religioso a dependentes químicos. **Anais dos Simpósios da ABHR**, *[S. l.]*, v. 14, 2015. Disponível em: https://revistaplura.emnuvens.com.br/anais/article/view/1051. Acesso em: 25 abr. 2024.

DEMPSEY, Mary. Decline in tuberculosis: the death rate fails to tell the entire story. **American review of tuberculosis**, v. 56, n. 2, p. 157-164, 1947.

DESTRO, José Stéfano Faia. Dependência de substâncias psicoativas entre idosos: um desafio para a saúde pública. **REGRAD-Revista Eletrônica de Graduação do UNIVEM-ISSN 1984-7866**, v. 11, n. 01, p. 01-15, 2018.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Artmed Editora, 2018.

DINIZ, Ana *et al*., Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. **Psicologia: teoria e prática**, v. 19, n. 2, p. 23-41, 2017.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira *et al*., Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.24, p.173-177, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/842/84252404.pdf. Acesso em: 11 set. 2018.

ERIKSON, Erik H. **O Ciclo de Vida Completo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ESCRIBANO, Andrea Estebaranz. La ciencia del transhumanismo: la muerte de la muerte. **Mediaciones Sociales**, v. 19, p. e72666-e72666, 2020.

FEITOSA, Ana Nery de Castro *et al*., O uso de substâncias psicoativas em idosos. ID on line**. Revista de psicologia**, v. 10, n. 30, p. 245-251, 2016.

FERNANDEZ, Janssen Sanchez et al. Alcoolismo em idosos. Acta méd. p. 7, 2013.

FERREIRA *et al*., O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 1065-9, 2010.

FILEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. *In:* BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil:** entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões. São Paulo: FPA, 2015.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). (2017). III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

FRANÇA, C. L; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol. cienc. prof**., Brasília, v. 34, n. 2, p.318-329, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932014000200005#end. Acesso em 09 de nov. de 2022.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e Existencialismo:** Textos selecionados em Logoterapia. São Paulo: É realizações, 2020.

FRACASSO L. Comunidades Terapêuticas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 61-9.

FRACASSO, Laura. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas. **Módulo 6:** modalidades de tratamento e encaminhamento, p. 113-140, 2017.

FREUD, S. **Além do princípio de prazer**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **Mal-estar na civilização São Paulo**. SP: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). *In:* _____. **A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos** (1914-1916). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 249-263. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

GATO, J. M. *et al*., Saúde Mental e Qualidade de Vida de Pessoas idosas. A**vances en Enfermería**, Colômbia, v. 36, n. 3, p. 302-310, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-302.pdf. Acesso em: 20 dez. 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, T. B.;VECCHIA, M. D.(2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. ***Ciência & Saúde Coletiva***, v. *23 n.* 7, 2327–2338, 2018.

GOSSIP, M., & Moos, R. Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. Addiction, v. 103, n. 3, p.347-348. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02096.

GOULART, Denise *et al*., Tabagismo em idosos. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 313-320, 2010.

GOULART, Flávio A. Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em: 64 41 https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf. Acesso em 14 outubro, 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período de 2000 a 2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 02 jan. 2022.

INDALENCIO, M. N. **Estatuto do Idoso e Direitos Fundamentais:** Fundamentos da Proteção da Pessoa Idosa no Ordenamento Jurídico Brasileiro. 126 f. 2007. Dissertação (mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí, 2007.

JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro. **Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação**. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014. Disponível em: http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede/259/5/Dissert%20Lauana%20A%20T%20Jacinto.pdf Acesso em: 08 set 2023.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; NERY FILHO, Antônio. **Conversando Sobre Drogas**. 1ª ed. Salvador: Edufba, 1999.

JARDIM, V.C.F. da S. **Perfil epidemiológico e grau de autonomia de mulheres idosas participantes de grupos de convivência, no município de Olinda PE**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Pernambuco, 108f. 2007.

