



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JEFFERSON PEREIRA MACIEL DA CRUZ

ORIENTAÇÃO ESPIRITUAL E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE USUÁRIOS DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

São Carlos/SP

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JEFFERSON PEREIRA MACIEL DA CRUZ

ORIENTAÇÃO ESPIRITUAL E IDEIAÇÃO SUICIDA ENTRE USUÁRIOS DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Dissertação apresentada à comissão examinadora,  
para obtenção do título de mestre em Ciências da  
Saúde pela Universidade Federal de São Carlos  
(UFSCar).

Orientadora: Profa. Dra. Angelica Martins de  
Souza Gonçalves.

São Carlos/SP

2021



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Jefferson Pereira Maciel da Cruz, realizada em 30/08/2021.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Angelica Martins de Souza Gonçalves (UFSCar)

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto (UFSCar)

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Junior (UFPI)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida família: mãe, pai e irmã pelo apoio e todo o incentivo que me fizeram seguir em frente sempre.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, pela bênção de poder trilhar o caminho que me trouxe até aqui, proporcionando-me paz, saúde, disposição e paciência.

À minha família: meus pais Maria Maciel e Gerson da Cruz que, desde o início, ainda na graduação, sempre me incentivaram a ir de encontro com cada sonho, à minha irmã Thais por todo apoio e incentivo mesmo de longe, obrigado por percorrerem comigo uma trajetória repleta de obstáculos, mas muitas realizações.

A minha orientadora Angelica Martins de Souza Gonçalves, por todo apoio, disposição durante a orientação, viabilizando a execução dessa pesquisa, o meu muito obrigado, Deus abençoe.

Agradeço imensamente a todos os colegas da pós-graduação, colaboradores da UFSCar e todas as instituições que contribuíram com a realização da pesquisa.

Aos amigos que encontrei durante toda a trajetória acadêmica, que sem sombra de dúvidas, foram essenciais, gratidão.

“Tudo passa, tudo é recomeço”.  
(Desconhecido)

## RESUMO

Objetivo: Comparar a relação entre orientação espiritual e ideação suicida, conforme uso de substâncias psicoativas, por pessoas em processo de reabilitação. Método: Estudo transversal e analítico, com usuários de substâncias psicoativas vinculados a três instituições do Sudeste brasileiro, com 18 anos ou mais, de ambos os sexos. Aplicou-se entrevista estruturada com informações sociodemográficas; Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas; versão brasileira da Spirituality Self Rating Scale e Escala de Ideação Suicida de Beck. Para análise, utilizou-se estatísticas descritivas dos dados sociodemográficas e comparou-se as médias dos grupos por meio dos Testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Foi adotado nível de significância de 5%. Resultados: Participaram do estudo 97 indivíduos. As características sociodemográficas predominantes foram: sexo masculino (91,8%), média de idade de 44 anos, Solteiros (63,9%), e católicos (37,1%). O rastreamento do uso de substâncias identificou maior frequência de provável dependência para álcool, maconha e cocaína. Ao realizar-se a comparação da relação entre orientação espiritual e ideação suicida, verificou-se diferenças entre os grupos, com resultados significativos para usuários de álcool e maconha. Em ambos, os maiores níveis de importância da espiritualidade foram detectados entre usuários abusivos, entretanto, o risco de suicídio esteve aumentado na categoria de prováveis dependentes. Conclusão: A literatura científica evidencia majoritariamente a espiritualidade como fator protetor para o comportamento suicida, ao passo que o uso de substâncias tende a ser um fator de risco. Este estudo, por sua vez, ao recrutar pessoas em processo de reabilitação, averiguou que pode haver alguma especificidade das referidas relações ao focar-se em usuários de distintas substâncias. Com isso, novos estudos que investiguem relações entre espiritualidade, risco de suicídio e uso de substâncias em sua diversidade (tipo de droga, padrão, poliuso) e estágios de prontidão para mudança do consumo são essenciais para gerar evidências capazes de colaborar para o aperfeiçoamento de projetos terapêuticos singulares, tanto no âmbito da Atenção Básica, quanto no da assistência especializada.

Palavras – chave: Transtorno de ansiedade, Centros de reabilitação, Ideação suicida, Espiritualidade, Usuários de drogas.

## **ABSTRACT**

Objective: To compare the relationship between spiritual orientation and suicidal ideation, according to the use of psychoactive substances, by people in rehabilitation process. Method: Cross-sectional, analytical study, with users of psychoactive substances in three institutions in southeastern Brazil, aged 18 years or older, of both genders. We applied a structured interview with sociodemographic information; a screening test for involvement with alcohol, tobacco, and other drugs; a Brazilian version of the Spirituality Self Rating Scale, and Beck's Suicidal Ideation Scale. For the analysis, descriptive statistics of the sociodemographic data were used, and the means of the groups were compared using the Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests. A 5% significance level was adopted. Results: Ninety-seven individuals participated in the study. The predominant sociodemographic characteristics were: male (91.8%), mean age 44 years, single (63.9%), and catholic (37.1%). Substance use screening identified higher frequency of probable dependence for alcohol, marijuana, and cocaine. When comparing the relationship between spiritual orientation and suicidal ideation, there were differences between the groups, with significant results for alcohol and marijuana users. In both groups, the highest levels of importance of spirituality were detected among heavy users, however, the risk of suicide was increased in the category of probable dependents. Conclusion: The scientific literature mostly evidences spirituality as a protective factor for suicidal behavior, while substance use tends to be a risk factor. This study, in turn, by recruiting people in the rehabilitation process, found that there may be some specificity of these relationships by focusing on users of different substances. Thus, new studies investigating the relationship between spirituality, suicide risk, and substance use in its diversity (type of drug, pattern, polyuse) and stages of readiness to change consumption are essential to generate evidence capable of contributing to the improvement of unique therapeutic projects, both in Primary Care and in specialized care.

Key words: anxiety disorder, rehabilitation centers, suicidal ideation, spirituality, drug users.



## LISTA DE ABREVIATURAS

ASSIST	Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas
BSI	Beck Scale for Suicide Ideation
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas
CTS	Comunidades Terapêuticas
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial de Saúde
SSRS	Spirituality Self Rating Scale
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	14
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
2.3	HIPÓTESES DO ESTUDO .....	15
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	16
3.2	LOCAL.....	16
3.3	AMOSTRA .....	17
3.4	ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	17
3.5	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	19
3.6	MATERIAIS .....	20
3.7	ANÁLISE DOS DADOS .....	21
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>21</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	21
4.2	RASTREAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....	22
4.3	IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE (ORIENTAÇÃO ESPIRITUAL) .....	24
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
	ANEXO 1.....	36
	ANEXO 2.....	40
	ANEXO 3.....	43
	ANEXO 4.....	45
	ANEXO 5.....	47
	APÊNDICE A.....	48
	APÊNDICE B .....	51

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio configura-se como um sério problema de saúde pública a nível mundial. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 800 mil pessoas cometem suicídios todos os anos, ocupando posição de destaque, como a décima quinta causa de morte. Entre os anos de 2000 e 2012, o Brasil chegou a registrar 112.103 mortes por suicídio em pessoas com idade acima de 10 anos (NAVARRO-GÓMEZ, 2017; ABP, 2014; CARMO et al., 2018).

O suicídio é caracterizado por ações nocivas à própria saúde, que, conseqüentemente, podem levar ao óbito consciente. É definido como ato consumado e intencional de findar a própria vida, por meio de ações de autoextermínio executadas pela própria vítima. Quando o suicida não possui êxito no ato, tal comportamento é definido como “tentativa de suicídio”. As tentativas de suicídio e o suicídio pertencem ao mesmo grupo de risco e estão associados a fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e situacionais, capazes de tornar o indivíduo mais vulnerável a suicidar-se (AZCÁRATE et al., 2015; FILHO; ZERBINI, 2016; ARAYA & GONZALES 2019).

