



FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

Monografia

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
PSICOSSOCIAL ADOPTADAS PELA REMAR NA REABILITAÇÃO DE
INDIVÍDUOS CONSUMIDORES DE DROGAS**

Gilda Rosária Filipe

Maputo, Setembro de 2024



**UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E**

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

Monografia

**ANÁLISE DA EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO
PSICOSSOCIAL ADOPTADAS PELA REMAR NA REABILITAÇÃO DE
INDIVÍDUOS CONSUMIDORES DE DROGAS**

Gilda Rosária Filipe

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação em cumprimento dos requisitos parciais para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária.

Supervisor: Msc. Alcídio Cumbe

Maputo, Setembro de 2024

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Esta Monografia foi julgada suficiente como um dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária, e aprovada na sua forma final pelo curso de Licenciatura em Psicologia, Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane.

Director do Curso: _____

(Dr. Francisco Cumaio)

Presidente do Júri: _____

()

Examinador: _____

()

Supervisor: _____

(Msc. Alcidio Cumbe)

Maputo, _____ / _____ /2024

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao criador do céu e da terra, Deus, pelo dom da vida, agradeço-lhe pelo suporte que sempre me dá, por ajudar-me a chegar até aqui e por tudo que tem feito em minha vida, pois o senhor sempre esteve comigo por isso eu agradeço. Muito obrigada pai!

A minha família, em especial a minha querida mãe Rosária José Filipe, que é representante de Deus na terra, por ter acreditado em mim sempre, por me ter dado esse voto de confiança para que eu pudesse a honrar, me ajudando em tudo para minha educação, pelo suporte incondicional. Ao meu pai agradeço pelos ensinamentos dados. Aos meus irmãos Jaime, Esmeralda, Alberto, Cléusia, por estarem sempre comigo, por me ajudarem a superar o estresse em dias que não eram muito bons pra mim, pela força e incentivo.

A minha avó, minha Xará, minha amiga, minha confidente Gilda Alberto Munguabe (em memória) agradeço-lhe por sempre tirar do seu tempo para me ouvir, pra conversar comigo, pelos ensinamentos.

A minha sogra e mãe Guilhermina Nhancale (em memória) agradeço por todos ensinamentos e por ter me apoiado nesse percurso.

Ao meu noivo e amigo, Baptista Zumba por sempre ter acreditado em mim, pelo suporte, pela paciência, pelo incentivo, pelo amor, por ajudar-me a ser uma pessoa melhor dia a pós dia, por suportar meus dias maus de crise de ansiedade, pelo apoio emocional e por seres um espelho para mim. Muito obrigada amor da minha vida.

Aos meus amigos, Tânia, Eza, Anifa, Joela, Clésia, Dilma, Mendes e Inora pelo apoio e motivação que sempre me deram.

Aos meus colegas da universidade, Alves Orlando, Valter Chambule, Carla Macavele, Chilzia, Gerson, obrigada por agregar um valor especial em minha vida.

Ao meu estimado supervisor dr. Alcidio Celestino Cumbe, por ter aceite trabalhar comigo, por ter partilhado os seus ricos conhecimentos, sem os quais o trabalho não teria qualidade, pela paciência e pelo cuidado com cada detalhe deste trabalho, pela força e os puxões de orelha.

A Direcção e aos demais colaboradores centro de reabilitação Remar por terem-me concedido a autorização fazer o estudo e fornecido os dados que contribuíram para a materialização desta monografia. Muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão do curso à minha mãe Rosária José Filipe por sempre acreditar em mim e por apostar na minha educação, por nunca ter deixado nada faltar em minha vida, dedico também ao meu noivo por sempre demonstrar o seu apoio, e por não medir esforços pra me ver feliz, e dedico igualmente o mesmo trabalho aos meus avós, Gilda Munguambe e André Cumbe (em memória) pelo apoio que sempre me deram em vida.

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau académico e que a mesma constitui o resultado do meu labor individual, estando indicados ao longo do texto e nas referências bibliográficas todas as fontes utilizadas.

Assinatura

(Gilda Rosária Filipe)

Maputo, _____/_____/2024

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA	iii
DECLARAÇÃO DE HONRA.....	iv
LISTA DE FIGURAS GRÁFICOS E TABELA.....	vii
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	viii
RESUMO	ix
CAPÍTULO I: ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS	1
1.1. Introdução.....	1
1.2. Formulação do problema.....	2
1.3. Objectivos da pesquisa	4
1.3.1. Objectivo geral.....	4
1.3.2. Objectivos específicos	4
1.4. Perguntas de pesquisa.....	4
1.5. Justificativa do estudo	5
CAPÍTULO II: REVISÃO LITERATURA.....	6
2.1. Definição de Conceitos	6
2.1.1. Intervenção psicossocial	6
2.1.2. Reabilitação	7
2.1.3. Drogas.....	8
2.1.4. Eficácia	8
2.2. Drogas	9
2.2.1. Classificação das drogas	9
2.2.2. Factores que influenciam para o consumo de drogas	10
2.2.3. Consequências das drogas	11
2.3. Tratamento para o uso de drogas.....	13
2.4. Reabilitação	16
2.4.1. Reabilitação psicossocial	16
2.4.2. Intervenção psicossocial na reabilitação de usuários de drogas	17
2.4.3. Factores de risco e protecção durante o processo de reabilitação do consumidor de drogas.....	20
2.5. Eficácia dos tratamentos para consumidores de drogas	23

CAPÍTULO III: METODOLOGIA	25
3.1. Descrição do local de estudo	25
3.2. Abordagem metodológica	26
3.3. População e amostragem	27
3.4. Técnica e instrumentos de recolha de dados	27
3.5. Procedimento de análise de dados	27
3.6. Questões éticas	29
3.7. Limitações do estudo	29
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	30
4.1. Perfil sociodemográfico da amostra	30
4.2. Estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas	31
4.3. Eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas	34
4.4. Estratégias de intervenção psicossocial para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas	35
4.4. Discussão dos dados	37
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E SUGESTÕES	41
5.1. Conclusões	41
5.2. Sugestões	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICES	49
ANEXOS	53

LISTA DE FIGURAS GRÁFICOS E TABELA

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico da amostra.....	30
---	----

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

OMS	Organização Mundial da Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
HCV	Vírus da Hepatite C

RESUMO

O consumo de drogas é um dos problemas que tem afectado diversas camadas da sociedade, trazendo consigo diversas consequências para o consumidor, sua família e a sociedade. Existem diversos tratamentos empregues para o consumidor de drogas. A presente monografia intitulada “Eficácia das Estratégias de Intervenção Psicossocial Adoptadas pela Remar na Reabilitação de Indivíduos Consumidores de Drogas” tem como objectivo geral analisar a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e um estudo de caso. Contou com uma amostra de 3 responsáveis do centro, que foram escolhidos tendo em conta a amostragem por conveniência. Os dados foram colhidos através de uma entrevista semi-estruturada e analisados com recurso à análise de conteúdo. Com os dados foi possível constatar que: a estratégia usada pelo centro é baseada na palavra de Deus através da leitura da Bíblia, a abstinência, a terapia ocupacional, algumas dessas estratégias podem ser vistas como eficazes e outras não, pelo facto de usar-se como medida de verificação unicamente a abstinência. Com isso propõe-se que para aprimorar o atendimento ou a reabilitação dos indivíduos consumidores de droga: a melhoria das estratégias de intervenção psicossocial, com a inclusão de alguns profissionais como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais para dar o devido seguimento dos casos; uso de estratégias psicológicas como psicoterapias individuais, de cunho cognitivo comportamental, aconselhamento de drogas de modo a compreender as causas e modificar a interpretação que os usuários têm sobre as drogas.

Palavras-chave: Eficácia; Estratégias de Intervenção Psicossocial; Indivíduos Consumidores de drogas.

CAPÍTULO I: ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS

1.1. Introdução

Esta monografia subordina-se ao tema “Análise da eficácia das Estratégias de Intervenção Psicossocial Adoptadas pela Remar na Reabilitação de Indivíduos Consumidores de Drogas”, no âmbito das drogas, no centro de reabilitação Remar decorre das actividades realizadas nos meses de Outubro de 2023 à Julho de 2024.

O consumo de substâncias classificadas como drogas constitui um problema de saúde pública, contribuindo para que muitas organizações envidassem esforço para combater tal fenómeno, facto comprovado quando Rodrigues (2019) destaca que o consumo de drogas assume escalas alarmantes e como consequência, um grande número de programas de intervenção têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de tentar responder a tais necessidades.

O autor supracitado destaca que as modalidades de tratamento têm evoluído de forma contínua, podendo-se verificar assim as rápidas mudanças que ocorrem no contexto do consumo de drogas, do tipo de substâncias consumidas e de padrões de consumo.

Dados divulgados pela United Nations Office Drugs and Crime (2023) indicam que globalmente, mais de 296 milhões de pessoas usaram drogas em 2021, um aumento de 23% em relação à década anterior. Enquanto isso, o número de pessoas que sofrem de transtornos associados ao uso de drogas subiu para 39,5 milhões, um aumento de 45% em 10 anos, os números tendem a aumentar pois existem países que libaram o consumo de drogas.

O presente trabalho é composto por cinco capítulos, organizados da seguinte forma: capítulo um que tem como título Introdução, fazem parte a contextualização, a formulação do problema, apresentação dos objectivos gerais e específicos, as perguntas de pesquisa e a justificativa da pesquisa.

O segundo capítulo contém a revisão da literatura, onde explora-se os conceitos e tópicos ligados às estratégias de intervenção psicossocial usadas na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, para melhor compreensão do tema. O terceiro capítulo diz respeito aos procedimentos metodológicos usados na realização desta pesquisa, nomeadamente: Descrição do local do estudo; Abordagem metodológica; Amostragem; Técnicas de recolha e análise dados; Questões éticas e Limitações do estudo.

No quarto capítulo, encontra-se a apresentação e análise de dados, e no quinto pode-se encontrar as conclusões e as recomendações. Após o quinto capítulo, encontrar-se os apêndices e os anexos que foram importantes para a materialização desta pesquisa.

1.2. Formulação do problema

O ambiente social é constituído por associações de indivíduos que compartilham valores culturais e éticos, estes estão sob um mesmo regime político, econômico, territorial e sob as mesmas regras de convivência, a nível social estas partilhas de valores culturais, éticos, políticos e econômicos, podem influenciar o comportamento dos indivíduos em duas perspectivas, positiva e negativa, consequentemente no consumo de drogas que afecta o desenvolvimento emocional e físico da pessoa (Botzet & Anderson, 2002).

Em uma perspectiva positiva, a influência pode decorrer através da amizade que torna-se uma relação de pessoas específicas no qual o indivíduo cria novos laços afetivos estabelecendo assim um círculo social reduzido e homogêneo, em que as pessoas encontram sua própria identidade num processo de interação social (Nery Filho & Torres, 2002 p.31 citado por Corrêa, 2011).

Por outro lado, os autores supracitados afirmam que a influência negativa pode ocorrer através de emoções e sentimentos associados a um intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade e baixa autoestima.

Essas emoções e sentimentos podem submeter o indivíduo a estar em um ambiente em que há vendas e consumo de drogas e pode fazer com que o indivíduo se deixe influenciar e entre para o mundo das drogas, por outra, não estar envolvido em um ambiente social em que há vendas e consumo de drogas pode fazer com que o indivíduo não entre para o mundo das drogas (Paulino, 2003 Corrêa, 2011).

O termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (2006) é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de actuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento, efetivamente que o Freud explica como é o consumo de drogas através do desenvolvimento psicosssexual.

Freud (1905) defende que o homem é um ser pulsional, marcado pela busca a satisfação, dessa forma acreditava que a vida era construída em torno do prazer do consumo de drogas e que podia ser fruto de um recalçamento ocorrido na infância especificamente na fase oral onde não houve satisfação das necessidades libidinais na criança de tal forma que reflete na fase adulta,

através do consumo de drogas, por outro lado os autores Nunes e Jólluskin (2007) citados por Chacón (2016) asseveram que consumo de substâncias sempre existiu. No entanto, consumidas para diferentes fins, tais como o contato com entidades divinas, fontes de prazer, relaxantes, euforizantes, efeitos desinibidores, ou seja, diferentes características que acompanharam o homem durante toda a história.

Essa realidade do consumo de drogas vem sendo observada tanto em outros países, quanto em Moçambique. De acordo com o Relatório Mundial, em 2020 sobre drogas, a maconha foi a droga mais utilizado em todo o mundo durante o ano de 2018, com um índice de aproximadamente 192 milhões de pessoas consumidas (United Nations Office Drugs and Crime, 2023).

O United Nations Office Drugs and Crime (2023) calcula que aproximadamente 200 milhões de pessoas usam drogas ilícitas em todo o mundo, o que representa 5% da população mundial acima de 15 anos de idade. Em Moçambique, concretamente no sul do país em 2020, liderou o número de internamentos devido ao consumo de drogas, com 49,8%, seguida da província de Manica, centro, com 11,7%, e Sofala com 11%. Antigamente, a OMS (Organização Mundial de Saúde) estimava recuperação de 4% e hoje já chega aos 20%, melhorou depois que se começou o trabalho multidisciplinar com médicos, psicológicos, grupos de apoio e espiritualidade por conseguinte a reabilitação.