KALACHE, A. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social**. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(4), 1107–1111. 2008.

KALINA, Eduardo. Drogadicção: indivíduo, família e sociedade. 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1999.

LOUZÃ NETO MR, Elkis H. **Psiquiatria básica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

KASSADA, Danielle Satie *et al*., Prevalence of drug abuse among pregnant women. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, p. 467-471, 2013.

KUERBIS, A. *et al*., Substance abuse among older adults. **Clin. Geriatr. Med**, v. 30, n.3, p. 629-54, ago.2014. Disponível em: https://www.nc bi.nlm.nih.gov/pubmed/25037298. Acesso em 09 nov. de 2022.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e estado**, v. 27, p. 165-180, 2012.

LARANJEIRA, Ronaldo. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. In: **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. p.120-120, 2003.

LEITE, J.C. & Gomes, W.B. (1998). Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista. Em W.B. Gomes (Org.), Fenomenologia e pesquisa em psicologia (pp. 45-66). Porto Alegre: Ed. Universidade/UFGRS.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 735-743, 2003.

LIMA, E. “Existe um paradigma epidemiológico para o fenômeno da drogadicção?”. *In* **Toxicomanias**: Uma Abordagem Multidisciplinar. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ, Sette Letras, 1997.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 482-488, 2012.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. bras. enferm**., Brasília, vol.65, n.3, pp. 482-488, 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000300013. Acesso em 09 nov. 2022.

LOECK, Jardel Fischer. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea**), 2018.

LUCCHETTI, G. *et al*., Validation of the Duke Religion Index: DUREL. **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, Nov. 2010.

MACRAE, EDWARD. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos .2003**. Disponível em : www.google.com .br. Acesso em Abril de 2010.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Triggering factors for drug abuse in women. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 662-670, 2013.

MARTINS, Elizabeth Rose Costa; CORRÊA, Adriana Kátia. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 398-405, 2004.

MEDEIROS, Katruccy Tenório *et al*., Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em estudo**, v. 18, p. 269-279, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42,1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso de 10 de abril de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). (2021). Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) - Brasil, 2021.

MONTEIRO, R. M. P. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29,n. 8,p. 1693-1694, ago. 2013.

MOREIRA, F. G., Silveira, D. X. da., & Andreoli, S. B.. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. ***Ciência & Saúde Coletiva***, *11*(3).

NASCIMENTO, Lucila Castanheira *et al*., Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 52-60, 2013.

OLIVEIRA, M. R., & Junges J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Estudos de Psicologia, 17(3), 469-476. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413294X2012000300016.

OLIVEIRA, V. C. *et al*., Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do sul do Brasil. **Rev. baiana. enferm**. v. 31, n. 1, p. 01-12. 2017. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16350. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 dez. 2023.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação de TM e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10:** Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp, 1994.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PARENTE, Adriana da Cunha Menezes *et al.*, Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 377-381, 2007.

PILLON, Sandra Cristina *et al*., Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, vol.14, n.4, pp. 742-748. 2010.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

JIFE, **Junta Internacional de Fiscalizasión de Estupefacientes**. Informes publicados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondientes a 2020. Naciones Unidas: Viena, 2021.

REZENDE, C. B. **A Velhice na Família:** estratégias de sobrevivência. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Franca, 2008. Disponível em: https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Cristiane_Barbosa.pdf Acesso em: 09 dez. 2023.

RIBEIRO, Marcelo; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: **Roca**, p. 460-512, 2004.

RIBEIRO CT, Fernandes AH. **Tratamentos para usuários de drogas :** possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de

danos e da psicanálise. Anal Rev Psicanál. [periódico na internet]. 2013 [citado 2014 out 6]; 1(2):33-58. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/372/405.

RIBEIRO FML, Minayo MCS. Religious therapeutic communities in recovering drug users: the case of Manguinhos, state of Rio de Janeiro, Brazil. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):515-26.