Como estratégia de avaliação, o risco de suicídio pode ser classificado em leve, moderado ou grave. Em relação ao risco leve indica a necessidade de atendimento ambulatorial no futuro; o moderado indica a necessidade de atendimento ambulatorial e o grave indica necessidade de cuidados emergentes garantindo uma intervenção integral, imediata, segura e eficaz (BIDDLE, 2014).

As tentativas de suicídio entre homens e mulheres diferem, sendo em maior número entre mulheres, enquanto os homens apresentam maior número com desfecho de óbito, justificado pelos métodos eleitos (CREMASCO; BAPTISTA, 2017). Nos Estados Unidos, por exemplo, as armas de fogo são utilizadas em mais da metade dos casos de suicídio em homens (56%), seguido de enforcamento (26%) e intoxicação (11%). No cenário feminino, o envenenamento é o mais comum (37%), seguido de armas de fogo (31%) e enforcamento (23%) (STONE et al. 2014).

A ideia suicida é atestada por diversos autores como instabilidade emocional que se relaciona diretamente a pensamentos de autolesão, apoiando dois subtipos de risco de suicídio: os indivíduos que premeditam e aqueles em que predominam sintomas de raiva e/ou

impulsividade, sendo assim a ideação suicida um preditor importante do comportamento suicida (TUTPLER et al., 2015; WHO 2013).

Nesse contexto, entende-se que há uma interação complexa entre ideação suicida e comportamento suicida que dependem de fatores bem estabelecidos, como transtornos mentais, variáveis demográficas e variáveis psicossociais, ambas possuem influência na prevenção ao suicídio (HADZIC, et al., 2020).

O comportamento suicida tem sido relacionado a históricos clínicos de transtornos psiquiátricos, como depressão e esquizofrenia ou em abuso de álcool e outras drogas (CESCON; CAPOZZOLO; LIMA, 2018). O abuso de álcool e outras drogas também têm sido relacionadas ao desencadeamento de comportamentos suicidas. Vale ressaltar que uma em cada vinte pessoas com idade entre 15 e 64 anos já consumiu algum tipo de droga ilícita e, dentre as mais comumente utilizadas, pode-se elencar: maconha, opióides, cocaína e anfetaminas (SOARES; NASCIMENTO, 2017; UNODOC, 2015).

Estudos apontam que o uso de drogas pode ocasionar consequências em âmbito familiar, social, saúde e compromisso com os estudos, repercutindo, inclusive, na vida profissional (DÁZIO; ZAGO; FAVA, 2016; LEMES et al., 2017; UNODOC, 2015).

O uso indevido de drogas pode estar diretamente ligado a subjetividades, fatores sociais e familiares especialmente durante a juventude. Em consonância com esses fatores, é evidente a necessidade de avaliar o risco de suicídio e considerar a religiosidade e espiritualidade como fatores intervenientes à condição mental do indivíduo (KENDLER et al, 2017; BONELLI et al 2013).

A espiritualidade e a religiosidade integram a dimensão de convívio social e cultural do ser humano. A religiosidade apresenta-se de dois modos: de forma intrínseca, na qual a pessoa tem a religião como seu bem maior, vendo as demais necessidades caracterizadas com menor importância ou de maneira extrínseca, na qual é concebida como sendo uma ferramenta utilizada pelo indivíduo para alcançar outros interesses, seja de convívio, distração, status e auto absolvição (ARRUDA et al., 2013; LAWRENCE et al., 2016).

Estudos evidenciam que a prática religiosa pode ser capaz de desenvolver efeito protetor à saúde, chegando a influenciar a saúde física e mental. O mecanismo de influência é compreendido por meio das doutrinas e regras de convivência, como por exemplo, a evitação de comportamentos que podem ser prejudiciais à saúde. Nesse contexto, sabe-se que a religiosidade e a espiritualidade proporcionam melhor prognóstico de reabilitação do uso de substâncias, portanto, depreende-se que há potencial para também influenciar no risco de

suicídio, sendo comum encontrar estudos científicos que, paradoxalmente, tenham demonstrado maiores níveis de religiosidade associados ao uso indevido de drogas. Os suicídios podem ser evitados, desde que seja desenvolvida a conexão e a construção de fatores de proteção. Tais fatores podem facilmente ser agregados à prática espiritual incluindo suporte, bons relacionamentos e confiança, o que favorece a abordagem psicossocial e diminui os fatores de risco (LAWRENCE et al., 2016; ARRUDA et al., 2013; KOENIG HG, REI DE CARSON VB, 2012).

Além de representar um progresso positivo no tratamento de dependentes, as frequências religiosas e espirituais podem estar significativamente associadas com as taxas de dependência, tentativas de suicídio e, por diversas vezes, aflição psicológica. Nesse contexto, ambas podem atuar em dependentes químicos como fator positivo para a saúde física e mental, sendo considerado recurso importante principalmente em pacientes que manifestam ideação suicida ou apresentam riscos de suicídio. Os indivíduos que se enquadram em um grupo socialmente desfavorecido são altamente afetados pelo consumo abusivo dessas substâncias e enfrentam grande sofrimento psíquico.

Supostamente, aqueles que frequentam cerimônias religiosas pelo menos uma vez na semana se enquadram em um grupo que representa uma menor taxa de consumo dessas drogas (GERHARD et al, 2013; TORCHALLA et al. 2014; DEIN 2018).

As práticas religiosas e espirituais atuam de modo concomitante, sendo úteis em momentos de sofrimento físico e mental. Mesmo que os números sejam alarmantes e ainda que vários autores defendam a religião e espiritualidade como fatores protetores na prevenção ao suicídio, são raros os estudos que mostram evidências substanciais e concretas que comprovem essa hipótese. Tal inconsistência pode ser influenciada por diferentes medidas, uma vez que a religião possui diversas dimensões: afiliação, participação, doutrina (LAWRENCE et al., 2016; ARRUDA et al., 2013).

Vários fatores se relacionam com o consumo de substâncias psicoativas e são relatados como intensificadores de ideação suicida, dentre eles, o mais temido tem sido o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O acometimento pelo vírus HIV é um evento comum entre usuários de drogas injetáveis e o medo da doença incurável propulsiona e intensifica o comportamento à ideação, podendo inclusive ser o ponto de partida para a tentativa de suicídio, em virtude desse acontecimento na vida do indivíduo (LAU et al, 2017).

Ainda tratando dos motivos que podem impulsionar o comportamento suicida é possível destacar os casos em que há abstinência e o encarceramento. A melhor saída, nesses

casos em que o indivíduo se encontra encarcerado, é dispor de equipe treinada para gerenciar o risco de suicídio, além de garantir segurança e tratamento eficaz para os transtornos psiquiátricos e problemas psicossociais. A avaliação psicossocial de pessoas com transtornos por uso de substâncias químicas é um passo importante na formulação de um plano de ação, com reflexo positivo que facilite a triagem e rastreamento de déficits psicossociais que são facilmente identificados em indivíduos com ideação suicida. Alguns elementos que exigem mudanças no sistema prisional podem funcionar positivamente, abordando questões relacionadas ao bullying e isolamento social, ao limitar o acesso a meios letais e fornecer apoio e supervisão para o profissional que presenciar infratores com comportamento suicida (NIEUWOUDT; BANTJES 2013; RIVILIN et al 2013; LAL e SINGH 2018).

O uso continuado de iniciativas baseadas na fé, em programas de tratamento de usuário de drogas devem ser considerados como recursos terapêuticos, pois esses programas são capazes de fornecer tanto controle social externo, quanto orientação espiritual interna, promovendo uma mudança transformadora na identidade do ofensor, podendo ser um criminoso ou um dependente. Diante da problemática supracitada, é evidente que mesmo com dificuldades a serem vencidas, a espiritualidade pode, no mínimo, funcionar como base e suporte a partir do qual os dependentes começam a reconstruir suas vidas, promover e desenvolver mudanças em seu comportamento a longo prazo, longe do crime, da violência e do uso de substâncias (HOFFMANN 2014; BAKKEN et al, 2014).