Para o tratamento da dependência do uso de drogas, usa-se diversas estratégias dentre as quais temos a desintoxicação, medicamentos adequados, psicoterapias, internações, grupos de apoio, e a reabilitação está associada ao termo recuperação de um membro, ou de uma determinada função física, por ser uma palavra ampla, o conceito de reabilitação compreende várias definições.

E a reabilitação está relacionada ao processo de recuperação dependência de substâncias psicoactivas, apesar da evidência de problemas relacionados ao uso em aspectos pessoais, sociais e de saúde, geralmente, resultando em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de busca pela droga (Schlindwein-Zanini, Almeida, Helegda & Fernandes, 2014).

Saraceno (2001) destaca que para a ocorrência de uma reabilitação psicossocial é necessário que vise a ampliar os espaços de negociação do sujeito, aumentando o seu poder contratual.

Em Moçambique existem alguns centros de reabilitação, especificamente na capital do país temos a Centro de reabilitação Remar renomado, que é uma organização internacional de sociedade civil que opera em Moçambique desde 1997 que se dedica à luta contra toda classe de marginalidade, em particular contra o consumo de drogas e do álcool.

Tendo em conta essas perspectivas de reabilitação, importa referenciar que processo de busca de novas técnicas de reabilitação vem crescendo a nível mundial, e é importante esta reverificação dos processos de reabilitação para permitir melhoria, é tendo conta esses argumentos que nos propusemos a verificar as estratégias de reabilitação adotadas pela Remar. Nessa ordem de ideias o presente estudo orienta-se pela seguinte pergunta de partida:

Até que ponto as estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar tem sido eficazes na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas?

1.3.Objectivos da pesquisa

1.3.1. Objectivo geral

- Analisar a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas.

1.3.2. Objectivos específicos

- Identificar as estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas.
- Descrever a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas.
- Propor junto do Remar estratégias de intervenção psicossocial para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas.

1.4. Perguntas de pesquisa

1. Que estratégias de intervenção psicossocial tem sido adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas?
2. Que eficácia das estratégias de intervenção psicossocial são adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas?
3. Que estratégias podem ser usadas para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas na Remar?

1.5. Justificativa do estudo

A escolha do tema deve-se a preocupação e a necessidade de realizar uma investigação que diz respeito às drogas a fim de perceber como é que é feita a reabilitação, saber das estratégias de reabilitação, concretamente num dos centros de reabilitação, na capital de Moçambique, neste contexto, espera-se que a investigação torne-se uma contribuição fundamental para sociedade em geral, visto que o consumo de drogas pode acarretar uma série de problemas que envolvem os próprios consumidores, jovens, adolescentes e adultos, como também a todos aqueles que mantém contacto direto com eles, família, escola, e a comunidade, pois as drogas interferem na elaboração do juízo de valor.

A nível pessoal o estudo do tema torna-se relevante na medida em que ajudará a autora a compreender mais sobre a elaboração de pesquisas, como também desenvolver os seus conhecimentos sobre as estratégias que podem ser empregues no tratamento dos usuários de drogas e a sua eficácia, área que é de seu interesse, uma vez que já esteve exposta a essa realidade, acompanhando diversos casos.

Academicamente este estudo poderá contribuir para o aumento de repertório de estudos na área no contexto moçambicano, e também suscitar debates sobre a eficácia dos tratamentos usados na reabilitação, por parte de especialistas e entusiastas da área.

O estudo é de necessidade social na medida em que o consumo de drogas está em todo lugar, escolas, trabalho, casa, influenciando em diversas esferas de vida do ser humano, criando assim uma necessidade sobre uma maior compreensão da eficácia das estratégias empregues usados na reabilitação de consumidores de drogas, como também chamar atenção para as instituições vocacionadas aos processo de reabilitação para uma avaliação dos seus programas de modo proporcionar melhorias identificando os pontos que necessitam das mesmas.

CAPÍTULO II: REVISÃO LITERATURA

No presente capítulo, explora-se os conceitos e tópicos ligados às estratégias de intervenção psicossocial usadas na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, para melhor compreensão do tema.

2.1. Definição de Conceitos

2.1.1. Intervenção psicossocial

Segundo Alvis (2009), a intervenção psicossocial é um processo que visa aumentar a capacidade de desenvolvimento do ser humano, da família e da comunidade. Ela permite que os indivíduos exerçam controle e poder sobre o seu ambiente individual e social.

Costa, Silva e Santos (2009, p. 102) afirmam que a intervenção psicossocial é uma prática multidisciplinar, em que diversos profissionais assumem uma postura de construção conjunta e igualitária de saberes com os membros da comunidade, de forma que possam interferir nesta realidade, no sentido de ajudar a promover o bem-estar de seus moradores.

A intervenção psicossocial como um processo científico a partir do qual se constrói conhecimento acerca de determinada realidade ao mesmo tempo que se actua sobre essa realidade a fim de transformá-la (Neiva, 2010, p. 16).

A intervenção psicossocial é uma disciplina dentro da psicologia social que busca compreender, prever e mudar os processos psicossociais para melhorar a qualidade de vida, sendo que a qualidade de vida é definida culturalmente (Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2023).

Para Afonso (2011) a intervenção psicossocial também deve ser interdisciplinar e orienta-se para processos de mudança, em contextos diversos, com base na demanda dos sujeitos envolvidos e na análise crítica das relações sociais no cotidiano dos grupos, instituições e comunidade.

Machado (2004) afirma que o principal objectivo da intervenção psicossocial não é um projeto predefinido de mudança pautado em uma racionalidade técnica e sim o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos. Mesmo quando referenciado em conhecimentos técnicos, a mudança é um processo que deriva do desejo de autonomia e que deve oferecer condições para o seu desenvolvimento. Não se trata de definir qual é a “mudança certa” para um dado grupo social e sim de construir com ele as possibilidades de transformação que ampliam e desenvolvem a sua autonomia.

Analisando as definições acima apresentadas podemos compreender que a intervenção psicossocial é um processo que visa mudar, aumentar a capacidade de desenvolvimento do ser humano, da família e da comunidade, melhorando a qualidade de vida.

2.1.2. Reabilitação

Para Pitta (1996, p. 21), também é possível considerar a reabilitação psicossocial como um “processo pelo qual se facilita, ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade”.

Para Lussi, Pereira e Pereira Júnior, (2006, p. 450), a reabilitação consiste em “melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível”.

Compreende-se que a reabilitação psicossocial não é considerada uma técnica em si, mas sim um conjunto de intervenções que auxiliam o indivíduo no manejo dos prejuízos ocasionados pela doença mental, além de maximizar as potencialidades que facilitam um melhor desempenho psíquico e social (Schneider, Limberger, Novello & Andretta, 2016).

Para Goulart e Anderle (2020) a reabilitação engloba um conjunto de medidas que auxiliam os indivíduos com incapacidades a alcançar/manter um ótimo funcionamento integrado com seus ambientes.

De acordo com o Governo de Santa Catarina do Brasil (2022) Reabilitação é processo de consolidação de objectivos terapêuticos não caracterizando área de exclusividade profissional e sim uma proposta de actuação multiprofissional e interdisciplinar, composto por um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal (física, sensorial, intelectual, psicológica e social) na interação com seu ambiente, fornecendo as ferramentas que necessitam para atingir a independência e a autodeterminação.

O entendimento sobre a reabilitação psicossocial não visa a passagem da incapacidade para a capacidade, mas considera as limitações singulares do paciente para o aumento de sua funcionalidade social e de sua qualidade de vida (Saraceno, 2001).

Podemos entender a reabilitação como um processo que engloba várias técnicas tendo como foco melhorar alguns aspectos que podem limitar a vida do individuo, fornecendo mecanismos de enfrentamento que possibilitem o mesmo voltar ao convívio social ou participar do mesmo.

2.1.3. Drogas

Para Corrêa (2011, p.14) drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera da droga e as circunstâncias em que é consumida.

Chacón (2016, p. 17) afirma que se considera droga toda substância que é introduzida no corpo através da inalação, ingestão ou injectada por via parenteral, e que provoca alterações do funcionamento do organismo humano. Dentre estas, há um grupo que actua no psiquismo, as denominadas psicotrópicas, outras que provocam alterações do humor, percepção, sensações de prazer e euforia, alívio, medo, dor.

Com as definições acima, pode-se compreender que drogas são substâncias que quando entram em contacto com o nosso organismo podem produzir alterações, impactando no funcionamento do mesmo.

2.1.4. Eficácia

Segundo Kassai (2002), a eficácia está relacionada ao cumprimento de objectivos traçados; quanto mais perto um sistema chega de uma meta traçada, mais eficaz ele é.

Ribeiro (2022) afirma que a eficácia consiste em fazer uso de todos os recursos disponíveis para oferecer o melhor trabalho possível e, como consequência, obter resultados positivos para a corporação.

Pode-se compreender a eficácia como o acto de atingir uma determinada meta ou objectivo, fazendo uso de algum método específico.

2.2. Drogas

2.2.1. Classificação das drogas

Há diferentes maneiras pelas quais podemos classificar uma substância, segundo Mendes (2015) uma delas é sob o ponto de vista legal, sendo divididas em drogas lícitas e ilícitas, as drogas lícitas são aquelas cuja venda e consumo são permitidos e as ilícitas cuja venda e consumo são proibidos.

Corrêa (2011) destaca que as substâncias psicoativas, podem ser classificadas dividindo-as de acordo com a ação delas no sistema nervoso central, como mostra o esquema a seguir:

- **Substâncias depressoras da actividade mental:** São drogas que deprimem a actividade mental, e tendem a produzir diminuição da actividade motora, da reactividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial (diminuição das inibições, da crítica) e um aumento da sonolência, posteriormente. São exemplos desta classe: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e solventes
- **Substâncias estimulantes da actividade mental:** São drogas que estimulam a actividade mental, e que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desta classe: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína.
- **Substâncias perturbadoras da actividade mental:** São drogas que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (dentre os quais alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação global do sistema nervoso central. São exemplos desta classe: cannabis e derivados, LSD25, *ecstasy* e anticolinérgicos.

Fonte (2006) apresenta a mesma classificação que Corrêa (2011) e afirma que as drogas podem se classificar pela acção no Sistema Nervoso Central da seguinte forma:

- **Depressoras:** as drogas depressoras são aquelas que diminuem a actividade do Sistema Nervoso Central, provocando relaxamento, afastando as sensações desagradáveis.
- **Estimulantes:** as drogas estimulantes activam o Sistema Nervoso Central, aumentando o estado de alerta e atenção, suprimindo o sono, fadiga e apetite, provocam excitação e as pessoas sentem-se com mais força e mais inteligentes.
- **Modificadoras ou perturbadoras:** as drogas modificadoras, provocam uma perturbação na actividade cerebral, produzindo distorções ao nível da percepção e da cognição.

2.2.2. Factores que influenciam para o consumo de drogas

Castro e Rosa (2010, p.20) afirmam a pessoa não começa a usar drogas ou abusar delas ou por uma decisão isolada, sendo que o uso indevido de drogas é fruto da acção de múltiplos factores, como influência de amigos de traficantes, além dos contextos social, político, cultural e económico.

Para Chacón (2016) alguns factores de risco para o uso de drogas são os seguintes:

- a) *Pessoais*: predisposição genética, transtornos de personalidade, mau desempenho escolar, baixa auto-estima e comportamento agressivo na infância;
- b) *Interpessoais*: falta de apoio familiar, pressão do grupo e violência doméstica;
- c) *Ambientais*: disponibilidade de drogas, pobreza, falta de políticas sobre drogas e atitudes favoráveis ao uso.

Para alguns autores, as causas do uso de drogas podem se referir a predisposição genética de certos indivíduos para o consumo de drogas. A predisposição ao vício às drogas pode estar nos genes, segundo um novo estudo que tem a colaboração de cientistas da Universidade de Cambridge. Segundo os especialistas, o cérebro dos consumidores de drogas parece ter poucos receptores de dopamina, molécula que desempenha um importante papel no que os neurocientistas chamam de “efeito de recompensa” (Corrêa, 2011).

Para Becerra (1978) citado por Corrêa (2011) as três causas possíveis do uso de drogas são (1) uma personalidade que adoece de “insuficiência psicológica”; (2) passar por uma situação de crise, e (3) convite ao consumo de drogas realizado em momento crítico.

Tavares (2012) aponta como causas do consumo de droga os seguintes: pobreza, falta de escolaridade, síndrome de abandono, depressão económica, lares superpovoados, falta de suporte familiar, desemprego, más companhias.

Dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas mostram que principais motivos que levam ao uso da droga são busca de prazer, diminuição da ansiedade, tensão, medos e alívio de dores físicas, sendo também citado como meio de evitar o desprazer da droga, amenizando sintomas da síndrome de abstinência (Silva, Guimarães & Salles, 2014).