RIBEIRO, Mariana dos Santos. *et al.,* Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 869-877, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600869&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 de nov. de 2022.

ROIBÁS, A. L., Melendro, A. I. L., & Montes, M. J. G. (2010). Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapêuticos para adictos de edad avanzada. Revista Española de Drogodependencias, 35(2),170-181.

ROSEN, D. *et al*., Just Say Know: An Examination of Substance Use Disorders among Older Adults in Gerontological and Substance Abuse Journals. **Soc. Work. Public. Health**. v. 28, n. 0, p. 377-387. 2013. Disponível em: Acesso em : jun. 2022.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Revista Psiquiátrica Clínica. 34: 73-81. São Paulo. 2007.

SANCHEZ, Zila van der Meer e Nappo, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Revista de Saúde Pública [online]. 2008, v. 42, n. 2 [Acessado 8 Abril 2024], pp. 265-272. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>. Epub 02 Abr 2008. ISSN 1518-8787. https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011.

SANTOS, M. F. S. Velhice - uma questão psicossocial. **Pepsic**. 1994.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de Álcool e Drogas.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/Gabinete de Segurança Institucional. 2010. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/glossario.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.

SENADO FEDERAL. (2024, 28 de fevereiro). CAS aprova criação do Dia Nacional das Comunidades Terapêuticas. Recuperado de https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/02/28/cas-aprova-criacao-do-dia-nacional-das-comunidades-terapeuticas#:~:text=A%20Comiss%C3%A3o%20de%20Assuntos%20Sociais,Paim%20(PT%2DRS).

SILVA, R. R., & Siqueira, D. (2009). Espiritualidade, religião e trabalho no contexto organizacional. Psicologia em Estudo, Maringá, 14(3), 557-564. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S141373722009000300017.

SIMÃO, M. J. P. (2010). Psicologia transpessoal e espiritualidade. O mundo da Saúde, 34(4), 508-519.

SILVA LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. **Esc Anna Nery Rev Enferm**., v. 14, p. 585-90, 2010.

SOUSA PF, Ribeiro LCM, Melo JRF, Maciel SC, O MX. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas Psicol.,** v.21, n. 2, p. 259-68, 2013.

TARQUINO, Maria Louiza; LIRA, Lara Caline Santos. Dependência química e envelhecimento: as faces da invisibilidade nas pessoas idosas. *In*: IV CIEH, 2015, Campina Grande. v.2, **ANAIS IV CIEH**, 2015.

TOBIAS, Martin; JACKSON, Gary. Avoidable mortality in New Zealand, 1981–97. **Australian and New Zealand journal of public health**, v. 25, n. 1, p. 12-20, 2001.

TOSCANO JR, Alfredo. Um breve histórico sobre o uso de drogas. **Dependência de drogas**, p. 7-23, São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

UCHÔA, E; FIRMINO, J.O; LIMA-COSTA, M.F.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, (orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.25-35, 2002.

UNODC - Nações Unidas: Escritório sobre Drogas e Crime. **O Relatório Mundial sobre Drogas 2009**. Disponível em: http://www.antidrogas.com.br/ind_unodc.php. Acesso em nov 2022.

UNODC - UNITED NATION ORGANIZATION FOR DRUGS AND CRIME. World Drug Report 2017. Vienna: UNODC, 2017.

UNODC - Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC). (2022). Relatório Mundial sobre Drogas 2022.

VALE, Jéssica de Souza *et al*., Perfil do consumo de álcool, tabaco e maconha entre graduandos em enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – Faema. **Rev Cient Faculd Educ Meio Ambient.** v 5(2):156-72, 2014.