Associar os aspectos religiosos e espirituais aos programas de tratamento a dependentes químicos pode ser considerado um meio para obter resultados efetivos, melhorando a qualidade de vida, reduzindo recaídas e prevenindo os riscos de suicídio (ARRUDA et al., 2013; BETTARELLO et al., 2016).

No cenário apresentado, é evidente que se justificam novos estudos que voltem o olhar para o risco de suicídio entre usuários de substâncias psicoativas em reabilitação, pois são úteis para detectar e implementar estratégias eficazes em programas preventivos para suicídio, especialmente entre os dependentes (DRAPEAU; MCINTOSH, 2016; ARRIBAS-IBAR et al, 2017; STONE et al, 2014).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Apesar da literatura ser vasta em evidenciar que a espiritualidade, através da prática espiritual parece minimizar o risco para comportamento suicida e também cooperar, de forma

geral, para o sucesso dos processos de reabilitação para o uso de álcool e drogas, novos estudos são necessários para aprofundar se essa relação é válida entre as variáveis supramencionadas quando se considera um perfil mais individualizado da pessoa que busca por tratamento (visto que de acordo com suas preferências, ela pode eleger uma droga de uso mais frequente, ter uma história de vida que a aproximou ou distanciou dos aspectos religiosos e espirituais, ter história de sofrimento mental, entre outros fatores).

Frente ao exposto, um estudo que busque compreender melhor como aspectos da espiritualidade influencia usuários de substâncias psicoativas específicas em processo de reabilitação no que se refere ao risco de suicídio pode ser útil como recurso adicional aos tratamentos voltados para a dependência ou mesmo como recurso terapêutico para usuários abusivos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Comparar a relação entre orientação espiritual e ideação suicida, conforme uso de substâncias psicoativas, por pessoas em processo de reabilitação.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Rastrear o uso de substâncias psicoativas dos usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação;
- Identificar a importância da espiritualidade (orientação espiritual) para usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação.

### **2.3 HIPÓTESES DO ESTUDO**

H0 – Não há diferença entre grupos de usuários de diferentes substâncias psicoativas em processo de reabilitação na relação entre orientação espiritual e risco de suicídio.

H1 – Há diferença entre grupos de usuários de diferentes substâncias psicoativas em processo de reabilitação na relação entre orientação espiritual e risco de suicídio

## **3 METODOLOGIA**

### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico. Esse desenho viabiliza que o investigador atue meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que possa interferir no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora possa, neste meio tempo, realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados. (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE 2018).

Estudos transversais (ou seccionais), são aqueles realizados em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo. Este estudo é ainda considerado analítico, ou seja, examina a existência de associação ou correlação entre as variáveis de interesse (CALDEIRA et al., 2015).

### 3.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido na região sudeste do Brasil. Os dados foram coletados em um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-ad) e duas Comunidades Terapêuticas (CTs), voltadas à reabilitação do uso de substâncias psicoativas. Tais serviços localizam-se em três municípios distintos do interior do Estado de São Paulo, Brasil. A escolha das CTs se deu pelos seguintes critérios:

Estarem cadastradas na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas - FEBRACT;  
Serem referências de encaminhamento voluntário através do CAPS-ad onde os dados foram coletados;

As CTs funcionam como serviço residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos de caráter voluntário que oferece ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, tendo como objetivo a melhoria geral da qualidade de vida e reinserção social do indivíduo por meio do tratamento de desintoxicação. O período depende da condição clínica e evolução de cada indivíduo, com duração mínima de meses, sendo necessário estipular tempo máximo de permanência por meio de mecanismos que garantam uma desinstitucionalização segura. Durante todo o processo oferecer um ambiente que garanta a participação de oficinas, dinâmicas, atendimento médico e assistência à saúde, bem como participação de atividades religiosas do seu credo, de modo voluntário. A desinstitucionalização pode ocorrer por alta administrativa, alta solicitada em caso de desistência ou reinserção social

O CAPS-ad, por sua vez, é o serviço de referência municipal para tratamento do uso de álcool e drogas, que funciona de portas abertas garantindo atenção contínua 24 horas por dia, sendo caracterizado como local de referência do cuidado e proteção a usuários e familiares em



situações que envolvem recaídas, abstinência, ameaças de morte etc. Esses locais condicionam também o recebimento de usuários transferidos de outros pontos de atenção, além de atuar de forma articulada com a rede de atenção às urgências SAMU, participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas.

O atendimento aos usuários do serviço é individual, contando também com atendimento psicoterápico e de orientação, além da oferta de medicação assistida e dispensada. Também é feito um trabalho de atendimento à família, individual e em grupo, oferecendo atividades de reabilitação psicossocial. Cada serviço foi classificado para compor os resultados deste estudo, sendo Comunidade terapêutica amigos da vida como Serviço 1, Estância terapêutica como Serviço 2 e Caps AD como serviço 3.

### 3.3 AMOSTRA

Não probabilística, composta por indivíduos em reabilitação do uso de substâncias psicoativas. Os participantes atenderam os seguintes critérios:

**Critérios de inclusão:** Usuários de substâncias psicoativas em tratamento, visando processo de reabilitação; idade igual ou superior a 18 anos; ambos os sexos.

**Critérios de exclusão:** incapacidade de responder às perguntas durante uma entrevista, na avaliação do pesquisador.

Todos os indivíduos que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. A amostra foi constituída com os presentes nos momentos estabelecidos para a realização da coleta de dados.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Este estudo é vinculado ao projeto temático intitulado “**Validação e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira da Escala de Avaliação de Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS)**”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, parecer nº 3.022.384 em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16.

A coleta de dados ocorreu após consentimento dos respectivos gestores de cada unidade e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e em Pesquisa sob parecer nº 3.464.362 (ANEXO 1) em conformidade com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Antes da realização da coleta, foi realizada a observação e o modo como

aconteciam a dinâmica do atendimento e fluxo de pessoas nas instituições, com o intuito de favorecer uma relação de confiança entre pesquisador, instituições e entrevistados.

O período de coleta dos dados referentes a este estudo foi de Junho de 2019 a Outubro de 2020, com interrupção entre os meses de março e agosto de 2020, em virtude da pandemia pelo COVID-19. Com o avanço da pandemia houve mudanças no processo de coleta dos dados, sendo necessário adaptar as últimas cinco entrevistas por meio de acompanhamento telefônico.. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo receberam instruções contidas também no termo de consentimento sobre objetivos, procedimentos, tipo de entrevista que seria aplicada, tempo previsto (aproximadamente 20 minutos), riscos, benefícios, garantia do sigilo de identificação e confidencialidade. A anuência foi manifestada por meio de assinatura do TCLE em duas vias. (APÊNDICE 1).

As entrevistas ocorreram em salas disponibilizadas pelas instituições participantes, prezando pelo atendimento individualizado. Todo material obtido na coleta dos dados foi mantido sob a responsabilidade do pesquisador responsável até o processamento e análise dos dados. Posteriormente, todos os questionários foram arquivados em local apropriado. Aqueles participantes que apresentaram risco de suicídio foram informados sobre a necessidade de alerta para o serviço sobre seus resultados. Nesses casos, o profissional de referência do serviço foi acionado. dos serviços Pesquisa da UFSCar, parecer nº 3.022.384 em conformidade com as Resoluções 466/12 e 510/16.

A coleta de dados ocorreu após consentimento dos respectivos gestores de cada unidade e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e em Pesquisa sob parecer nº 3.464.362 (ANEXO 1) em conformidade com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Antes da realização da coleta, foi realizada a observação eo modo como acontecia a dinâmica do atendimento e fluxo de pessoas nas instituições, com o intuito de favorecer uma relação de confiança entre pesquisador, instituições e entrevistados.