Para Schenker e Minayo (2005) citados por Silva e Faria (2018) os principais motivos que podem levar um indivíduo ao uso de drogas podem estar relacionados a níveis socioeconômicos, desigualdade social, vulnerabilidade, desempenho escolar, problema de conduta, família com pais alcoólatras, agressivos, com desvio de conduta, relacionadas a pais

permissivos, mães que fazem uso de psicoterápicos para dormir, conflitos familiares, a disponibilidade de droga para quem mora em bairros propícios de periferia onde a procura pela droga é mais extensa, abuso físico na adolescência, associação com amigos consumidores, falta de inserção de valores dentro de lares desestruturados, entre outros.

Tinôco (2018) destaca os seguintes factores que influenciam para o consumo de drogas:

- *Família*: O simples fato de ser criado por pais consumidores excessivos de psicoativos é considerado por alguns autores como factor de risco, expondo a criança ou o adolescente a substâncias psicoactivas desde a formação como também o à permissividade dos pais ao uso de substâncias.
- *Amigos*: Na adolescência transita-se do mundo infantil para o mundo adulto, com diversas mudanças biológicas e sociais. O jovem passa a ter mais liberdade e a passar menos tempo com a família, o que faz dos amigos uma fonte de socialização e aprendizagem de normas sociais passíveis de influenciá-lo a desafiar a autoridade e a orientação dos pais, moldando-se o comportamento de maneira geral

2.2.3. Consequências das drogas

O uso de drogas causa prejuízos aa saúde, sendo classificados com agudos e crónicos. Os agudos estão relacionados aos períodos relativos a intoxicação ou overdose, já os crónicos são responsáveis por alterações duradouras ou mesmo irreversíveis (Marques & Cruz, 2000).

Causas físicas e biológicas

Segundo Patrício (2002) a primeira consequência visível do uso abusivo das substâncias psicoactivas é a síndrome de privação, apresentada de forma dramática, enquanto sinal de dependência física da substância.

O mesmo autor acima citado ressalta que após algum período de consumo regular de determinada substância psicoactiva, é na ausência dessa mesma substância que o organismo reage, em alguns casos de forma violenta face à ausência desse químico.

A forma como as substâncias são consumidas também comporta riscos e danos, como o uso pelas vias inaladas e injectável, a partilha de material do consumo em más condições de higiene e de esterilização, com aumento de risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas graves como o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e o Vírus da Hepatite C (HCV), lesões do septo nasal, septicemia e trombose, originado por vezes a lancetamento e amputações de partes ou membros do corpo (Patrício, 2002).

Mwamwenda (2005) destaca que podem surgir também problemas de disfunção sexual.

Causas sociais

As causas sociais reflectem-se nas rupturas com a rede social primária do sujeito (família nuclear e alargada), interrupção do percurso escolar. Perda de emprego e eventual problemas judiciais. Este tipo de consequências é agravado no caso do consumo de substâncias ilícitas já que o estereótipo de toxicodependente heroínmano ou cocainômano é marcadamente mais negativo do que o de um alcoólico, onde social e moralmente, este último é menos responsabilizado pelo seu problema por outro lado, o facto de o álcool se uma substância ilícita, não expõem a situações e comportamentos de riscos para a obtenção do álcool (Patrício, 2002).

Para Tavares (2012) o consumo de droga leva o consumidor a ter um comportamento desviante como: o tráfico de droga, burla, roubo, fraude, prostituição, delinquência (formação de grupos para confusões).

Segundo Mwamwenda (2005) algumas implicações sociais do consumo de álcool e drogas são as seguintes : problemas de comunicação na família; estigmatização do membro da família que sofre de alcoolismo, dado que o consumo excessivo de álcool é um comportamento socialmente reprovável; a família poderá experimentar problemas financeiros a partir do momento em que grande parte dos seus rendimentos é gasta em álcool; são comuns acidentes rodoviários e mortes relacionados com o consumo de álcool; as relações maritais sofrem e são tensas; existência frequente de violência para com os membros inocentes da família, quando o parente que consome álcool regressa a casa; faltas frequentes ao local de trabalho e baixa produtividade.

O consumo abusivo de drogas pode gerar problemas laborais e, muitas vezes, levar ao desemprego. Sabe-se que o baixo nível de lucidez pelo efeito da droga no sistema nervoso central produz um quadro de desorganização e compromete o desenvolvimento de actividades pertinentes a função no trabalho, como também gera absenteísmos e, por consequência, a perda do trabalho (Nimtz, Tavares, Maftum, Ferreira, Borba & Capistrano, 2014)

Causas psicológicas

A principal causa do abuso de qualquer substância psicoactiva é a dependência psíquica, onde se instala no sujeito um desejo constante e compulsivo para procurar repetir infinitamente a experiência psicológica sentida, geralmente de prazer. É a partir deste primeiro construto que se desenvolve a dependência psicológica, onde aparece a dependência física, o desejo de consumo da substância. A ansiedade, as frequentes referências mnésicas de sensações psicológicas de prazer, os sonhos com ritual de consumo, correspondem a experiências subjectivas e vivências dos toxico dependentes, no permanente apelo ao consumo de substâncias (Patrício, 2002).

As drogas podem afectar a mente, a orientação e a consciência. Significa que o consumo da droga pode conduzir ao surgimento de perturbações mentais (sonolência, disartria, descoordenação motora, agitação psicomotora, alterações do equilíbrio e do humor, alucinações, perda do contacto com a realidade, ideação delirante e pode provocar coma ou morte), afectando o sistema nervoso central, actividade cognitiva, e psicomotora (ataxia) (Tavares, 2012).

2.3. Tratamento para o uso de drogas

Os principais modelos utilizados para lidar com a questão da droga são o modelo jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sócio-cultural. E expressam a maneira como as diferentes sociedades compreendem o uso de tais substâncias bem como os fenômenos dele decorrentes. As formas de tratamento baseiam-se em três modelos clássicos: o psiquiátrico, o comportamental e o psicodinâmico ou relacional (PUC-Rio, 2001).

A respeito da Psicologia no tratamento de consumidores de drogas, Pires (2017) afirma que a psicologia no tratamento da dependência e abuso de substâncias vai proporcionar a compreensão subjectiva das causas que levam ao consumo de drogas, objectiva a revisão dos papéis sociais e o resgate dos relacionamentos feridos.

Santos (2016) acrescenta que o papel do psicólogo é orientar outros profissionais quanto a importância da diferenciação dos níveis de gravidade de toxicodependência e de escutar os consumidores e familiares, na compreensão da psicodinâmica das situações, ajudar os profissionais a desenvolver estratégias para incentivar o usuário, a perceber que ele é quem pode melhorar sua vida e quem tem o poder de mudar sua situação, o que se tenta promover nesse sentido é o resgate da responsabilidade sobre si mesmo.

Segundo Silva, Guimarães e Salles (2014) existem várias modalidades de tratamento e a eficácia muitas vezes é questionável. As modalidades mais conhecidas de tratamento são: medicamentosa, com ou sem internação; tratamentos não medicamentosos com internação; tratamentos não medicamentosos através do ingresso em grupos de ajuda mútua; terapias cognitivo-comportamentais e redução de danos.

Os autores supracitados destacam ainda que os tratamentos podem acontecer com a administração de medicamentos, pelo ingresso em grupos de ajuda mútua, pelas internações voluntárias ou involuntárias e pela busca por terapias, como a cognitiva comportamental, que tem um grande destaque positivo nos casos de recuperação.

O tratamento do toxicodependente possui múltiplas possibilidades de intervenção que são indicadas de acordo com a particularidade de cada caso, tais como: psicoterapia, farmacoterapia, grupos de ajuda mútua, grupos de assistência aos familiares, intervenção domiciliar, intervenção hospitalar e atendimento integrado (Martuscello, 1999, p.139-140 citado por Prado, 2010).

Os modelos psiquiátrico e comportamental estão ligados a procedimentos mais tradicionais, com tratamentos na modalidade de internação em hospitais psiquiátricos ou de longo prazo em centros agrícolas, que adotam a cura pelo trabalho, relaxamento e incorporação de elementos da filosofia dos grupos de mútua-ajuda (PUC-Rio, 2001).

A forma mais clássica da sociedade lidar com o fenômeno das drogas têm sido via atendimento psiquiátrico. O recurso por excelência é a desintoxicação para superar a síndrome de abstinência, através de internações que raramente são baseadas no desejo do paciente, mas ao contrário, representam uma imposição. Geralmente são encaminhados ao atendimento psiquiátrico pela família ou justiça. A internação varia em média de 28 a 30 dias e a alta se dá quando ocorre a superação das mazelas provocadas pela síndrome de abstinência e das eventuais debilidades físicas. O paciente então é indicado a participar de um tratamento ambulatorial e sua continuidade dependerá diretamente dele e da habilidade do terapeuta em motivá-lo a permanecer em tratamento, contudo as chances de recaída são grandes uma vez que o contexto da vida da pessoa, suas relações familiares, profissionais e sociais, não foi trabalhado (PUC-Rio, 2001).

Sobre as técnicas de modificação do comportamento, Bucher (1992) citado por PUC-Rio (2001) ressalta que seu nascimento ocorreu nos Estados Unidos com ampla difusão delas no

tratamento dos dependentes de drogas pelo país de origem, em países da Europa e no Japão. A ênfase é na capacidade do indivíduo desenvolver autocontrole sobre seu comportamento.

As técnicas são oriundas de diversas disciplinas de observação do comportamento e da psicologia experimental. Assim, a abordagem comportamental foi alvo de atenção de amplos setores dos poderes públicos por apresentar-se como mecanismo eficaz de repressão e controle do uso de drogas, sendo consideradas capazes de substituir os tratamentos tradicionais da psiquiatria ou da desintoxicação, descritos anteriormente (PUC-Rio, 2001).

Os grupos de mútua-ajuda utilizam diversas estratégias comportamentais. Sugerem que os pacientes evitem hábitos, pessoas e lugares de ativa (risco para o uso da droga) e também que evitem o primeiro “gole”, para assim evitar os outros. E ainda ressaltam a necessidade de tentar não beber por 24 horas. Entendem que uma vez dependente sempre dependente, estando uns em recuperação e outros na “ativa”, no uso. Para eles quem se tornou adicto não poderá consumir a substância, mesmo que em pequenas quantidades e com menor frequência (PUC-Rio, 2001).

O modelo psicodinâmico ou relacional concentra-se na aplicação de conceitos da teoria psicanalítica em atendimento individual. Em grupo baseia-se na psicoterapia. Aborda a importância da relação intersubjetiva como fundamentais no trabalho terapêutico. A abordagem é psicodinâmica, não psicanalítica propriamente dita, por não se referir a técnica, mas à teoria psicanalítica e a sua visão do homem influenciado por seu inconsciente, dividido e angustiado com seus conflitos. A história do indivíduo é peça fundamental no processo de recuperação, por estarem ali presentes, elementos que certamente, tiveram associação direta com a busca pelas drogas (PUC-Rio, 2001).

2.4. Reabilitação

2.4.1. Reabilitação psicossocial

Para Carvalho (2007) nota-se que o termo reinserção social e reabilitação psicossocial, apesar de serem usados por vezes em momentos e áreas distintas, são muito próximos.

A reinserção social ligada às pessoas que apresentam problemas relativos ao consumo de drogas, pode se iniciar quando o indivíduo decide buscar ajuda. Esse processo ganha força quando a capacidade de comunicação e de entendimento de valores sociais mínimos são identificados e potencializados, fazendo com que o indivíduo minimize os conflitos e possa, aos poucos, ir se integrando ao meio social, de forma a flexibilizar suas expectativas e suas características pessoais. Assim, a reinserção social objectiva dotar o indivíduo das ferramentas necessárias para lidar melhor com seus conflitos e poder reintegrar-se no seu contexto social específico. Trata-se de uma construção individual, “autônoma” e capacitante, partindo do indivíduo enquanto motor do seu próprio desenvolvimento pessoal e social (Carvalho, 2007).

As intervenções em busca da reinserção social devem actuar em níveis individuais, micros sociais e macrossociais. As intervenções individuais buscam ajudar no equilíbrio emocional, pessoal e relacional do indivíduo. Não obstante as intervenções no âmbito micro social são direcionadas a família na forma extensa, bem como, outras esferas sociais com grande influência, tanto na origem do problema, como na sua possível “resolução”. Já as intervenções no campo macrossocial são voltadas para a comunidade em geral e outros contextos que façam parte do convívio do indivíduo, tratando-se de uma intervenção que considera a relação do indivíduo com o seu meio e que também sensibiliza este meio para obter melhores condições para a reinserção (Arza & Comas, 2000).

O Ministério da Saúde do Brasil (2003) apresenta uma visão similar à de Arza e Comas (2000) e afirma que para o tratamento é necessário ter em vista as singularidades da doença, acolhendo sem distinção cada usuário, suas particularidades e sua demanda e não visando a oferta do serviço, a abordagem deve ser clínica e política, para que não ocorra somente mudança comportamental, mas sim ação sobre o território e família, construindo redes de suporte social, para a defesa da vida.