VARELLA, Alexandre Camera. A Cultura do uso de psicoativos nas Grandes Civilizações Pré – Colombianas: Aproximações e perspectivas. 2005.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 423-432, 2004.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

VIECELI, Leonardo. **População brasileira mostra tendência de envelhecimento em uma década**. Número de pessoas com menos de 30 anos diminuiu de 2012 para 2021, enquanto mais velhos ganharam espaço. UOL, Folha de São Paulo, 2022. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/07/populacao-brasileira-mostra-tendenciade-envelhecimento-em-uma-decada.shtml. Acesso em: 15 de out. de 2022.

VIRTUOSO *et al*., Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva, Florianópolis**, v.17, n.1, p. 23-31, 2012.

WALLACE, C, BLACK DJ, FORTHERGILL A. Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. **Nurs. Stand**. v. 24, n 33, p. 51-7, 2010.

WILMOTH, John R. Demography of longevity: past, present, and future trends. **Experimental gerontology**, v. 35, n. 9-10, p. 1111-1129, 2000.

WOERNER, Camila Biribio. **Comunidades terapêuticas:** do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes – um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002 – 2013. 179f. Universidade Federal de Santa Catarina (Mestrado em Saúde Coletiva). Florianópolis, Santa Catarina, 2014.

WHO, World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: **World Health Organization**; 2009.

WHO, World Health Organization. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

WU, L. T; BLAZER, D, G. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. Int. **J. Epidemiol**. v. 43, n. 2, p. 304-317. 2014. Disponível em: Acesso em 20 Dezembro 2022.

ZAITUNE, Maria Paula do Amaral *et al*., Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). [Internet] Cad. Saúde Pública, 45 22 Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 583-596, mar. 2012. [acessado em 13 de outubro de 2023]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300018&lng=pt&nrm=iso.

ZERBETTO, S. R. *et al*., Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017.

ZOHAR, D.; MARSHALL, I. QS: Inteligência espiritual. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Viva Livros, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **"DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM IDOSOS: INTERCONEXÕES ENTRE RELIGIOSIDADE-ESPIRITUALIDADE E REINCIDÊNCIAS NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA"**

O (sr.) está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer a dependência química (uso de substâncias psicoativas) pelo idoso. Objetivando avaliar as interconexões entre religiosidade-espiritualidade e as reincidências no uso de substâncias psicoativas em idosos ex-internos, após tratamento para recuperação da dependência química em uma comunidade terapêutica, situada na região centro-leste do estado do Rio Grande do Sul/RS, denominada "GISEDA" Grupo de Inclusão Social e Tratamento de Drogas e Álcool. Tendo como pesquisador responsável o psicólogo e aluno mestrando Antônio Marcos da Rosa Santana, vinculado ao programa de pós-graduação (PPG) stricto sensu em Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade La Salle, sob orientação da Prof.ª Dra. Lidiane Isabel Filippin.

Ao participar deste estudo o (sr.) permitirá a autorização do uso de dados e informações obtidas através dos prontuários eletrônicos que o pesquisador Antônio Marcos da Rosa Santana, utilizará em sua pesquisa, ficando o participante resguardado quanto ao sigilo das informações e seu anonimato. Os prontuários eletrônicos estão armazenados, guardados sob a posse da comunidade terapêutica GISEDA. O (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (sr.). Sempre que quiser poderá pedir maiores informações sobre a pesquisa através do contato telefônico (51) 99291-2127 do pesquisador do projeto.

A pesquisa será realizada através da busca ativa por prontuários eletrônicos dos idosos ex-internos que realizaram o tratamento para recuperação da dependência química na comunidade terapêutica GISEDA, no período correspondente ao ano de 2018 até o ano de 2022. Sendo este tratamento concluído, conforme o tempo previsto de nove meses ou tratamentos interrompidos antes do tempo previsto para término do tratamento. Será realizado o contato com

os participantes, através de ligações telefônicas, buscando investigar com estes idosos ex-internos, como se encontram após o tratamento da dependência química realizado na comunidade terapêutica GISEDA. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. (os dados obtidos serão sigilosos, resguardando os participantes da pesquisa, quanto ao seu anonimato).