O período de coleta dos dados referentes a este estudo foi de junho de 2019 a outubro de 2020, com interrupção entre os meses de março e agosto de 2020, em virtude da pandemia pelo COVID-19. Com o avanço da pandemia houve mudanças no processo de coleta dos dados, sendo necessário adaptar as últimas cinco entrevistas por meio de acompanhamento telefônico. Os indivíduos que aceitaram participar do estudo receberam instruções contidas também no termo de consentimento sobre objetivos, procedimentos, tipo de entrevista que seria aplicada, tempo previsto (aproximadamente 20 minutos), riscos, benefícios, garantia do sigilo

de identificação e confidencialidade. A anuência foi manifestada por meio de assinatura do TCLE em duas vias. (APÊNDICE 1).

As entrevistas ocorreram em salas disponibilizadas pelas instituições participantes, prezando pelo atendimento individualizado. Todo material obtido na coleta de dados foi mantido sob a responsabilidade do pesquisador responsável até o processamento e análise dos dados. Posteriormente, todos os questionários foram arquivados em local apropriado. Aqueles participantes que apresentaram risco de suicídio foram informados sobre a necessidade de alerta para o serviço sobre seus resultados. Nesses casos, o profissional de referência do serviço foi acionado.

### 3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os participantes responderam a um questionário, que consistiu de: Informações sociodemográficas por meio do Questionário Sociodemográfico (ANEXO 2); Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas - ASSIST (ANEXO 3); Escala de Ideação suicida - BSI (ANEXO 4) e Escala de avaliação de Espiritualidade (versão brasileira da *Spirituality Self Rating Scale- SSRS*) (ANEXO 5):

**Informações sociodemográficas:** avaliou o perfil de idade, sexo, estado civil, orientação sexual, cor da pele, portador ou não de necessidades especiais, religião, cidade de nascimento, pessoas com quem reside, quantidade de itens de conforto que possui, característica da rua onde reside (pavimentada ou de terra/ cascalho), grau de instrução do chefe de família, nível de escolaridade, ocupação, carga horária de trabalho, quantidade de livros lidos no último ano, quantidade de vezes em que participou de atividades artísticas, participação em movimentos partidários, religiosos e sociais, tratamento em saúde mental, uso de medicação psicotrópica, escolaridade, avaliação socioeconômica e tratamentos relacionados a uso/abuso de substâncias.

**Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST)** - O instrumento contém oito questões sobre classes de substâncias psicoativas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiláceos, abordando a frequência de uso, na vida e últimos três meses. A aplicação é realizada pelo entrevistador com tempo de aplicação de 6 minutos. Aborda ainda questões relacionadas ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a

4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e 16 como sugestiva de dependência (HENRIQUE et al., 2004).

**Escala de Ideação Suicida (BSI):** a BSI detecta a presença de ideação suicida, mensura a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida, é um instrumento autoaplicável, que consiste em um conjunto de 21 afirmações com conteúdo como desejo de viver, desejo de morrer, frequência da ideação, percepção da capacidade de levar adiante uma tentativa e a extensão da preparação (KROENKE et al., 2001), os escores variam de 0 até 38. A BSI é amplamente utilizada em pesquisas relacionadas ao suicídio (BECK, 2001; ANDRADE et al., 2015; MADAN et al., 2016).

O BSI é uma escala que avalia a presença de ideação suicida, a gravidade das ideias, planos e desejos de suicídio. Não há ponto de corte específico, nem níveis, pois uma pontuação acima de 0 já indica a existência de ideação suicida e merece atenção (CUNHA et al., 2001).

**Spirituality Self Rating Scale (SSRS)** é um instrumento de autopreenchimento composto por seis itens que avaliam aspectos da espiritualidade do indivíduo. De acordo com seu estudo de adaptação para o Brasil, mensura a importância que uma pessoa atribui à espiritualidade em sua vida, denominada “orientação espiritual”. No primeiro item é abordada a importância de passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações; o segundo aborda sobre o esforço para viver de acordo com crenças religiosas; o terceiro, a relevância que o indivíduo confere aos pensamentos espirituais sozinho, ou em reuniões religiosas e espirituais; o quarto, sobre o interesse na leitura de assuntos relacionados à espiritualidade ou religião; o quinto, se a espiritualidade ajuda a manter a estabilidade e o equilíbrio da vida e, por último, o sexto item sobre a consideração que se dá à espiritualidade como base da própria vida (GONÇALVES; PILLON, 2009).

Ao ser aplicada, é necessário fazer a somatória dos pontos para a utilização da SSRS, em que cada item do instrumento deve ser recodificado com altos escores, em que escore de 5 torna-se 1; 2 torna-se 4 e assim sucessivamente. Com a soma dos 6 itens é alcançado o escore total que representa o nível da orientação espiritual com pontuação variando entre 6 e 30 (GALANTER, MARC et al., 2007).

Para este estudo foi considerada variável dependente o risco de suicídio e variável independente, a orientação espiritual.

### 3.6 MATERIAIS

Para o processo de coleta foram fotocopiados os instrumentos, foram utilizadas canetas esferográficas, computadores, retroprojetores e softwares para armazenamento de dados. Todos os materiais foram providos pelos pesquisadores do grupo de pesquisa.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram registrados em planilhas do Excel e exportados para o programa estatístico IBM SPSS versão 22. A caracterização da amostra (dados sociodemográficos) foi realizada por meio de estatísticas descritivas, utilizando-se frequências percentuais e absolutas, medidas de tendência central (médias e medianas) e medidas de dispersão (mínimos e máximos).

Para proceder-se às análises inferenciais, inicialmente verificou-se a normalidade da distribuição dos dados amostrais segundo escores relativos ao uso de substâncias (ASSIST), risco para suicídio (BSI) e orientação espiritual (SSRS) através do teste kolmogorov-Smirnov.

Para a comparação entre os grupos de usuários de substâncias, em relação às variáveis binárias, utilizou-se o teste U de Mann Whitney e para a análise das variáveis múltiplas, o teste de Kruskal-Wallis (kW). Estabeleceu-se o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância de 5% para todos os testes ( $p \leq 0,05$ ).

A correlação entre as variáveis foi verificada, utilizando-se o intervalo de correlação de Spearman. Para interpretação da força de correlação, Pestana e Gageiro (2014) classificam da seguinte forma: correlação muito fraca ( $r \leq 0.19$ ); correlação fraca ( $0.20 \leq r \leq 0.39$ ); correlação moderada ( $0.40 \leq r \leq 0.69$ ); correlação forte ( $0.70 \leq r \leq 0.89$ ); e correlação muito forte ( $0.90 \leq r \leq 1.0$ ).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 97 indivíduos predominantemente do sexo masculino, com média de idade de 44 anos, entre 18 e 70 anos. A tabela 1 revela que a maioria dos participantes vivem sem cônjuge ou parceiro (85 - 87,6%) e referem ter alguma religião cristã (66- 68%). Pretos e pardos prevaleceram, totalizando 50,6% da amostra. Sobre o grau de escolaridade, 17(17 %) dos participantes possuíam o ensino médio completo, enquanto 11(12%) possuíam o ensino superior completo.

**Tabela 01-** Perfil sociodemográfico de usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação. São Paulo-2020.N:97.