2.4.2. Intervenção psicossocial na reabilitação de usuários de drogas

Para Knapp (2002) as intervenções psicossociais usadas na reabilitação do toxicod dependente podem ser as seguintes:

- *Terapias Cognitivo-Comportamentais*: as várias formas de intervenção fundamentadas na abordagem cognitiva e/ou comportamental foram reunidas, com o entendimento de que elas compartilham similaridades tanto no pressuposto subjacente de um processo de aprendizado no desenvolvimento e manutenção do uso de substâncias psicoativas, quanto no foco comum em técnicas de identificação e enfrentamento de situações de risco e de mudança de estilo de vida disfuncionais.
- *Prevenção de recaída*: trata-se de um conjunto de técnicas desenhadas para facilitar a identificação e a redução da fissura através da identificação e reconhecimento de situações de risco para o uso de drogas e o desenvolvimento de comportamentos de enfrentamento e estratégias de controlo da compulsão efectivos. Intervenções básicas desta abordagem incluem: reduzir a exposição as drogas e aos estímulos associados as mesmas; facilitar a resolução de abster-se do uso de drogas através da exploração das consequências positivas do uso; automonitoramento para identificar situações de risco para recaídas; reconhecimento da fissura como condicionamento e desenvolvimento de estratégias para lidar com a fissura; identificação de decisões aparentemente irrelevantes que possam culminar em situações de risco; preparação para emergências e lidar com a recaída e desenvolvimento de actividades alternativas ao uso de drogas e modificação do estilo de vida.
- *Manejo de recaídas*: apresenta elementos não-específicos do relacionamento terapêutico de apoio, sem prover ingredientes activos específicos de alguma abordagem, estimulando a aderência ao tratamento e, quando aplicável, ao medicamento prescrito.
- *Terapias Interpessoal e psicodinâmica Suportiva-Expressiva*: é um modelo de psicoterapia psicodinâmica de apoio, fundamentada na ideia de que os transtornos psiquiátricos, incluindo depressão e dependência química, estão associados a disfunções nos relacionamentos interpessoais, que podem ser associados com a génese e perpetuação do transtorno.
- *Aconselhamento de drogas*: em conteúdo e estrutura de tratamento o aconselhamento de drogas é consistente com a filosofia dos 12 passos professada pelos alcoólicos anónimos e outros grupos de auto-ajuda correlatos, que preconiza a dependência como

doença (dependência química). Para realizar sua recuperação, os dependentes químicos precisam aceitar sua impotência frente as drogas e necessitam da ajuda de um poder metafísico superior para superação da doença. Em vários programas de tratamento é administrado por indivíduos eles próprios dependentes químicos recuperados ou em recuperação. Até o advento das psicoterapias ditas profissionais, o aconselhamento de drogas era o tratamento de costume na grande maioria dos programas, actualmente muitos programas de aconselhamento de drogas incorporam técnicas advindas de outros modelos teóricos, especialmente os técnicos cognitivo-comportamentais.

- *Tratamentos Multimodais:* são designadas as intervenções que adaptam abordagens de forma eclética a partir de um conjunto variado de modelos de tratamento, incluindo os modelos cognitivo, comportamental, exploratório, de apoio, e expressivo, entre outros.

Prado (2010) na sua monografia apresentada ao Curso de Especialização de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Terapia Ocupacional com ênfase em Saúde Mental, tendo como título, “*Levantamento Das Técnicas Psicoterápicas Na Reabilitação Do Toxicômano*”, apresenta 4 modelos de intervenção psicossocial na reabilitação dos dependentes químicos, nomeadamente:

- *Modelo Transteórico:* o modelo transteórico enfatiza a mudança de comportamento, além de promover a motivação e responsabilidade do toxicômano pelo tratamento. O processo de mudança, conceito essencial no modelo transteórico, nos possibilita o entendimento de como a mudança de comportamento ocorre, ou seja, descreve a prontidão para mudar como parte dos estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Os estágios de mudança são representados pelos estágios motivacionais de pré-contemplação (no qual a pessoa não está consciente de ter um problema e não tem intenção de mudar), contemplação (a pessoa está consciente de que existe um problema, mas ainda não tem feito nada para mudar), preparação (tem a intenção de realizar alguma mudança), ação (conscientizar-se da mudança) e manutenção (já ocorreu a mudança e o paciente está procurando manter o comportamento modificado).
- *Modelo da Terapia Cognitiva Comportamental:* o modelo da terapia cognitiva comportamental tem sido aplicado com sucesso na reabilitação de toxicômanos, por integrar modelos variados aplicados à dependência química. Caracteriza-se por utilizar uma estratégia lógica de tratamento focada na modificação da cognição mal adaptativa,

baseando-se no princípio de que os pensamentos e crenças funcionam como mediadores do processo de tratamento. Entende-se que as crenças sobre as drogas são responsáveis pelo comportamento de consumo e as modificações das mesmas podem contribuir para a cessação ou diminuição do uso de drogas e álcool.

- *Modelo da Abordagem em Comunidades Terapêuticas:* o modelo de tratamento residencial conhecido como Comunidade Terapêutica fundamenta-se na premissa de que, quando não é possível promover mudanças no toxicodependente, torna-se necessário alterar o ambiente removendo-o da situação onde o consumo ocorre para um ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. O processo terapêutico enfatiza a disciplina institucional de co-responsabilidade e organiza-se através de normas de convivência e enquadramento de tarefas, baseando-se na abstinência enquanto se realiza o aprendizado de organização da rotina e mudança de hábitos.
- *Modelo de Prevenção de Recaída:* o modelo de prevenção de recaídas consiste em uma abordagem que considera a recaída como parte do processo de mudança e auxilia o toxicômano a parar ou diminuir o uso de drogas através da conscientização de suas dificuldades em relação à abstinência.

De Souza (2019) na sua dissertação apresentada em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Religião, trás a religiosidade como método no tratamento de usuário de drogas, o mesmo afirma que estudos epidemiológicos associam a religiosidade com a redução do consumo de drogas e melhores índices de recuperação para pacientes em tratamento médico para a dependência de drogas. A religiosidade atua como protectora ao consumo de drogas entre pessoas que frequentam a igreja regularmente, praticam preceitos religiosos e crêem na importância da religião em suas vidas, ou tiveram educação religiosa na infância (De Souza, 2019).

De Souza (2019) observa-se que a religiosidade facilita a recuperação da dependência e reduz os índices de recaída de pacientes, a religiosidade atua de forma positiva aumentando otimismo, percepção do suporte social, resiliência, estresse e diminuição da ansiedade, esse mecanismo relaciona-se a questões sociais como reinserção na sociedade e reestruturação da rede de amigos. Nessa perspectiva, Dalgarrondo (2008) considera que existe um consenso entre cientistas, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é um importante fator de sentido e ordenação da vida, fundamental em momentos de maior impacto na vida das pessoas.

2.4.3. Factores de risco e proteção durante o processo de reabilitação do consumidor de drogas

Factores de proteção são características individuais (recursos pessoais) e/ou contextuais (recursos ambientais) que fortalecem e dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de diferentes eventos de vida. São exemplos de factores de proteção: autonomia, auto-estima, bem-estar subjetivo, competência emocional, afectos positivos, o apoio social, coesão familiar, entre outros (Cardoso, Borsa & Segabinazi, 2018).

Os autores supracitados definem os factores de risco, como eventos e características negativas que actuam como preditores de problemas emocionais, físicos e sociais ao longo do ciclo vital. São exemplos de factores de risco: falta de apoio familiar, baixo nível socioeconômico, experiências de vitimização

Quanto maior o conhecimento dos factores de proteção e risco, maior é o entendimento sobre a doença e a facilidade de encontrar estratégias de enfrentamento no cotidiano, levando em consideração também os familiares, que convivem diariamente e não sabem como lidar e manejar os sintomas e comportamentos (Villvock & Almeida, 2020).

A busca pelo tratamento exige factores de proteção que podem auxiliar na recuperação que podem ser: o distanciamento social dos locais, dos hábitos e das pessoas de uso e a capacidade de passar por este período crítico da abstinência e de sua manutenção da sobriedade em longo prazo (Villvock & Almeida, 2020).

Bettaglini e Bosso (2019) citados por Villvock e Almeida (2020) elencaram, em uma revisão bibliográfica, os principais factores no processo da recaída, por meio de estudos realizados de 2011 a 2019, entre os pontos estão: o convívio direto com pessoas que realizam o uso frequentemente, que pode facilitar a busca ou uso da substância; como também, um plano de retomada das actividades sociais bem fundamentados, que tem grande importância, pois, após a busca de tratamento este sujeito irá voltar em suas actividades rotineiras e a vulnerabilidade social.

Em um estudo realizado por Ferreira, Czarnobay, Borba, Capistrano, Kalinke e Maftum (2016), em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com objectivo de levantar determinantes intrapessoais em dependentes químicos que recaíram, foi evidenciado que a recaída está ligada aos determinantes múltiplos que acontecem simultaneamente.

O autor supracitado destacou os seguintes factores:

- A autoconfiança elevada, nesse caso, os sujeitos, de acordo com suas realidades, acreditam que podem construir possibilidades de uma vida sem as drogas sem estratégias de enfrentamento para abstinência, criando assim uma ambientação que conduza a reincidência do uso, o sujeito acredita que tem controle sob o uso esporádico ou recreativo da substâncias químicas.
- A falta de motivação para a busca de tratamento, isto é, o sujeito precisa estar consciente o que leva buscar a recuperação por conta própria, na maioria dos casos, por estarem extremamente ligados a família, casamento, filhos, empregos e status social.

No que toca aos factores de proteção, Villvock e Almeida (2020) destacaram os seguintes: pratica da actividade física e desporto que da aos indivíduos sentimentos de utilidade, exercício da cidadania e a pratica de regras; socialização saudável, reiniciando ciclos de amizades com objectivo sempre na sobriedade; o apoio da família; grupos de autoajuda; a prática da espiritualidade, as religiões de diversas denominações vem cada vez mais se expandindo e assim oferecem apoio as pessoas que buscam consolo e amparo;

Relativamente aos factores de risco para a recaída, Silva, Guimarães e Salles (2014) destacaram os seguintes:

- *Família*: a família pode ser considerada factor de risco à recaída, pois devido à falta de informação, compreensão e ao desgaste relacionado às consequências do uso frequente de substâncias psicoactivas pelo dependente, apresenta baixa tolerância, culminando na dificuldade de aceitação da dependência química como doença. Desinformação e despreparo da família refletem na ausência de suporte ao dependente para manutenção da abstinência da substância psicoactiva e muitas vezes, na falta de incentivo pela busca de tratamento. Conflitos familiares podem originar preconceito, brigas, discussões e cobranças ao usuário de substâncias psicoactivas, que por sua vez encontra no uso, uma forma de distanciamento e fuga dessas situações.
- *Sentimentos negativos*: No caso de consumidores de substâncias psicoactivas, frustração, ansiedade e raiva foram as principais emoções negativas apontadas como factor de risco à recaída, corroborando com estudos realizados. Dificuldade em lidar com a frustração foi citada como principal motivo de retorno ao uso da droga. Factores como humor alterado, dificuldades na tomada de decisões e no planeamento actividades

e sentimentos negativos quando atribuídos a si próprio, associados ao prazer proporcionado pela substância psicoactiva, favorecem a recaída.

- *Lugares que tenham substâncias psicoactivas:* Frequentar lugares que tenham substâncias psicoactivas propiciará ao dependente o contato não só visual com a substância, mas também de lembranças, suscitando a vontade incontrolável do uso e possível perda de controlo, culminando em recaída;
- Amigos da ativa e/ou outros consumidores foram apontados como as principais companhias que favorecem à recaída. Acredita-se que amigos da “ativa” são companhias de má influência, pois, na maioria das vezes, estes não conhecem a problemática da doença e facilitam e estimulam, o usuário em tratamento, ao retorno ao uso da substância;
- *Pressão do grupo de amigos:* é citada como um dos principais factores de risco preditores a recaída, pois amigos que também são consumidores de substâncias psicoactivas são influências prejudiciais, já que na maioria das vezes, oferecem a substância psicoactiva de forma insistente e este, necessitando de aprovação social, retorna ao uso. Pressão social pode ser direta ou indireta, sendo esta através de exemplos de outros consumidores como, familiar alcoolista, exposição a objectos, lugares e situações de uso;

Quanto aos factores de proteção, Silva, Guimarães e Salles (2014) destacaram o seguinte:

- *Família:* Resultados apontam para necessidade de uma família consciente, estruturada e preparada para desenvolvimento de habilidades de manejo frente aos comportamentos do usuário, desenvolvimento e consolidação de laços afetivos mais significativos e de relações de confiança entre dependente e membros da família. Família pode deixar de ser caracterizada como factor de risco, passando a ser considerada como factor de proteção à recaída;
- *Religiosidade:* a religiosidade foi citada como principal rede de suporte para prevenção à recaídas, confirmando resultados evidenciados por alguns autores, que acreditam que a prática da religiosidade auxilia na promoção da fé, fornecendo apoio para lidar com adversidades, experiências de dor e sofrimento, além de oferecer estímulos aos hábitos saudáveis, possibilitando mudanças nos aspectos éticos, culturais e comportamentais em relação à saúde, e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida. Religiosidade não só auxilia no processo de tratamento, mas também é um meio para busca de consolo, força e sentido para vida, além de proporcionar bem-estar, que antes era

alcançado pelo uso de substâncias psicoactivas, sendo assim factor de protecção à recaída;

- *Grupo de apoio*: foi citado como factor de protecção, pois além de oferecerem apoio emocional, também tem carácter informativo e de orientação, auxiliando o usuário no enfrentamento e manejo dos factores de riscos. Grupos de apoio auxiliam no alívio dos sentimentos de solidão, isolamento social, possibilitando trocas de experiência e reflexão.