O participante irá responder aos questionários que serão enviados para o contato telefônico, através do documento Google Forms pelo aplicativo *WhatsApp,* o tempo estimado para responder aos questionários fica em torno de 30 minutos, podendo o participante interromper o preenchimento e retornar o preenchimento quando desejar. Quanto ao preenchimento dos questionários, o participante terá acesso às orientações do pesquisador, solicitando-o para o esclarecimento de dúvidas, quanto ao devido preenchimento, através do contato telefônico do pesquisador. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Caso o participante em qualquer momento da pesquisa se sentir desconfortável e/ou constrangido, por algum motivo particular e/ou perguntas da pesquisa on-line, com questionário enviado através de documento Google Forms para aplicativo *WhatsApp* através do contato telefônico do participante, este poderá deixar de participar da pesquisa. Ao participar desta pesquisa o (sr.) terá como benefício, o conhecimento com informações importantes sobre a temática (do envelhecimento e da dependência química), podendo assim, contribuir significativamente sobre as consequências do uso de substâncias psicoativas no indivíduo idoso que adentra a terceira idade), de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa, (proporcionar a prevenção e promoção da saúde destes indivíduos), além da aquisição de autoconhecimento sobre o tema proposto para a pesquisa, auxiliando este no enfrentamento da reincidência ao uso de substâncias psicoativas na faixa etária da terceira idade. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos de forma on-line, que serão enviados para o contato telefônico através do aplicativo *WhatsApp* em documento Google Forms após conclusão dos resultados da pesquisa e finalização da pesquisa.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador aluno mestrando: Antônio Marcos da Rosa Santana e a orientadora: Prof.ª Dra. Lidiane Isabel Filippin terão conhecimento dos dados.

O (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nenhuma remuneração financeira por sua participação. O presente documento em uso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade La Salle, sob o protocolo nº. 67993723.3.0000.5307/2023, e será assinado de forma on-line, levando em consideração o aceite através de documento Google Forms enviado para o contato telefônico através do aplicativo *WhatsApp* do participante. Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entre em contato com o pesquisador psicólogo e aluno mestrando do PPG stricto sensu em Saúde e Desenvolvimento Humano, Antônio Marcos da Rosa Santana, pertencente a Universidade La Salle - Canoas (por e-mail antonio.santana0790@unilasalle.edu.br), ou pelo telefone (51) 99291-2127 e orientadora da pesquisa Prof.ª Dra. Lidiane Isabel Filippin, pertencente a Universidade La Salle - Canoas (por e-mail lidiane.filippin@unilasalle.edu.br), ou pelo telefone (51) 34768716 ou também com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade La Salle (através do e-mail cep.unilasalle@unilasalle.edu.br ou através do telefone (51) 3476-8452, ou pelo endereço: Av. Victor Barreto, 2288 - Centro, Canoas - RS, 92010-000 (2º andar do prédio 5), nos seguintes horários de funcionamento: Segunda-feira: 11h às 15h, Terça-feira: 14h às 18h, Quarta-feira: 16h às 20h, Quinta-feira: 9h às 13h, Sexta-feira: 14h às 18h.

APÊNDICE B - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS, COLETADAS ATRAVÉS DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS

01) Nº do Participante: _____

02) Idade: _____ anos

03) Local residência: _____

04) Cor ou raça: ( ) pardo ( ) branco ( ) negro ( ) indígena ( ) amarelo

05) Religião: ( ) sem religião ( ) católica ( ) protestante ( ) espiritismo ( ) afrobrasileiro ( ) evangélico ( ) outras

06) Escolaridade: ( ) não sabe ler nem escrever ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo

07) Estado Civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) divorciado ( ) viúvo

08) Profissão:_____

09) Situação Ocupacional: ( ) ativo ( ) não ativo

10) Aposentadoria: ( ) sim ( ) não

11) Desempregado: ( ) sim ( ) não

12) Renda Mensal: ( ) sem renda ( ) 1 sal. ( ) 2 sal. ( ) 3 sal. ( ) 4 sal. ( ) 5 sal.