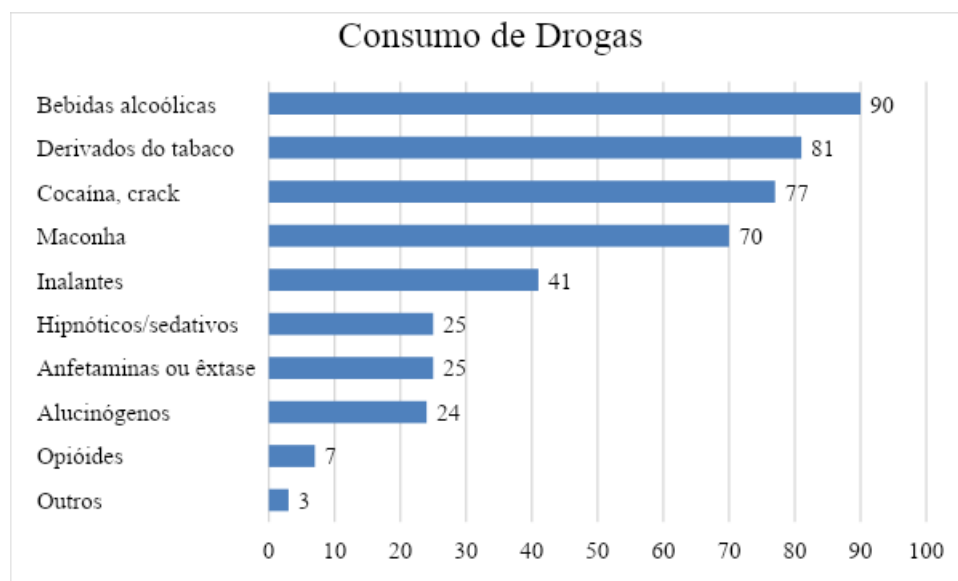
Variável	N(%)
<b>Local</b>	
Serviço 1	47(48,5)
Serviço 2	29(29,9)
Serviço 3	21(21,6)
<b>Sexo</b>	
Masculino	89(91,8)
Feminino	8(8,2)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	62(63,9)
Divorciado	21(21,6)
Casado	7(7,2)
União estável	5(5,2)
Viúvo	2(2,1)
<b>Orientação sexual</b>	
Heterossexual	89(91,8)
Homossexual	5(5,2)
Bissexual	3(3,1)
<b>Cor da pele</b>	
Branca	46(47,4)
Parda	31(32,0)
Preta	18(18,6)
Amarelo	2(2,1)
<b>Religião</b>	
Católica	36(37,1)
Evangélica	30(30,9)
Outra	22(22,6)
Nenhuma	9(9,3)
<b>Com quem mora o paciente</b>	
Casa de familiares (pais, cônjuge, filhos)	64(66,0)
Sozinho(a)	23(23,7)
Outro	10(10,3)

**Fonte: Autor**

#### 4.2 RASTREAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

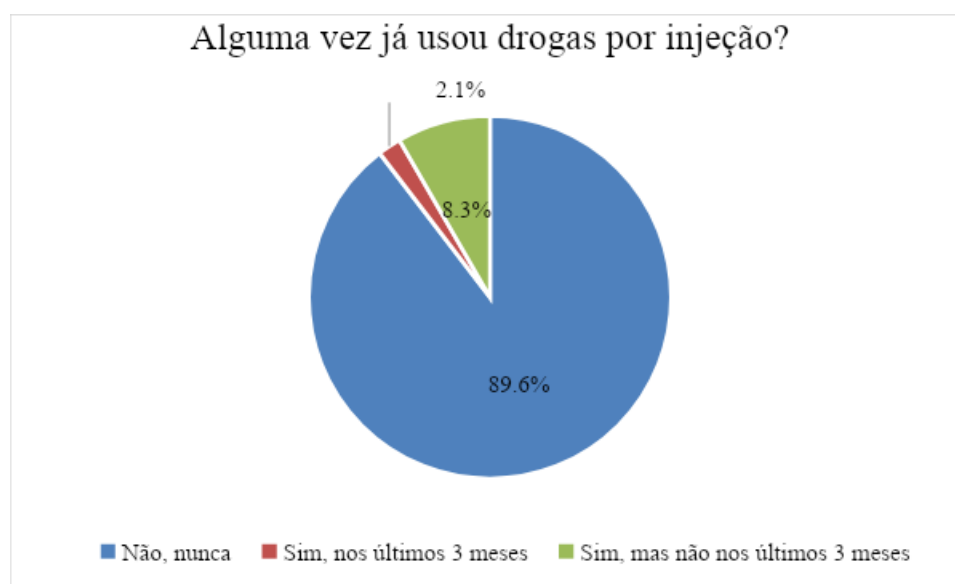
O gráfico 1 mostra as substâncias mais consumidas pelos participantes em ordem decrescente: álcool, tabaco, cocaína e crack, seguida por maconha.

**Gráfico 01-** Caracterização do perfil de consumo de drogas entre usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação



De acordo com o gráfico 2, entre os entrevistados, 10(10,4 %) fizeram algum uso de droga por injeção na vida. A maioria, entretanto, afirmou nunca o ter feito,

**Gráfico 02-** Caracterização do perfil de consumo de drogas de pacientes vinculados aos serviços em processo de reabilitação. São Paulo-2020.N:97.



Fonte: Autor, 2021.

Na tabela 02, os resultados mostram que as maiores frequências de prováveis dependentes de substâncias estão entre pessoas que relataram usar álcool, maconha e cocaína. Os usuários abusivos são predominantemente usuários de tabaco, maconha e cocaína.

**Tabela 02-** Padrão do uso de substância de psicoativas entre usuários em processo de reabilitação. São Paulo- 2020.N:97.

Variáveis	Baixo risco	Uso abusivo	Provável dependência
	N (%)	N (%)	N (%)
Álcool	49(50,5)	21(21,6)	27(27,8)
Cocaína	30(30,9)	40(41,2)	27(27,8)
Maconha	39(40,2)	44(45,4)	14(14,4)
Tabaco	23(23,7)	65(67,0)	9(9,3)
Anfetamina	82(84,5)	13(13,4)	2(2,1)
Inalante	80(82,5)	15(15,5)	2(2,1)
Hipnóticos e sedativos	90(92,8)	6(6,2)	1(1,0)
Alucinógenos	86(88,7)	10(10,3)	1(1,0)
Opioides	95(97,9)	2(2,1)	0(0,0)

Fonte: Autor, 2021.

#### 4.3 IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE (ORIENTAÇÃO ESPIRITUAL)

Os resultados expostos na tabela 03 mostram que os participantes se posicionaram de forma mais positiva frente aos aspectos de sua orientação espiritual, referindo que a espiritualidade auxilia na manutenção, estabilidade e equilíbrio da vida e que consideram ser importante dedicar tempo aos pensamentos espirituais e meditações, sem necessariamente estarem em cerimônias religiosas. Maior número de respostas negativas foram encontradas quanto à espiritualidade como norteadora da vida.

**Tabela 03-** Importância dos aspectos da espiritualidade para usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação. São Paulo-2020.N:97.

	Concordo muito	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
É importante para mim passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações	51(53,1)	36(37,5)	7(7,3)	2(2,1)	0(0,0)
	37(38,5)	38(39,6)	12(12,5)	9(9,4)	0(0,0)



Me esforço muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.					
As orações ou pensamentos que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais	46(47,9)	41(42,7)	4(4,2)	5(5,2)	0(0,0)
Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião	36(37,5)	31(32,3)	13(13,5)	13(13,5)	3(3,1)
A espiritualidade ajuda manter minha vida estável e equilibrada da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.	29(30,5)	44(46,3)	11(11,6)	11(11,6)	0(0,0)
Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade	24(25,3)	35(36,8)	14(14,7)	21(22,1)	1(1,1)

Fonte: Autor, 2021.

A tabela 4 expõe a comparação da relação entre orientação espiritual e ideação suicida, segundo uso de determinada droga de preferência. Verificou-se diferença entre grupos, com resultados significativos apenas para os grupos de usuários de álcool e maconha. Em ambos, os maiores níveis de importância da espiritualidade foram detectados entre usuários abusivos, entretanto, o risco de suicídio esteve aumentado na categoria de prováveis dependentes. Verificou-se correlação moderada entre os escores totais dos instrumentos que avaliaram orientação espiritual e risco.

**Tabela 04-** Comparação entre orientação espiritual e risco de suicídio, segundo uso de determinada substância psicoativa por pessoas em processo de reabilitação. São Paulo-2020.N:97.