2.5. Eficácia dos tratamentos para consumidores de drogas

Inicialmente avaliava-se a eficácia dos tratamentos de reabilitação através da obtenção de um único resultado, a abstinência. Sendo esta avaliação limitadora em comparação com a reabilitação integral do individuo, vários estudos têm confirmado a necessidade de incluir outros indicadores de eficácia psicossociais, numa perspetiva mais holística, Segundo estes estudos, vários preditores/indicadores de eficácia terapêutica devem ser incluídos e a eficácia de programas é complexa (Rodrigues, 2019).

Ainda de acordo com autor supracitado no paradigma holístico, o modelo de avaliação da eficácia dos tratamentos, vários autores têm definido a recuperação da dependência de drogas ilícitas em termos de resolução de problema ao invés da abstinência.

O modelo biopsicossocial surge como necessidade à reformulação do modelo tradicional. Este modelo, de perspetiva social-política, do consumo de drogas permitiu uma reestruturação a nível estrutural e organizacional na área das drogas, na sua generalidade, e na área da toxicoddependência, em particular este modelo, ao analisar os fenómenos sociais, responde à necessidade de se observar o indivíduo numa lógica multidimensional e integral, no qual as drogas possuem uma representação específica, ao contrário do modelo tradicional que analisa apenas sob uma perspetiva biológica, o que é uma análise redutora, pois apenas o observamos sob uma das suas múltiplas dimensões (Rodrigues, 2019).

O autor supracitado destaca como indicadores, os seguintes:

- *Sintomatologia psicopatológica*: vários estudos indicam que indivíduos que apresentam adição em substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas têm uma maior prevalência de sintomas de psicopatologia. Pelo facto de os níveis de prevalência de psicopatologia nos consumidores de drogas ser alta e existir correlação significativa, a literatura aponta a sintomatologia psicopatológica como um dos melhores preditores de abuso de álcool e drogas.

- *Afectos negativos*: os afectos positivos e afectos negativos são definidos através da intensidade e frequência com que as pessoas vivem as emoções. Assim é determinado que indivíduos com altos níveis de afecto positivo vivem episódios intensos e frequentes de prazer, estes indivíduos auto percebem-se como indivíduos alegres, entusiasmados e confiantes. Em oposição, sujeitos com altos níveis de afecto negativo vivem episódios intensos e frequentes de tristeza, estes indivíduos auto percebem-se como tristes, desanimados e preocupados. Altos níveis de afecto positivo têm uma correlação positiva aos factores saúde física e psicológica, satisfação conjugal e no trabalho e ambiente familiar positivo e que os transtornos clínicos e o consumo de substâncias lícitas e ilícitas estão correlacionados com baixos níveis de afectos negativos. A irritabilidade, as frustrações, a carência afetiva e/ou os afectos negativos são factores presentes no quotidiano de alguns indivíduos que podem gerar depressão e ansiedade e como resposta dá-se a busca de alívio de várias maneiras, como o uso abusivo de drogas que é uma resposta mal adaptativa.
- *Duração do tratamento*: um outro factor que tem sido apontado como estando fortemente correlacionado com a eficácia de tratamento é a duração em tratamento, ou seja, é o tempo em que o individuo leva a completar todo o programa com sucesso, este factor é identificado por vários autores como um dos mais sólidos indicadores de eficácia terapêutica. Os pacientes que concluírem com êxito o tratamento têm uma menor probabilidade de ter uma recaída após o tratamento. Já os pacientes que permanecem no tratamento durante uma curta duração ou optam por não concluir o tratamento, têm uma maior probabilidade de uma recaída e conseqüentemente iniciar um novo processo de tratamento.
- *Suporte social*: este contribui para o ajuste positivo e o desenvolvimento de personalidade, para a proteção contra efeitos de tensão/Stress. A rede social permite, aos indivíduos que a constituem, exercer influência no comportamento e na percepção dos mesmos. A função de Suporte social pode ser desempenhada pela família, pelos amigos, pelos pares de tratamento, pelos profissionais e/ou por elementos da comunidade. O Suporte social significativo tem como definição apoiar os indivíduos em todo o momento da sua recuperação, assegurar apoio emocional e material de que necessitam para atingirem os objectivos da recuperação. Tem também como objectivo fomentar um sentimento de pertença em oposição ao sentimento de abandono social que muitos experimentaram no seu passado de consumo.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Segundo Prodnov e Freitas (2013) metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que facilitam a colecta e o processamento de informações visando a resolução de problemas e/ou questões de investigação, e por fim construção de conhecimento novo ou modificação do anterior.

No presente capítulo, encontramos a descrição do local de estudo; os métodos e técnica de pesquisa, com foco na pesquisa qualitativa que tomou como base a entrevista para a recolha de dados; as questões éticas e limitações do presente estudo.

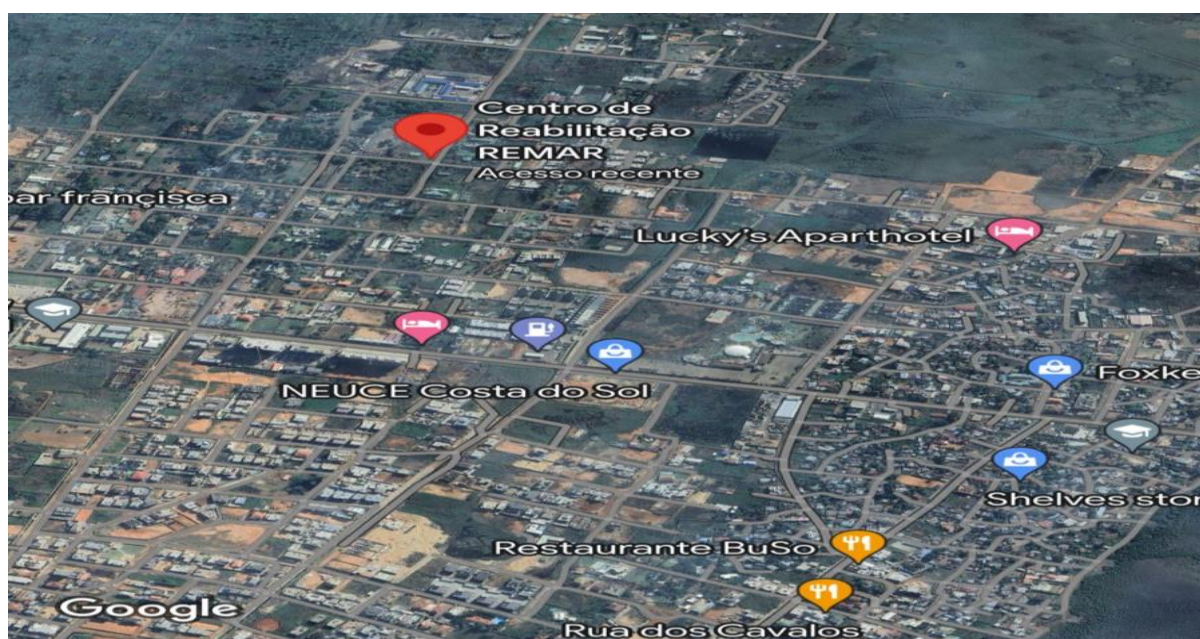
3.1. Descrição do local de estudo

Segundo Remar (2023) a Associação Remar é uma organização sem fins lucrativos que participa em trabalhos de cariz social com crianças abandonadas e em situação difícil, órfãos, mães solteiras, toxicodependentes, alcoólicos, portadores de HIV, idosos e todo tipo de pessoas marginalizadas acolhendo-os gratuitamente e ajudando-os assim a uma restauração física, espiritual, psíquica e familiar.

Em Moçambique, a Remar abriu o centro em 1998, na cidade de Maputo e hoje conta com 11 casas de acolhimento para homens, mulheres e crianças em Maputo, Beira e Xai-Xai. Actualmente amparam mais de 300 pessoas (Remar, 2023).

O estudo será feito no Centro de Reabilitação da Remar que se localiza no Bairro da Costa do Sol, Cidade de Maputo, R. 4691.

Figura 1: Localização do Centro da Remar no Bairro da Costa do Sol



Fonte: Google Maps, 03/03/2024

3.2. Abordagem metodológica

O presente estudo é classificado, da seguinte forma:

- **Quanto a abordagem**

No que toca a abordagem, a pesquisa pode ser classificada como qualitativa, que segundo Marconi e Lakatos (2010) explicam que a abordagem qualitativa se trata de uma pesquisa que tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento. Assim, de acordo com os autores o que percebemos é que a ênfase da pesquisa qualitativa é nos processos e nos significados. Creswell (2007) aponta que o principal objectivo de uma pesquisa qualitativa é interpretar o contexto no qual o fenômeno estudado está inserido, tomando por base a relação previamente estabelecida entre o sujeito e o fenômeno estudado.

A pesquisa qualitativa apresenta cinco características fundamentais: (a) Relação direta entre o pesquisador e o fenômeno investigado; (b) Dados principalmente descritivos, com o maior número de detalhes possível; (c) Maior ênfase no progresso da investigação do que no resultado; (d) Maior foco em descrever o ponto de vista do participante; (e) O procedimento de análise dos dados tende a ser mais intuitivo (Batista, Oliveira & Camargo, 2021).

- **Quanto aos objectivos**

Quanto aos objectivos, o presente estudo pode ser classificado exploratória, que segundo Gil (2008) este tipo de pesquisa tem como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. O mesmo autor afirma que a grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.

- **Quanto aos procedimentos**

No que toca aos procedimentos, a pesquisa pode ser classificada como um estudo de caso, que para Prodonov e Freitas (2013), o mesmo consiste em coletar e analisar informações sobre determinado indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade, a fim de estudar aspectos variados de sua vida, de acordo com o assunto da pesquisa. Os mesmos autores acrescentam que é um tipo de pesquisa qualitativa e/ou quantitativa, entendido como uma categoria de investigação que tem como objeto o estudo de uma unidade de forma aprofundada, podendo tratar-se de um sujeito, de um grupo de pessoas, de uma comunidade.

3.3. População e amostragem

Segundo Gil (2008) população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características em comum. A população deste estudo será constituída por profissionais da Remar.

Amostra segundo Gil (2008) é subconjunto do universo ou população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população.

A amostra deste estudo foi constituída por 03 indivíduos, que foram selecionadas com recurso a amostragem por conveniência, que segundo Gil (2008) consiste em o pesquisador selecionar os elementos que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo.

Foram tidos como critérios de inclusão os seguintes: Ser profissional da Remar, trabalhar com a reabilitação de consumidores de drogas. E como critérios de exclusão os seguintes: não ser profissional da Remar, não trabalhar com a reabilitação de consumidores de drogas.

3.4. Técnica e instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados, usou-se a entrevista (apêndice 3), que segundo Gil (2008) é uma técnica em que o investigador se apresenta frente a frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objectivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interacção social, mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca colectar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Já Gerhardt e Silveira (2009) definem a entrevista como uma técnica de interacção social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação.

Usou-se a entrevista sua modalidade semi-estruturada, que segundo Gerhardt e Silveira (2009) é aquela em que o pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal.

Foi elaborado um questionário com perguntas referentes aos dados sociodemográficos (vide apêndice 2) e um guião de entrevista (vide apêndice 3) composto por 7 questões, sendo que as quatro primeiras são inerentes ao primeiro objectivo, uma visava suprir o segundo objectivo e as duas últimas ao terceiro objectivo.

3.5. Procedimento de análise de dados

Para a análise de dados, usar-se a análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2016, p.48) é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objectivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa e, como tal, tem determinadas características metodológicas: objectividade, sistematização e inferência, ela representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (Gerhardt & Silveira, 2009).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo inicia pela leitura das falas, realizada por meio das transcrições de entrevistas, depoimentos e documentos. Geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com os factores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem. Esse conjunto analítico visa a dar consistência interna às operações (Gerhardt & Silveira, 2009).

Bardin (2016) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis (Bardin, 2016).

Na segunda fase, ou fase de exploração do material, são escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação [que compreende a escolha de unidades de registro – recorte; a seleção de regras de contagem – enumeração - e a escolha de categorias - classificação e agregação - rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns], classificação [semântico (temas, no exemplo dado), sintático, léxico – agrupar pelo sentido das palavras; expressivo - agrupar as perturbações da linguagem tais como perplexidade, hesitação, embaraço, outras, da escrita, etc...] e categorização (que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los) (Bardin, 2016).