13) Possui alguma doença psiquiátrica ou outras doenças diagnosticadas? ( ) sim ( ) não

14) Se sim, qual (is) doença (s). Se não, deixe a pergunta em branco._____

15) Iniciou o uso de substâncias psicoativas em qual faixa etária da vida? ( ) infância ( ) adolescência ( ) adultez ( ) terceira idade

16) Quais substâncias psicoativas você faz uso? ( ) cigarro ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) fármacos ( ) múltiplas drogas

17) Já realizou tratamento para a recuperação da dependência química, anteriormente ao tratamento que se inicia? ( ) sim ( ) não

18) Quantas internações já realizou para recuperação da dependência química, anteriormente ao tratamento para dependência química na comunidade terapêutica GISEDA? ( ) nenhuma ( ) uma ( ) duas ( ) três ( ) quatro ( ) mais de cinco

19) Onde realizou as internações para recuperação da dependência química?

( ) comunidade terapêutica ( ) hospital psiquiátrico ( ) clínica de desintoxicação ( ) CAPS-AD

20) Você concluiu o período proposto para o tratamento em comunidade terapêutica? ( ) sim ( ) não

21) Qual foi o período de permanência no tratamento? ( ) 21 dias ( ) 30 dias

( ) 09 meses ( ) um ano ou mais

APÊNDICE C - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS APÓS TRATAMENTO, COLETADAS ATRAVÉS DE CONTATO TELEFÔNICO

1) Nº do Participante: _____

2) Idade: _____

3) Por qual ou quais motivos o idoso ex-interno iniciou o uso de substâncias psicoativas? ( ) curiosidade ( ) luto perda ente querido ( ) incentivo de amigos ( ) problemas financeiros ( ) solidão ( ) aposentadoria ( ) desemprego ( ) conflitos familiares ( ) ambiente onde vive e ou vivia ( ) outros

4) O idoso ex-interno encontra-se abstinente ao uso de substâncias psicoativas, após o tratamento na comunidade terapêutica? ( ) sim ( ) não

5) Se a resposta for sim, qual o período que se encontra em abstinência ao uso de substâncias psicoativas? ( ) menos de 06 meses ( ) entre 06 meses e 01 ano

( ) 01 a 02 anos ( ) 02 a 05 anos

6) O idoso ex-interno, após o tratamento para recuperação da dependência química, encontra-se fazendo uso de substâncias psicoativas? ( ) sim ( ) não

7) Se a resposta for sim, qual, ou quais substâncias psicoativas encontra-se fazendo uso? ( ) cigarro ( ) álcool ( ) maconha ( ) cocaína ( ) crack ( ) fármacos ( ) múltiplas drogas

8) O idoso ex-interno apresentou recaídas, reincidência ao uso de substâncias psicoativas, após sua internação na comunidade terapêutica? ( ) sim ( ) não

9) Se a resposta for sim, em quanto tempo, houve a recaída, após internação na comunidade terapêutica? ( ) menos de 06 meses ( ) entre 06 meses e 01 ano ( ) 01 a 02 anos ( ) 02 a 05 anos

10) Por qual ou quais motivos o idoso ex-interno apresentou recaída ao uso de substâncias psicoativas após tratamento na comunidade terapêutica?