	Escala de Beck de Suicídio BSI		Escala de Espiritualidade SSRS	
	Média±Dp	p-valor	Média±Dp	p-valor
<b>Tabaco</b>		0,339 <sup>1</sup>		0,240 <sup>1</sup>
Baixo risco	1,00±1,71		24,14±4,34	
Uso abusivo	4,22±7,69		24,69±3,42	
Provável dependência	33,14±82,87		21,56±5,15	
<b>Álcool</b>		<b>0,045<sup>1</sup></b>		0,085 <sup>1</sup>
Baixo risco	1,20±1,75		24,70±3,55	
Uso abusivo	3,00±7,38		25,00±3,99	
Provável dependência	19,88±52,61		22,96±4,16	
<b>Maconha</b>		<b>0,028<sup>1</sup></b>		0,724 <sup>1</sup>
Baixo risco	1,93±4,92		24,43±3,71	
Uso abusivo	4,22±7,61		24,48±3,73	
Provável dependência	35,86±81,95		23,21±4,82	
<b>Cocaína</b>		0,08 <sup>1</sup>		0,265 <sup>1</sup>
Baixo risco	2,36±5,48		23,86±3,74	
Uso abusivo	11,23±43,27		24,92±3,94	
Provável dependência	5,36±7,77		23,78±3,95	
<b>Anfetamina</b>		0,620 <sup>1</sup>		0,083 <sup>1</sup>
Baixo risco	7,57±30,66		24,30±3,86	
Uso abusivo	2,25±3,06		25,08±3,50	
Provável dependência	0,00±		18,00±1,41	
<b>Inalante</b>		0,171 <sup>1</sup>		0,047 <sup>1</sup>
Baixo risco	7,73±31,27		24,35±3,66	
Uso abusivo	1,90±1,45		25,13±3,70	
Provável dependência	6,00±		15,00±2,83	
<b>Hipnóticos e sedativos</b>		0,987 <sup>1</sup>		<b>0,027<sup>1</sup></b>
Baixo risco	7,12±29,34		24,15±3,84	
Uso abusivo	1,50±1,91		27,33±1,97	
Provável dependência	±		17,00±	
<b>Alucinógenos</b>		0,725 <sup>1</sup>		0,092 <sup>1</sup>
Baixo risco	7,14±29,34		24,17±3,92	
Uso abusivo	1,25±0,96		25,90±2,51	
Provável dependência	±		17,00±	
<b>Opioides</b>		0,484 <sup>2</sup>		0,948 <sup>2</sup>
Baixo risco	6,80±28,63		24,27±3,92	
Uso abusivo	4,00±		24,50±2,12	
Provável dependência	-		-	

Fonte: Autor, 2021.

<sup>1</sup>Teste Kruskal-Wallis

<sup>2</sup>Teste U Mann-Whitney

## 5 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil amostral encontrado no presente estudo, verificamos semelhanças ao de estudos prévios, que também encontraram entre usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação predominância de homens (CONSENTINO et al., 2017; LEMES et al., 2020<sup>a</sup>, OLIVEIRA et al., 2020, SILVA et al., 2017) pretos, de meia idade e que vivem sem parceiro fixo (SOZA; SOARES; TIZANI, 2020). O último pode ser considerado um fator de risco para aumento do uso de substâncias psicoativas e possíveis recaídas. Uma das explicações possíveis é que a ausência de um companheiro pode levar à vivência de solidão emocional, que por sua vez, correlaciona-se a uma gama de outros problemas, como solidão social, estilo de vida pouco saudável e doenças psiquiátricas, especialmente os transtornos de ansiedade e depressão, que também estão relacionados com risco aumentado para comportamento suicida. (CORRADI-WEBSTER; GHERARDI-DONATO, 2016; ORTÍZ-GÓMEZ et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2019; RODRIGUES, 2018).

Mais da metade dos participantes desta pesquisa não vivem sozinhos e residem com familiares, o que pode influenciar a vida do usuário de substâncias psicoativas, tanto como fator de proteção à vida, como fator de risco. A família é o primeiro contato social na vida do indivíduo, sendo responsável pela construção das crenças e hábitos do ser humano (BASSO et al., 2021; CONSENTINO et al., 2017; CLAUS et al., 2018) se por um lado tem reconhecimento pela importância do seu apoio para o processo de reabilitação e tratamento, por outro, se tais familiares também forem usuários de álcool e outras drogas, podem ser motivadores ou reforçadores do uso (SOZA; SOARES; TIZANI, 2020).

A idade dos participantes do presente estudo foi bastante discrepante, o que está em acordo com pesquisas prévias que trabalharam com pessoas vinculadas a serviços especializados para álcool e drogas e evidenciaram que a tal discrepância está associada ao tipo de substância utilizada. Usuários de cocaína/crack normalmente buscam tratamento mais jovens do que aqueles consomem apenas álcool (LOPES et. Al, 2018). Um outro estudo apontou que apesar da idade, 43,9% apresentavam risco de suicídio (CANTÃO; LAPANN, 2016).

Um outro achado deste estudo mostra que apesar do uso de álcool e/ou drogas, a grande maioria professou alguma religião e manifestou se importar com aspectos da espiritualidade para suas vidas, considerando-a como uma ferramenta para auxiliar a manutenção, estabilidade e equilíbrio da vida. Estudos prévios discutem que a religiosidade e a espiritualidade são

capazes de influenciar os hábitos dos indivíduos, tornando-os mais saudáveis, pois cooperam para oferecer um sentido para viver. Além disso, a prática religiosa, independente da doutrina, é fator determinante para a formação de grupos que compartilham de uma mesma fé e estabelecem rotinas próprias, que normalmente excluem comportamentos de risco como o beber abusivo ou o consumo de outras drogas (DINIZ et al., 2020; FONTES et al., 2018; NANTES; GRUBITS, 2017; SOUZA et al., 2020).

Além do exposto, a religiosidade e a espiritualidade quando exercidas por dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas são bastante associadas à busca pela abstinência, torna-se potentes ferramentas para a prevenção de recaídas durante o processo de desintoxicação (DINIZ et al., 2020; SOUZA et al., 2020).

No presente estudo, as substâncias mais consumidas pelas pessoas em processo de reabilitação foram álcool, tabaco, cocaína/crack e maconha. De fato, pesquisas realizadas em hospitais, comunidades terapêuticas e CAPS-ad apontam o álcool e o tabaco como as principais substâncias consumidas pelos usuários desses serviços. A busca por tratamento, entretanto, se dá principalmente por aqueles que sofrem com o uso pesado do álcool, cocaína/crack e maconha (DANIELI et al., 2017; DIAS et al., 2021; GAVIOLI et al., 2020; LEMES et al., 2020b; MACHADO, MODENA, LUZ, 2020).

Na tônica do uso grave de substâncias que demanda assistência especializada, o rastreamento realizado nesta investigação identificou que 10,4% dos entrevistados fizeram o uso de droga por injeção nos últimos três meses, número bastante superior ao encontrado em outro estudo realizado por Gavioli em que 1,4% dos homens fizeram uso experimental de cocaína por via injetável (GAVIOLI et al., 2020).

Apesar dos alarmantes números relacionados ao abuso e dependência de substâncias no Brasil, da Política sobre Drogas vigente e do imaginário de grande parte da população geral, a abstinência não necessariamente é aquilo que instiga a demanda por locais de tratamento. No campo da saúde coletiva, as necessidades em saúde são concebidas como produções sócio históricas e outros aspectos como a construção de laços afetivos e sociais, a aquisição da autonomia, o acesso a condições básicas de vida, a atenção aos comprometimentos orgânicos e sofrimento mental constituem outros fatores para a busca da reabilitação (MACHADO, MODENA, LUZ, 2020).