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido (Bardin, 2016).

3.6. Questões éticas

Os aspectos éticos da investigação que são obedecidos neste estudo são os que Gerhard e Silveira (2009) mencionam, nomeadamente: adequada avaliação da relação risco-benefício, a obtenção do consentimento informado (apêndice 1) e a garantia da preservação da privacidade, a preservação dos dados, a confidencialidade e o anonimato dos indivíduos pesquisados.

3.7. Limitações do estudo

Na realização do presente estudo, encontrou-se as seguintes dificuldades:

- Difícil acesso a amostra;
- Dificuldades de compressão de algumas respostas dadas na entrevista

Para fazer face a essas dificuldades, optou-se por:

- Submeter a credencial com antecedência e consultar regularmente a resposta da direcção do centro para a recolha de dados;
- Proceder com a explicação de algumas perguntas do guião de entrevista para a amostra do estudo.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Este capítulo destina-se à apresentação e análise dos dados recolhidos no Centro de Reabilitação REMAR, com o propósito de alcançar os objectivos estabelecidos. Para tal, numa primeira fase procedeu-se à análise do perfil sociodemográfico dos entrevistados, considerando as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Nível de escolaridade, Profissão, Estado civil, Agregado familiar, Anos de trabalho na REMAR, Proveniência e Residência.

Depois procedeu-se a apresentação de dados pela seguinte ordem: Estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas; Eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas; Estratégias de intervenção psicossocial para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas. Por fim a discussão dos dados com a literatura apresentada no respectivo capítulo.

Os dados apresentados e discutidos foram colhidos com base na entrevista, do tipo semi-estruturada, estando organizados de acordo com os objectivos específicos predefinidos.

4.1. Perfil sociodemográfico da amostra

O perfil sociodemográfico da amostra encontra-se descrito na tabela abaixo.

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico da amostra

Identificação	Idade	Sexo	Nível de escolaridade	Profissão	Estado civil	Agregado familiar	Anos de trabalho na REMAR	Proveniência	Residência
R1	57 anos	Masculino	Nível Médio	Não aplicável	Solteiro	2 filhos	10 anos	Maputo	Machava
R2	40 anos	Masculino	Nível Superior	Eletricista	Em união de facto	Esposa e filha	7 anos	Maputo	Cidade de Maputo
R3	30 anos	Masculino	Nível Médio	Não aplicável	Solteiro	Mãe e filho	9 anos	Maputo Província	Machava (Casa do Centro) e Txumene (Casa própria)

Fonte: Autora da pesquisa

De acordo com a tabela acima, podemos observar que todos os participantes do estudo são do sexo masculino, com uma faixa etária que vai dos 30 aos 57 anos. 2 participantes têm nível médio e 1 tem nível superior, 1 dos participantes é electricista e os outros 2 preferiram não divulgar as suas profissões. Igualmente 2 participantes são solteiros e 1 esta em união de facto.

Todos participantes estão na REMAR num período que varia de 7 à 10 anos. O responsável 1 tem no seu agregado familiar 2 filhos, o responsável 2 tem a esposa e a filha, e por fim o responsável 3 tem no seu agregado a mãe e o filho. Todos os participantes provem de Maputo. 2 dos participantes residem na Machava e 1 na cidade de Maputo.

4.2. Estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas

No primeiro objectivo tencionávamos identificar as estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, para tal forma formuladas 4 questões. Na primeira questão, foi perguntado aos entrevistados como é feita a reabilitação dos consumidores de drogas, ao que se obteve as seguintes respostas:

A reabilitação no centro de reabilitação é feita através da palavra de Deus.” R1

“No centro de reabilitação, a reabilitação é feita pelo evangelho, a conversão da pessoa para Deus, deixar a vida antiga e seguir a palavra de Deus.” R2

“Na REMAR a reabilitação dos consumidores de drogas é feita de forma a seguir à palavra divina.” R3

De acordo com as respostas, podemos compreender que os responsáveis afirmam que a reabilitação no centro é baseada na palavra do senhor, fazendo com que os consumidores de drogas sigam a palavra de Deus.

Na questão 2, buscávamos saber quais são os passos predeterminados para o processo de reabilitação desde o momento de chegada até a saída do centro, ao que os entrevistados responderam o seguinte:

“Os passos predeterminados para o processo de reabilitação desde o momento de chegada até a saída São os seguintes: Para a entrada normalmente o centro cobra uma taxa do valor da inscrição que são 2 000 MT, e [..]. No centro as actividades são desempenhados por todos os indivíduos que estão na reabilitação, primeiro eles acordam fazem as tarefas da casa, a higiene pessoal, de seguinte, uma oração matinal depois o pequeno-almoço, após isso eles tem tido

a terapia ocupacional durante a tarde, depois do almoço querendo eles podem descansar, e tem feito rodas onde cada um fala da sua dificuldade em estar no centro e recebem visitas dos seus familiares aos domingos no centro. O processo pode durar 6 meses, quando ele anuncia aos responsáveis que já quer sair e se os responsáveis percebem que a pessoa ainda não está bem para sair, a direção da REMAR aconselha o reabilitado a ficar mais um tempo até ele sentir que está seguro e pronto pra enfrentar o mundo lá fora.” R1

“[...], na entrada e feita uma inscrição, uma apresentação do centro ao indivíduo que está a entrar para a reabilitação, no entanto há um processo de desintoxicação que é feita a sangue frio que é mais difícil, a pois passar desse processo, há uma adaptação do indivíduo as convivências da casa, ensina-se as regras da casa para que ele possa seguir, até ao fim da reabilitação.” R2

“A reabilitação tem 3 fases que são: a desintoxicação e a recuperação que é a desabituação física e psíquica das drogas e nesta mesma fase há uma terapia ocupacional, a segunda é a reabilitação onde são tratados e discutidos os problemas numa roda com todos os integrantes do centro, e por fim a terceira reinserção onde os indivíduos são dados responsabilidades e são envolvidos em actividades compatíveis a sua profissão ou aptidão.” R3

Tendo em conta as repostas acima, percebe-se que os consumidores de drogas quando são inscritos no centro passam a residir no mesmo. Numa primeira fase é feita a inscrição do usuário de drogas no centro mediante o pagamento de 2000,00 meticais e alguns produtos alimentares; na segunda fase procede-se a indução do usuário na instituição fornecendo as regras e actividades domésticas que o mesmo irá desempenhar no centro; após esta fase é feita desintoxicação, a participação em rodas de conversas onde são discutidos diversos temas e partilhadas experiências, terapias ocupacionais.

Ainda os entrevistados destacaram que o usuário pode sair caso demonstre estar recuperado após 6 meses de tratamento no centro, mas caso não esteja em condições, o mesmo permanece no centro.

Na terceira questão, buscava-se saber como é que tem sido o atendimento individualizado ao consumidor de drogas, o que é feito com ele (de forma específica) e se existe alguma assistência psicológica, os entrevistados responderam da seguinte forma:

“No centro de reabilitação não tem atendimento individualizado, e nem tem assistência psicológica.” R1

“O atendimento individualizado não é feito, mas existem reuniões nas quais todos podem falar, serve como terapia pra todos, e infelizmente assistência psicológica não tem dito.” R2

“Na verdade, o atendimento não é individualizado, é coletivo, e não tem tido assistência ao psicólogo.” R3

Tendo em conta as repostas acima, percebe-se que no centro o atendimento tem sido colectivo, focalizando uma assistência geral através de reuniões e rodas de conversa, e sem a presença do psicólogo.

Na questão 4, perguntou-se aos entrevistados se existe alguma assistência familiar e social após o desligamento ou após o final do processo de reabilitação, tendo os mesmos respondido o seguinte:

“Sim o existe assistência familiar e social, mesmo após o processo de reabilitação terminar os familiares dos reabilitados não abandonam o centro apegam-se a causa da reabilitação e fornecem a sua assistência através de doações.” R1

“Sim, mesmo os próprios reabilitados disponibilizam-se ajudar o centro de reabilitação mesmo após a sua saída.” R2

“Sim, existe o apoio por parte do reabilitado, ele oferece-se a dar a sua ajuda como alguém que irá dar margens de confiança e ajudar aos outros na recuperação, a família e a sociedade ajudam com doações.” R3

Através das respostas, pode-se concluir que após a saída pelas os consumidores de drogas é que se disponibilizam a ajudar o centro, não havendo ajuda do centro para com estes após a conclusão do processo.

4.3. Eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas

Neste objectivo, pretendíamos descrever a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, tendo-se formulado uma pergunta, que foi a seguinte: Os processos de reabilitação social usados na REMAR têm sido eficazes? Como se verifica a eficácia? Para a mesma, tivemos dos entrevistados as respostas apresentadas abaixo:

“Sim são eficazes, pois mesmo após a saída do centro a maior parte dos reabilitados continuam a ter contacto com a REMAR, de forma direta ou indirecta.” R1

“O processo de reabilitação social usada pela REMAR está próxima da eficácia, ainda não é eficaz, pois existem muitos aspectos que ainda devem melhorar.” R2

“Os processos de reabilitação são eficazes sim, e a eficácia verifica-se através da assistência que o centro dá, e dos reabilitados dos que já saíram do centro.” R3

Tal como se pode notar nas falas, os entrevistados consideram as estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas eficazes, na medida em que eles verificam as condições em que cada participante do processo de reabilitação sai do centro e o contacto que continuam a manter com o centro. De acordo com Rodrigues (2019) inicialmente avaliava-se a eficácia dos tratamentos de reabilitação através da obtenção de um único resultado, a abstinência.

Conforme afirma De Sousa (2019) observa-se que a religiosidade facilita a recuperação da dependência e reduz os índices de recaída de pacientes, actuando de forma positiva aumentando o otimismo, percepção do suporte social, resiliência, estresse e diminuição da ansiedade, esse mecanismo relaciona-se a questões sociais como reinserção na sociedade e reestruturação da rede de amigos.

Silva, Guimarães e Salles (2014) acrescentam que a prática da religiosidade auxilia na promoção da fé, fornecendo apoio para lidar com adversidades, experiências de dor e sofrimento, além de oferecer estímulos aos hábitos saudáveis, possibilitando mudanças nos

aspectos éticos, culturais e comportamentais em relação à saúde, e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida.

4.4. Estratégias de intervenção psicossocial para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas

No último objectivo, tínhamos como escopo propor junto do REMAR estratégias de intervenção psicossocial para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, para o alcance do mesmo, foram formuladas 2 questões. Na sexta questão, perguntou-se o que pode ser feito para aprimorar o atendimento ou a reabilitação dos indivíduos consumidores de drogas, tendo os entrevistados respondido o seguinte:

“Para um melhor atendimento ou reabilitação de indivíduos consumidores de drogas é necessário que haja uma assistência psicológica, e para além das actividades serem apenas dentro do centro serem também fora do centro, para que não seja algo novo e estranho sair a rua e interagir com pessoas, pois há uma acomodação e hábito de estar e falar sempre com as mesmas pessoas, é necessário quebrar isso.” R1

“Para aprimorar o atendimento do centro, é necessário que se melhore a organizar dentro do próprio centro, colocando profissionais qualificados para que possam ajudar a melhorar ainda mais o processo de reabilitação.” R2

“O trabalho que o centro de reabilitação tem feito não é fácil, é um trabalho muito complexo, uma das coisas que pode ser feito para aprimorar a reabilitação é ajuda na parte alimentícia, pois há produtos que o centro não produz, na horta, haver mais olhares beneficentes para o centro crescer e poder acolher mais jovens e adultos.” R3

Analisando as falas dos entrevistados nota-se que para aprimorar o atendimento ou a reabilitação dos indivíduos consumidores de drogas, sugere-se a existência de assistência psicológica, de profissionais qualificados para melhorar o processo de reabilitação e do aumento dos produtos alimentares para satisfazer as necessidades alimentares dos indivíduos que o centro acolhe. Conforme Pires (2017), a psicologia no tratamento da dependência e abuso

de substâncias vai proporcionar a compreensão subjectiva das causas que levam ao consumo de drogas, objectiva a revisão dos papéis sociais e o resgate dos relacionamentos feridos.

Ainda para o alcance do terceiro objectivo, questionou-se aos entrevistados que estratégias podem ser usadas pelo consumidor, pela família e a sociedade em geral para que haja uma melhor intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas, tendo sido possível colher as seguintes respostas:

“Deve haver uma união por essas partes, para que possam ajudar na reabilitação, por vezes a pessoa acaba abandonando tudo para ir a um centro de reabilitação e quando volta não tem uma boa recepção da sociedade e não consegue ter o emprego de volta e nem consegue outro emprego.” R1

“A relação de ajuda que visa a resolução de problemas, a facilitação de uma adaptação mais satisfatória da pessoa à situação em que se encontra.” R2

“A estratégia que pode ser usada por todos para melhorar a intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas é a irmandade.” R3

Através das respostas dadas conclui-se que para uma melhor intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas é necessário que haja uma interação entre o consumidor, a família e a sociedade em geral de modo a permitir uma boa reinserção social ou adaptação do ex-usuário de drogas. Conforme afirma o Ministério da Saúde do Brasil (2003), para o tratamento é necessário ter em vista as singularidades da doença, acolhendo sem distinção cada usuário, suas particularidades e sua demanda e não visando a oferta do serviço, a abordagem deve ser clínica e política, para que não ocorra somente mudança comportamental, mas sim ação sobre o território e família, construindo redes de suporte social, para a defesa da vida.