( ) desemprego ( ) divórcio ( ) relações familiares ( ) aposentadoria ( ) sentimento de abandono tristeza ( ) luto perda familiar ( ) dificuldade em lidar com a frustração ( ) relações sociais ( ) ambiente onde vive

11) Autoavaliação de Saúde: De um modo geral, em comparação com pessoas de sua idade, como o Sr. considera seu estado de saúde? ( ) excelente ( ) muito bom ( ) bom ( ) regular ( ) ruim

12) Apresenta alguma doença, qual doença, e se tem associação com o uso de substâncias psicoativas? _____ ( ) sim ( ) não

13) O idoso ex-interno vem mantendo suas crenças religiosas e espiritualidade após o tratamento na comunidade terapêutica? ( ) sim ( ) não

14) Qual a percepção do idoso ex-interno quanto a importância da religiosidade e espiritualidade no tratamento para a dependência química? ( ) importante ( ) pouco importante ( ) não é importante

15) O idoso ex-interno vem colocando em prática os aprendizados obtidos no tratamento para recuperação da dependência química evitando recaídas, reincidência ao uso de substâncias psicoativas? ( ) sim ( ) não

16) Se a resposta for sim quais? ( ) mantendo os vínculos familiares ( ) evitando lugares e pessoas que possam oferecer vulnerabilidade a recaídas ( ) frequentando alguma instituição religiosa ( ) mantendo vínculos com a instituição comunidade terapêutica ( ) participando de grupo terapêutico de AA e/ou NA ( ) participando de grupo terapêutico em CAPS-AD ( ) mantendo suas crenças religiosas e/ou espiritualidade

17) O idoso ex-interno após o tratamento na comunidade terapêutica apresenta melhoras em quais âmbitos da sua vida? ( ) saúde e bem estar ( ) trabalho ( ) lazer ( ) relações familiares ( ) relações sociais ( ) religião e espiritualidade ( ) não apresentou melhora em nenhum âmbito

ANEXO A - ESCALA DE ESPIRITUALIDADE - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. ( ) Mais do que uma vez por semana
2. ( ) Uma vez por semana
3. ( ) Duas a três vezes por mês
4. ( ) Algumas vezes por ano
5. ( ) Uma vez por ano ou menos
6. ( ) Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. ( ) Mais do que uma vez ao dia
2. ( ) Diariamente
3. ( ) Duas ou mais vezes por semana
4. ( ) Uma vez por semana
5. ( ) Poucas vezes por mês
6. ( ) Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas.
Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

( ) Totalmente verdade para mim
( ) Em geral é verdade
( ) Não estou certo
( ) Em geral não é verdade
( ) Não é verdade

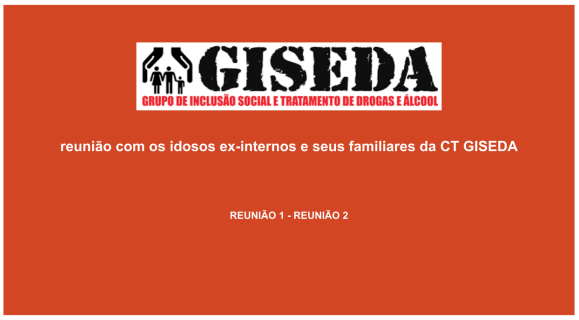
(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. ( ) Totalmente verdade para mim
2. ( ) Em geral é verdade
3. ( ) Não estou certo
4. ( ) Em geral não é verdade
5. ( ) Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. ( ) Totalmente verdade para mim
2. ( ) Em geral é verdade
3. ( ) Não estou certo
4. ( ) Em geral não é verdade
5. ( ) Não é verdade

ANEXO B - SUPLEMENTO 1 - PRODUTO TÉCNICO - REUNIÕES DE GRUPO EX-INTERNOS E SEUS FAMILIARES DA CT GISEDA



https://docs.google.com/presentation/d/10AOIXmrZww8bY0-3_CbqHpUoE1NdjSoK/edit#slide=id.p1.

ANEXO C - SUPLEMENTO 2 - REGISTROS PRODUTO TÉCNICO - REUNIÕES DE GRUPO EX-INTERNOS E SEUS FAMILIARES DA CT GISEDA

https://docs.google.com/presentation/d/1xx3XAoQwP2rIZ22cgg8W4KALTZUNS2r_/edit#slide=id.p1