Os principais resultados desta pesquisa reforçam a ideia exposta e sugerem que, de fato, subjetividades como a dimensão espiritual e o risco para comportamento suicida não podem necessariamente ser associados ao se considerar grupos de pessoas diferentes, que fazem uso

de substâncias de tipos e padrões também distintos. Propriedades como potencial de dependência, danos à vida e tempo de uso destacam a ideia acima, visto, que, por exemplo, usuários de heroína e crack apresentam mais resistência à terapia se comparados aos tabaco e álcool (PEREIRA et al., 2015).

Apenas para usuários de álcool e maconha deste estudo verificou-se relação entre orientação espiritual e risco para suicídio.

No caso do álcool, é amplamente evidenciado no mundo científico que seu uso se relaciona à tentativa de fuga pelos indivíduos na busca de prazer momentâneo, diminuição da tensão do dia-dia, alívio da ansiedade e até mesmo como facilitador de relações sociais, mas nos casos de uso problemático, verifica-se com frequência o consumo exacerbado ligado aos transtornos de humor e ansiedade, que por sua vez, predis põem gravemente ao risco de suicídio. Pesquisas que discutem aspectos da espiritualidade mostram seu potencial como instrumento capaz de influenciar na minimização de sintomas depressivos, do risco de suicídio e abuso de substância (SHAMSALINA, NOROUZI, FALLAHI KHOSHKNAB, & FARHOUDIYAN, 2014). Retardo do primeiro uso e também menor frequência no consumo de álcool também foi relatado como fator que conflui para menores incidências de tentativas de suicídio (CORDEIRO; SANCHEZ; MOTA, 2020).

Frente ao uso de maconha, considerada a substância ilegal mais utilizada no mundo a literatura aponta que o consumo equivale a 3,8% da população global, esse consumo abusivo está associado a riscos relacionado a saúde que se baseiam em múltiplos fatores individuais e do contexto sociocultural prejudicando a saúde física e mental do indivíduo, além de estar diretamente ligada a comportamento suicida. A frequência no consumo de Cannabis é apontada como responsável pelo aumento significativo do risco de suicídio, mas quando associada a prática religiosa a literatura aponta menor tendência desse consumo pelos indivíduos, através da modulação existente entre o consumo de entorpecentes e as dimensões de religiosidade por diversos grupos populacionais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Em buscas bibliográficas direcionadas ao uso de substâncias psicoativas, a espiritualidade vem sendo cada vez mais citada fator de influência positiva, no sentido de colaborar para o equilíbrio da vida dos consumidores. Estudo realizado com jovens brasileiros evidenciou o efeito protetivo contra o abuso de álcool, tabaco, maconha e outras drogas, relacionando-se a autocontrole e aceitação dos processos de tratamento de desintoxicação (GOMES, DE ANDRADE, IZBICKI, MOREIRA ALMEIDA, & OLIVEIRA, 2013). Segundo Fuchs e Henning (2014), por meio da religiosidade e da espiritualidade, o usuário de

substâncias psicoativas consegue elaborar questões como auto perdão, sentimento de alívio, melhora do autocuidado, insight, incremento positivo nas relações sociais, autocontrole e autoconhecimento dos limites. Esses elementos facilitam a reabilitação e contribuem na prevenção de recaídas.

A prática espiritual é considerada também fator protetor à saúde física e mental. Uma revisão realizada recentemente evidenciou que a religiosidade e a espiritualidade são potentes ferramentas para o cuidado em saúde, pois colaboram para vidas mais saudáveis, resultando em benefícios (MOTA et al., 2020). Estudo constatou, inclusive, que funciona como ferramentas para prevenção ao comportamento suicida (ANDRADE et al., 2020), visto que favorece a criação de bons vínculos afetivos, o pertencimento a um grupo ou comunidade e a ressignificação da vida (NANTES; GRUBITS, 2017).

Apesar do exposto, tanto para melhora dos riscos de suicídio, como também para o processo de tratamento e reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas é necessária a compreensão de que a espiritualidade e a importância que se dá a ela depende das vivências individuais, em que todas as crenças, religiões, doutrinas e culturas devem ser respeitadas. Sendo assim, para funcionarem como ferramentas terapêuticas precisam considerar as singularidades do indivíduo, já que podem ter efeito contrário e até mesmo influenciar negativamente o processo (FUCHS; HENNING, 2014; MOTA et al., 2020).

Um estudo realizado com profissionais de saúde avaliou a percepção dos mesmos sobre a religiosidade e a espiritualidade como terapêuticas complementares à assistência à saúde. Revelou que esses atores reconhecem essa combinação como forma de contribuir positivamente para os tratamentos em saúde mental. Acreditam, inclusive, que é de suma importância que a temática seja debatida durante formação dos recursos humanos em saúde (RODRIGUES et al., 2020).

Neste sentido, a partir dos resultados desta pesquisa, abre-se a possibilidade de se pensar em repercussões mais práticas que podem ser atreladas à construção de projetos terapêuticos singulares dos usuários de álcool e maconha em contextos de assistência, como nos CAPS-ad ou Comunidades Terapêuticas. Para viabilizar essa prática, projetos terapêuticos singulares que que anseiam pela mudança de comportamentos e remissão de sintomas psicopatológicos devem considerar e respeitar aspectos subjetivos dos indivíduos, como história de vida, estado de sofrimento mental, questões familiares e sociais. A partir dessa teia e das metas estabelecidas, a avaliação da orientação espiritual configura-se ao mesmo tempo como recurso para a questão

do uso de substâncias (abstinência, melhora da qualidade de vida, redução do consumo) e também para melhora dos sintomas de risco de suicídio.

Embora a robustez deste estudo esteja ancorada na quantidade limitada de estudos que tratam do risco de suicídio e da prática espiritual entre usuários de determinadas substâncias que buscam serviços de reabilitação, seus limites são inerentes ao método e também o fato de não ter sido realizada a para a análise que considera o poliuso de substâncias.

## **6 CONCLUSÃO**

A partir dos resultados deste estudo, que identificou relação entre orientação espiritual e risco para suicídio apenas para usuários de álcool e maconha (com correlação moderada entre tais variáveis), a reflexão feita no contexto sugere que para usuários abusivos e prováveis dependentes das duas substâncias supramencionadas que apresentem risco para comportamento suicida, o incentivo à prática espiritual pode ser um ótimo recurso para potencializar o alcance dos objetivos vislumbrados para o processo de reabilitação e melhora de sintomas psicopatológicos.

As contribuições desta pesquisa referem-se principalmente às repercussões mais práticas que podem ser atreladas à construção de projetos terapêuticos singulares dos usuários de álcool e maconha em diversos contexto de assistência, como os CAPS-ad ou Comunidades Terapêuticas. Tais projetos que anseiam pela mudança de comportamentos e remissão de sintomas psicopatológicos devem considerar aspectos subjetivos dos indivíduos, como história de vida, estado de sofrimento mental, questões familiares e sociais. A partir dessa teia e das metas estabelecidas, a avaliação da orientação espiritual configura-se ao mesmo tempo como recurso para a questão do uso de substâncias (abstinência, melhora da qualidade de vida, redução do consumo) e também para melhora dos sintomas de risco de suicídio.

Novos estudos quantitativos com maior poder de generalização dos resultados são necessários para elucidar a relação entre espiritualidade, uso de álcool e drogas e risco de suicídio, bem como outros estudos qualitativos são incentivados para a compreensão dos mecanismos de ação, portanto, como esses fatores são percebidos pelo público-alvo.

## 7 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Betânia Tinti de et al. O nexó entre religiosidade/espiritualidade e o comportamento suicida em jovens. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 109-121, dez. 2020. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttex&pid=S180669762020000400014&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em 12 ago 2021.

ARROYO ARAYA, Helga; HERRERA GONZÁLEZ, Damián Gerardo. Análisis psicosocial del suicidio en personas jóvenes indígenas Bribris. **Revista Reflexiones**, v. 98, n. 2, p. 7-22, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-28592019000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-28592019000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 09 Ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.15517/tr.v98i2.34665>.