4.4. Discussão dos dados

As respostas dos entrevistados que nos levam a compreender que a reabilitação no centro é baseada na palavra do senhor, fazendo com que os consumidores de drogas sigam a palavra de Deus, as mesmas respostas remetem-nos a visão de Martuscello (1999, p.139-140) citado por Prado (2010), quando afirma que o tratamento do toxicodependente possui múltiplas possibilidades de intervenção que são indicadas de acordo com a particularidade de cada caso, tais como: psicoterapia, farmacoterapia, grupos de ajuda mútua, grupos de assistência aos familiares, intervenção domiciliar, intervenção hospitalar e atendimento integrado.

De Souza (2019) na sua dissertação apresentada em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Religião, trás a religiosidade como método no tratamento de usuário de drogas, o mesmo afirma que estudos epidemiológicos associam a religiosidade com a redução do consumo de drogas e melhores índices de recuperação para pacientes em tratamento médico para a dependência de drogas.

A análise anterior também é sustentada por Silva, Guimarães e Salles (2014), que referenciaram a religiosidade como um factor de proteção para a recaída.

De acordo com Silva, Guimarães e Salles (2014) a prática da religiosidade auxilia na promoção da fé, fornecendo apoio para lidar com adversidades, experiências de dor e sofrimento, além de oferecer estímulos aos hábitos saudáveis, possibilitando mudanças nos aspectos éticos, culturais e comportamentais em relação à saúde, e conseqüentemente a melhora na qualidade de vida. Religiosidade não só auxilia no processo de tratamento, mas também é um meio para busca de consolo, força e sentido para vida, além de proporcionar bem-estar, que antes era alcançado pelo uso de substâncias psicoativas, sendo assim factor de proteção à recaída.

Relativamente aos passos predeterminados para o processo de reabilitação desde o momento de chegada até a saída do centro, os entrevistados através das suas respostas dão a entender que os consumidores de drogas quando são inscritos no centro passam a residir no mesmo. Ademais, numa primeira fase é feita a inscrição do usuário de drogas no centro mediante o pagamento de 2000,00 reais e alguns produtos alimentares; na segunda fase procede-se a indução do usuário na instituição fornecendo as regras e actividades domésticas que o mesmo irá desempenhar no centro; após a está fase é feita desintoxicação, a participação em rodas de conversas onde são discutidas diversos temas e partilhadas experiências, terapias ocupacionais. Ainda os entrevistados destacaram que o usuário pode sair caso demonstre estar recuperado após 6 meses de tratamento no centro, mas caso não esteja em condições, o mesmo permanece no centro.

Os factos expostos acima remetem-nos as diferentes formas de tratamento dos modelos psiquiátricos e comportamentais, pois no entendimento de PUC-Rio (2001), os modelos psiquiátrico e comportamental estão ligados a procedimentos mais tradicionais, com tratamentos na modalidade de internação em hospitais psiquiátricos ou de longo prazo em centros agrícolas, que adotam a cura pelo trabalho, relaxamento e incorporação de elementos da filosofia dos grupos de mútua-ajuda (PUC-Rio, 2001).

Igualmente as respostas dos entrevistados podem entrar em consonância com o Modelo da Abordagem em Comunidades Terapêuticas apresentado por Prado (2010) na sua monografia apresentada ao Curso de Especialização de Terapia Ocupacional da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Terapia Ocupacional com ênfase em Saúde Mental, tendo como título, “*Levantamento Das Técnicas Psicoterápicas Na Reabilitação Do Toxicômano*”.

Segundo o autor supracitado o modelo de tratamento residencial conhecido como Comunidade Terapêutica fundamenta-se na premissa de que, quando não é possível promover mudanças no toxicodependente, torna-se necessário alterar o ambiente removendo-o da situação onde o consumo ocorre para um ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. Prado (2010) acrescenta que o processo terapêutico enfatiza a disciplina institucional de coresponsabilidade e organiza-se através de normas de convivência e enquadramento de tarefas, baseando-se na abstinência enquanto se realiza o aprendizado de organização da rotina e mudança de hábitos.

As rodas de conversa citadas como uma das actividades feitas no processo de reabilitação, pode ser tido como uma actividade realizada por um grupo de apoio, este por sua vez constitui um factor de protecção, tal como afirma Silva, Guimarães e Salles (2014) que o grupo de apoio além de oferecerem apoio emocional, também tem carácter informativo e de orientação, auxiliando o usuário no enfrentamento e manejo dos factores de riscos, os grupos de apoio auxiliam no alívio dos sentimentos de solidão, isolamento social, possibilitando trocas de experiência e reflexão.

Tal como se pode notar nas falas, os entrevistados consideram as estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela REMAR na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas eficazes, na medida em que eles verificam as condições em que cada participante do processo de reabilitação sai do centro e o contacto que continua a manter com o centro, para Rodrigues

(2019) inicialmente avaliava-se a eficácia dos tratamentos de reabilitação através da obtenção de um único resultado, a abstinência. Ainda de acordo com autor supracitado no paradigma holístico, o modelo de avaliação da eficácia dos tratamentos, vários autores têm definido a recuperação da dependência de drogas ilícitas em termos de resolução de problema ao invés da abstinência.

Analisando as falas dos entrevistados nota-se que para aprimorar o atendimento ou a reabilitação dos indivíduos consumidores de drogas, sugere-se a existência de assistência psicológica, de profissionais qualificados para melhorar o processo de reabilitação e do aumento dos produtos alimentares para satisfazer as necessidades alimentares dos indivíduos que o centro acolhe. A resposta dada vai de encontro com o entendimento de Pires (2017) quando afirma que a psicologia no tratamento da dependência e abuso de substâncias vai proporcionar a compreensão subjectiva das causas que levam ao consumo de drogas, objectiva a revisão dos papéis sociais e o resgate dos relacionamentos feridos.

Santos (2016) acrescenta que o papel do psicólogo é orientar outros profissionais quanto a importância da diferenciação dos níveis de gravidade de toxicodependência e de escutar os consumidores e familiares, na compreensão da psicodinâmica das situações, ajudar os profissionais a desenvolver estratégias para incentivar o usuário, a perceber que ele é quem pode melhorar sua vida e quem tem o poder de mudar sua situação, o que se tenta promover nesse sentido é o resgate da responsabilidade sobre si mesmo.

No que toca as estratégias podem ser usados pelo consumidor, pela família e a sociedade em geral para que haja uma melhor intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas, as respostas dadas pelos entrevistados levam a concluir que para uma melhor intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas é necessário que haja uma interação entre o consumidor, a família e a sociedade em geral de modo a permitir uma boa reinserção social ou adaptação do ex-usuário de drogas, resposta essa que entra em consonância com o entendimento de Arza e Comas (2000), quando destaca que as intervenções em busca da reinserção social devem actuar em níveis individuais, micros sociais e macrossociais.

Arza e Comas (2000) entendem que as intervenções individuais buscam ajudar no equilíbrio emocional, pessoal e relacional do indivíduo, não obstante as intervenções no âmbito micro social são direcionadas a família na forma extensa, bem como, outras esferas sociais com grande influência, tanto na origem do problema, como na sua possível “resolução”, Já as intervenções no campo macrossocial são voltadas para a comunidade em geral e outros

contextos que façam parte do convívio do indivíduo, tratando-se de uma intervenção que considera a relação do indivíduo com o seu meio e que também sensibiliza este meio para obter melhores condições para a reinserção.

A análise acima sobre estratégias podem ser usados pelo consumidor, pela família e a sociedade em geral para que haja uma melhor intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas vão de encontro com a afirmação do Ministério da Saúde do Brasil (2003), quando destaca que para o tratamento é necessário ter em vista as singularidades da doença, acolhendo sem distinção cada usuário, suas particularidades e sua demanda e não visando a oferta do serviço, a abordagem deve ser clínica e política, para que não ocorra somente mudança comportamental, mas sim ação sobre o território e família, construindo redes de suporte social, para a defesa da vida.

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E SUGESTÕES

No presente capítulo são apresentadas as conclusões tiradas com base nos resultados obtidos e na discussão com a literatura.

5.1. Conclusões

A presente monografia intitulada “Eficácia das Estratégias de Intervenção Psicossocial Adoptadas Pela Remar na Reabilitação de Indivíduos Consumidores de Drogas”, a mesma tem como objectivo principal analisar a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas. Tendo em conta os resultados obtidos, pode-se concluir que os objectivos predefinidos foram alcançados.

Relativamente as estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, as respostas dos entrevistados que nos levam a compreender que a reabilitação na Remar é baseada na palavra do senhor, fazendo com que os consumidores de drogas sigam a palavra de Deus. Ficou evidente que o centro adopta o Modelo da Abordagem em Comunidades Terapêuticas, onde o usuário é retirado do ambiente que propicia o uso de drogas e passa a residir num local seguro, obedecendo as normas e regras do mesmo, participando de terapias ocupacionais.

Quanto a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, a mesma é verificada tendo em conta a abstinência do usuário, e também do contributo que ele dá para o centro.

No que toca a Remar estratégias de intervenção psicossocial para aprimorar a reabilitação de indivíduos consumidores de drogas, os entrevistados sugeriram a existência de assistência psicológica, de profissionais qualificados para melhorar o processo de reabilitação e do aumento dos produtos alimentares para satisfazer as necessidades alimentares dos indivíduos que o centro acolhe. Os mesmos também destacaram a necessidade de uma interação entre o consumidor, a família e a sociedade em geral de modo a permitir uma boa reinserção social ou adaptação do ex-usuário de drogas, tendo em conta que a família pode constituir e a sociedade podem constituir um grande factor de protecção ou de risco, dependendo das suas acções.

5.2. Sugestões

Tendo em conta os resultados obtidos com a monografia, sugere-se a REMAR o seguinte:

- Melhoria das estratégias de intervenção psicossocial, com a inclusão de alguns profissionais como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais para dar o devido seguimento dos casos;
- Uso de estratégias psicológicas como psicoterapias individuais, de cunho cognitivo comportamental, aconselhamento de drogas (filosofia dos 12 passos idênticos às professadas pelos alcoólicos anónimos) de modo a compreender as causas e modificar a interpretação que os usuários têm sobre as drogas e suas consequências, levando-os à um estilo de vida funcional;
- Criação de parcerias com outras instituições para melhorar o processo de reinserção social, para práticas de algumas actividades fora do centro, uma vez que o mesmo pauta por o Modelo da Abordagem em Comunidades Terapêuticas, onde remove-se o indivíduo do local que propicia o consumo de drogas para outro;
- Melhorar a participação da família e sociedade no processo de reabilitação psicossocial através de rodas de conversa, psicoterapias familiares, de modo a permitir uma boa reinserção social do ex-usuário de drogas;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M. L. M. (2011). *Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial*. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682011000300008
- Alvis, A. (2009). *Aproximación teórica a la intervención psicossocial*. Poiésis, 9(17).
- Arza, J.; Comas, D. (2000). *Exclusion y Integración Social*. Madrid: Grupo Gid
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70, 2016
- Batista, H. F. F., Oliveira, G. S. & Camargo, C. C. O. (2016). *Análise De Conteúdo: Pressupostos Teóricos E Práticos*. Revista Prisma, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 48-62, 2021
- Botzet, A., & Anderson, N. (2002). *A prospective study of youth gambling behaviors*. Psychology of Addictive Behaviors, 16(1), 3–9. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.1.3>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre, RS: ARTMED,
- Cardoso, H. F., Borsa, J. C. & Segabinazi, J. D. (2018). *Indicadores de saúde mental em jovens: factores de risco e de proteção*. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n3s1/a02.pdf>
- Carvalho, S. (2007). *Manual de boas práticas em Reinserção*. Porto: 1º Caderno, Enquadramento teórico. Instituto da Droga e da Toxicodependência
- Castro, M. S. & Rosa, L. C. S. (2010). *Prevenção do uso de drogas: adolescência, família e escola*. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT_07_10_20
- Chacón, U. M. (2016). *Proposta de Intervenção para reduzir o consumo de droga pelos adolescentes no Território da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília em Belo Horizonte-MG*. (Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização Estratégia Saúde das Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção do Certificado de Especialista). Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Proposta_interven%C3%A7ao_para_reduzir_o_consumo_de_droga_pelos_adolescentes.pdf

Corrêa, R. G. (2011). *Introdução à Reabilitação de Dependentes Químicos*. Curitiba-PR: Instituto Federal Paraná

Costa, M. A. C., Silva, A. P. T. & Santos, C. P. (2009). *Mídia e intervenção psicossocial nas comunidades: em busca de novas possibilidades*. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/download/1110/920>

Dalgalarondo, P. (2008) *Religião, Psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Medicas, 2008.

De Souza, R. M. A. (2019). *Eficácia No Tratamento De Dependência Química Em Uma Instituição Clínica E Outra Religiosa*. Dissertação apresentada em cumprimento às exigências do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Religião. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/bitstream/tede/4215/2/Roberta%20Mayara%20Alves%20Ode%20Souza.pdf>

Farias, T. M. S., Nantes, E. S. & Aguiar, S. M. (2015). *Fazes psicosssexuais freudianas*. Disponível em <http://www.sies.uem.br/trabalhos/2015/698.pdf>

Ferreira, A. C. Z.; Czarnobay, J. ; Borba, L. O.; Capistrano, F. C.; Kalinke, L. P.; Maftum, M. A. (2016). *Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos*. Rev. Enfe. p. 1-13, 31 mar.

Fonte, C. (2006). *Comportamentos aditivos: Conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo*. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/533>

Fundação Universidade Federal do Rio Grande (2023). *Intervenção psicossocial*. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/fundacao-universidade-federal-do-rio-grande/psicologia-social/intervencao-psicossocial/6048645>

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Rio Grande Do Sul: UFRGS.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S. H.

- Governo de Santa Catarina (2022). *O que se reabilitação?*. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/2165-o-que-e-reabilitacao>
- Goulartt, B. N. G. & Anderle, P. (2020). *Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção*. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/nCwYZJw6yxFMrj7NgDSM88g/?lang=pt#>
- Kassai, S. (2002). *Utilização da análise por envoltórias de dados (DEA) na análise de demonstrações contábeis*. Tese de doutoramento da Faculdade de Economia e Arquitetura - FEA - da USP. São Paulo
- Knapp, W. P. (2002). *Intervenções psicossociais em Transtornos por uso de psicoestimulantes: Uma revisão Sistemática*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3345/000336729.pdf?...1>
- Lussi I. A. O; Pereira M. A. O.; Pereira Junior. (2006). *A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?*. Revista Latino americana de Enfermagem. 14(3):448-56
- Machado, M. N. da M. (2004). *Práticas psicossociais. Pesquisando e intervindo*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas
- Marques, A. C. P. R. & Cruz, M. S. (2000). *O adolescente e o uso de drogas*. Ver. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v22, supl. 2, p.32-36
- Mendes, F. R. (2015). *Definição e Classificação das drogas*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315771614_Definicao_e_classificacao_das_drogas?enrichId=rgreq-7dd57d8ea05469e24219ef501717d3cf-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxNTc3MTYxNDtBUzo0Nzk0MTY2Nzg2NTM5NTRAMTQ5MTMxMzI1MTQzMA%3D%3D&el=1_x_3&esc=publicationCoverPdf
- Ministério da Saúde do Brasil (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde
- Mwamwenda, T. S. (2005). *Psicologia educacional: uma perspectiva africana*. Texto Editores

- Neiva, K. M. C. (2010). *Intervenção psicossocial: aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas*. São Paulo: Vetor
- Nimtz, M. A., Tavares, Maftym, M. A., Ferreira, A. C. Z., Borba, L. O. & Capistran, F. C. (2013). *Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos*. Disponível em: em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35721>
- Patrício, L. (2002). *Droga, para que se saiba*. Editoras Figueirinhas
- Pires, F. S. (2017). *O papel da psicologia nos casos de dependência de drogas*. Disponível em <https://www.sesc.sc.com.br/blog/saude/artigo--opapel--da-psicologia-nos-casos-de-dependencia-de-drogas>
- Pitta, A. (1996). *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje*. In Pitta, A. (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. (pp.19-26). São Paulo: Hucitec
- Prado, V. S. (2010). *Levantamento Das Técnicas Psicoterápicas Na Reabilitação Do Toxicômano*. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/46362/1/Vanessa%20Saviotti.pdf>
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Rio grande do Sul-Brasil: Editora Feevale
- PUC-Rio (2001). *A história do consumo de drogas e do tratamento dos consumidores destas substâncias*. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7684/7684_4.PDF
- Remar (2023). *Moçambique Remar*. Disponível em: <https://Remar.pt/mocambique/>
- Ribeiro, R. (2022). *Como aplicar os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade?*. Disponível em: <https://inspiracapital.com.br/portal/como-aplicar-os-conceitos-de-eficiencia/#eficacia>
- Rodrigues, A. F. G. (2019). *Eficácia dos Tratamentos nas Dependências Químicas*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça). Universidade Lusófona Do Porto. Disponível em: <https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/10312/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o AndreRodrigues2019 Documento Final.pdf>
- Sanches, L. R. & Vecchia, M. D. *Reabilitação Psicossocial e reinserção socialista de*

- consumidores de drogas: Revisão da literatura.* Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/99nkdwgFwnDMBzNNBx68G8R/abstract/?lang=pt>
- Santos, A. F. (2016). *O Trabalho do Psicólogo Junto aos Toxicodependentes*. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 01, Vol. 09, pp. 790-798, Outubro / Novembro de 2016. ISSN:2448-0959 Disponível em <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/2016/11/psicologo-toxicodependentes.pdf>
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Schlindwein-Zanini, R., Almeida, G. M. F., Helegda, L. C. & Fernandes, K. C. (2014). *Wernicke: Korsakoff syndrome, substance use and abuse: neuropsychological and psychomotor effects*. Fiep Bulletin, 84(1), 369 -372.
- Serretti, M. A. T. (2012). *Toxicomania: um estudo psicanalítico*. Disponível em <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/6246>
- Sequeira, N. E. (2003). *Jovens, família e droga: um estudo sobre toxicodependência na cidade de Maputo*. Disponível em <http://monografias.uem.mz/jspui/handle/123456789/219>
- Silva, M. L.; Guimarães, C. F. & Salles, D. B. (2014). *Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de consumidores de substâncias psicoativas*. Revista Rene, São Paulo, v. 6, n. 15, p. 1007-1015, dezembro, 2014
- Silva, L. A. & Faria, I. T. (2018). *Causas e consequências do uso das drogas: uma reflexão teórica*. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/download/3999/2272/13217>
- Silva, D. A. D. (2011). *A mediação sócioeducativa como campo de intervenção na toxicodependência*. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19254>
- Shneider, J. A.; Limberger, J.; Novello; B. M. & Andretta, I. (2016). *O papel da reabilitação psicossocial no tratamento de consumidores de crack*. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000100004

- Tavares, M. A. (2012). *Consumo de drogas em Angola: estudo com toxicodependentes em tratamento*. Instituto superior de ciências da saúde – Norte. Cespu - Formação Angola. Disponível em: https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/273/Tese%20de%20Mestrado_Maria%20Alice%20Tavares.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tinôco, D. S. (2018). *Factores De Proteção Ao Uso De Drogas Entre Universitários: O Papel Do Lazer*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/1876>
- United Nations Office Drugs and Crime (2023). *Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas*. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2023-do-unodc-alerta-para-a-convergencia-de-crisis-e-contnua-expanso-dos-mercados-de-drogas-ilcitas.html#:~:text=Novas%20estimativas%20do%20Relat%C3%B3rio%20Mundial, pessoas%20deslocadas%20por%20crises%20humanit%C3%A1rias>.
- Villvock, S. S. & Almeida, M. P. P. M. (2020). *Os Factores Influentes Na Abstinência, Segundo Adictos Abstinentes Há Mais De Cinco Anos*. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/1d8ba8f3-8e25-4e41-8865-8b323f06f2b0>

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Informação e Consentimento Informado

TERMO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Prezado (a) colaborador (a) da Remar

Eu, Gilda Rosária Filipe, estudante de Licenciatura em Psicologia Social e das Comunitária, na Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane, sob supervisão do Msc. Alcídio Cumbe desenvolvo actualmente uma monografia que será apresentada como um dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária. A mesma tem como título “*Eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas*” e tem como objectivo geral analisar a eficácia das estratégias de intervenção psicossocial adoptadas pela Remar na reabilitação de indivíduos consumidores de drogas.

A sua participação é de extrema importância para a materialização da mesma, por isso solicito a mesma, respondendo às perguntas que constam do guião de entrevista. A sua participação tem um carácter voluntário e não envolve nenhuma remuneração, podendo desistir a qualquer momento, neste sentido, pode retirar este consentimento a qualquer momento que o desejar sem prejuízo para ambas as partes.

A pesquisa vai respeitar e seguir os princípios éticos internacionais aplicados à investigação em Psicologia, todos os dados recolhidos são confidenciais, sendo analisados anonimamente no decurso da investigação e não vai acarretar nenhum prejuízo para os participantes.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Após ter lido os termos contidos neste consentimento informado, eu _____
_____ concordo em participar, colaborando
dessa forma com a pesquisa, respondendo as perguntas que constam do guião de entrevista. A
minha participação é voluntária e está formalizada por meio da aceitação deste termo, poderei
deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

(Gilda Rosária Filipe)

Pesquisadora/estudante

_____/_____/_____

()

Participante/ colaborador (a) da Remar

_____/_____/_____

Contacto: +258 84 278 5670

Apêndice 2: Questionário de Dados Sociodemográficos



FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome (Iniciais): _____

Idade: _____ **Sexo:** Masculino () Feminino ()

Nível de escolaridade : _____ **Profissão:** _____

Estado civil:

Solteiro () Em união de facto () Casado/a () Divorciado/a ()

Viúvo/a ()

Agregado familiar: _____

Anos de trabalho na Remar : _____

Proveniência: _____

Residência: _____

Outra informação que considere relevante: _____

Apêndice 3: Guião de Entrevista



FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

GUIÃO DE ENTREVISTA

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL ADOPTADAS PELA REMAR NA REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS CONSUMIDORES DE DROGAS

1. Como é feita a reabilitação dos consumidores de drogas?
2. Quais são os passos predeterminados para o processo de reabilitação desde o momento de chegada até a saída do centro?
3. Como é que tem sido o atendimento individualizado ao consumidor de drogas, o que é feito com ele (de forma específica)? Existe alguma assistência psicológica?
4. Existe alguma assistência familiar e social após o desligamento ou após o final do processo de reabilitação?

EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL ADOPTADAS PELA REMAR NA REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS CONSUMIDORES DE DROGAS

5. Os processos de reabilitação social usados na Remar têm sido eficazes? Como se verifica a eficácia?

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA APRIMORAR A REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS CONSUMIDORES DE DROGAS

6. Tendo em conta o trabalho que tem realizado a nível da Remar, o que pode ser feito para aprimorar o atendimento ou a reabilitação dos indivíduos consumidores de drogas?
7. Que estratégias podem ser usadas pelo consumidor, pela família e a sociedade em geral para que haja uma melhor intervenção na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas?

ANEXOS

Anexo 1: carta de autorização para recolha de dados

ASSOCIAÇÃO REMAR MOÇAMBIQUE

Associação de Reabilitação de Marginalizados

ESCRITÓRIOS CENTRAIS

Av. 24 de JULHO Nº 3572, R/C

Alto Maé, Maputo

Tel. +258 84 641 4767

Tel. +258 84 025 9086 / 84 812 5477

E-mail: remarmz@gmail.com / remamocambiquep@gmail.com

Web: www.remar.pt/mocambique / www.remar.org



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

Faculdade de Educação

Av. Julius Nyerere n.º3453, Maputo Moçambique

Maputo, aos 26 de Março de 2024

N/Ref.: 026/ AMAHMR/DG/2024

ASSUNTO: Autorização para a realização da pesquisa académica científica e estágio de fim do curso

Exmo. Senhor Diretor do curso de Psicologia social e comunitária da Faculdade de Educação -UEM

A Remar Moçambique recebeu no dia 16 de Agosto de 2023, a Credencial emitida no dia 14 de Agosto de 2023, a qual solicita junto da Remar Moçambique, autorização para a realização de Estágio acompanhado da pesquisa académica científica do final do curso nos seus Centros de Reabilitação a favor de Hilario Alexandre Ubisse e Gilda Rosária Filipe, estudantes finalistas do curso de Licenciatura em Psicologia social, Comunitária, Desenvolvimento e Educação da Infância na FACED/UEM de acordo o documento que nos foi enviado. De referir que o tema de pesquisa que foi apresentada versa sobre "Factores de Residência no consumo de drogas na perspectiva dos gestores de Centros de Reabilitação, consumidores e família".

A Remar Moçambique sente-se honrada com a iniciativa da vossa instituição de ensino em Psicologia Social, Comunitária, Desenvolvimento e Educação de Infância em escolhe-la para ser o lugar de estágio e pesquisa académica do final do curso para os vossos estudantes.

A Remar Moçambique serve-se desta para informar que a vossa carta foi acusada positivamente e com efeito imediato, podendo o estudante apresentar-se no Centro de Reabilitação a partir da sexta-feira dia 29 de Março do corrente ano.

Sem mais assunto do momento, subscrevemo-nos com elevada estima.

Atenciosamente



Assistente Social Sénior. Dário Rito

CNGD Regitada nos Ministérios dos Negócios Estrangeiros e Cooperação sob o nº. EP/156/98