AMMERMAN, Brooke A.; STEINBERG, Laurence; MCCLOSKEY, Michael S. Risk-taking behavior and suicidality: the unique role of adolescent drug use. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 47, n. 1, p. 131-141, 2018.

ARRIBAS-IBAR, Elisabet et al. Suicidal behaviours in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. *Gaceta Sanitaria*, v. 31, p. 292-298, 2017. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/ga/2017.v31n4/292-298/en/>> acesso em : 12 ago.2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.011>.

ABP. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BIDDLE, Virginia Sue et al. Student assistance program outcomes for students at risk for suicide. *The Journal of School Nursing*, v. 30, n. 3, p. 173-186, 2014.

BAKKEN, Nicholas W.; DECAMP, Whitney; VISHNER, Christy A. Spirituality and desistance from substance use Among reentering offenders. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v. 58, n. 11, p. 1321-1339, 2014.

DOS SANTOS BASSO, Tayla Quéren et al. Caracterização sociodemográfica e de consumo de substâncias psicoativas em usuários acompanhados em comunidade terapêutica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e22110111677-e22110111677, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11677>> acesso em: 12 ago 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11677>

CALDEIRA, Adrian Lucca Guimarães et al. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS—CONCEITOS GERAIS. **Descomplicando**, p. 15.

CANTÃO, Luiza; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 389-396, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/7w3YBKXwQhrY3zgHmy9PMVC/?lang=pt>> acesso em: 12 ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170376>.

CESCON, Luciana França; CAPOZZOLO, Angela Aparecida; LIMA, Laura Camara. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção



psicossocial. *Saúde e sociedade*, v. 27, p. 185-200, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/y6fzbBtjMGPqkCScnGGgNsg/abstract/?lang=pt>> acesso em : 12 ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170376>.

CLAUS, Maria Izabel Sartori et al. The family strengths in the context of psychoactive substance dependence. *Escola Anna Nery*, v. 22, 2018.

COSENTINO, Susane Flores et al. Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 2400-2407, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032160>> acesso em : 12 ago.2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23403p2400-2407-2017>.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça; GHERARDI-DONATO, Edilaine Cristina da Silva. Factores asociados al consumo problemático de drogas entre pacientes psiquiátricos en ambulatorios1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Lj6jT7S8ntKd7nqpg3XLcDf/?lang=es&format=html>> acesso em 12 ago 2021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1444.2815>.

CUNHA, Jurema Alcides et al. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, v. 256, p. 11-3, 2001.

DANIELI, Rafael Vinícius et al. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 66, p. 139-149, 2017.

DIAS, G. . N.; SOUSA, A. A. S. de; BRASIL, E. G. M. .; SILVA, S. L. V. da. Nursing

Diagnoses identified among users of the Psychosocial Attention Center for Alcohol and Other Drugs in the City of Caucaia-CE. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e10310212160, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.121

DIAS, Guanacy Nonato et al. Diagnósticos de Enfermagem identificados entre usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas do Município de Caucaia-CE. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e10310212160-e10310212160, 2021. Disponível em: < <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12160>> acesso em 12 ago. 2021

DINIZ, Adriane Pinto et al. Espiritualidade e Religiosidade como práticas de enfrentamento ao uso abusivo de drogas. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 9, n. 1, p. 88-102, 2020. Disponível em : <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2467>>. Acesso em: 12 ago. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v9i1.2467>.

DEIN, Simon. Against the Stream: religion and mental health—the case for the inclusion of religion and spirituality in to psychiatric care. **BJP sych bulletin**, v. 42, n. 3, p.127-129, 2018.

DEBNAM, Katrina et al. The role of stress and spirituality in adolescent substance use. **Substance use & misuse**, v. 51, n. 6, p. 733-741, 2016.

DE SOUZA GONÇALVES, Angélica Martins; PILLON, Sandra Cristina. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 10-15, 2009.

Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (2016). U.S.A. suicide 2015: Official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology.

FONTES, E. DOS S. et al. Espiritualidade/religiosidade dos familiares de usuários de crack como processo na recuperação. *REAS/EJCH*, v. 19, n. e194, p. 1–8, 2018.

FUCHS, G. C.; HENNING, M. C. A Influência da Espiritualidade na Recuperação de Dependentes Químicos. *Uniad*, 2014.

GAVIOLI, A. et al. Consumo de drogas por homens internados em hospital psiquiátrico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, p. 1–8, 2020.

GALANTER, Marc et al. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 33, n. 3, p. 257-264, 2007.

GMEL, Gerhard et al. Religion is good, belief is better: religion, religiosity, and substance use among young Swiss men. *Substance use & misuse*, v. 48, n. 12, p. 1085-1098, 2013.

Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Influências genéticas e ambientais sobre o uso de álcool, cafeína, maconha e nicotina desde o início da adolescência até o meio da idade adulta. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 674-82.

Bonelli RM, Koenig HG. Transtornos mentais, religião e espiritualidade 1990 a 2010: uma revisão sistemática baseada em evidências. *J Relig Health* 2013; 52: 657-73.

KOENIG HG, rei DE, Carson VB. *Manual de Religião e Saúde*. Oxford University Press, 2012.

HOFFMANN, JP (2014). Religiosidade, redes sociais, esquemas morais e uso de maconha: Um modelo dinâmico de processo dual de cultura e comportamento. *Forças Sociais*, 93, 181 - 208.

LAL, Rakesh; SINGH, Shalini. Assessment tools for screening and clinical evaluation of psychosocial aspects in addictive disorders. *Indian journal of psychiatry*, v. 60, n. Suppl 4, p. S444, 2018.

LAU, Joseph TF et al. Anticipated suicidal ideation among female injecting drug users who are sex workers of negative or unknown HIV status in China. *Women & health*, v. 58, n. 7, p. 774-789, 2018.

LAWRENCE, Ryan E.; OQUENDO, Maria A.; STANLEY, Barbara. Religion and suicide risk: a systematic review. *Archives of suicide research*, v. 20, n. 1, p. 1-21, 2016.

LEMES, Alisséia Guimarães et al. Caracterización de usuarios de medicamentos psicoactivos residentes en comunidades terapéuticas en Brasil. *Enfermería Global*, v. 19, n. 58, p. 421-465, 2020. Disponível em: <<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-421.pdf>> acesso em 12 agosto 2021. Epub 18- Mayo-2020. <https://dx.doi.org/eglobal.389381>.

LEMES, Alisséia Guimarães et al. Terapia Comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. *Escola Anna Nery*, v. 24, 2020. Disponível em:

<[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452020000300208&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300208&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 12 ago. 2021. Epub 09-Abr-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0321>.

LILLIS, Jason et al. Assessing spirituality/religiosity in the treatment environment: The Treatment Spirituality/Religiosity Scale. *Journal of substance abuse treatment*, v. 35, n. 4, p. 427-433, 2008.

MOOS RH. *Community oriented programs environment scale manual: Development, applications, research (CA)*: Palo Alto: Mind Garden; 1996.

MOTA, Laryssa Amorim Barros. Aplicação da espiritualidade/religiosidade no processo terapêutico de pessoas em uso de substâncias psicoativas. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 5, p. 1, 2020.

NANTES, Arilço Chaves; GRUBITS, Sônia. A religiosidade/espiritualidade como um possível fator de ajuda à prevenção da prática suicida. **Revista Contemplação**, n. 16, 2018.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*, Edições Sílabo. 2014.

PILLON, Sandra Cristina et al. Alcohol use and spirituality among nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, p. 100-107, 2011. Mar[cited 2015 Apr 27];45(1):100-07. Available from <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100014>

HADZIC, Asim et al. The association of trait impulsivity and suicidal ideation and its fluctuation in the context of the interpersonal theory of suicide. *Comprehensive psychiatry*, v. 98, p. 152158, 2020.

UNODOC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2015**. Nações Unidas: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; 2015.

RODRIGUES, Deisiane Duarte et al. Religiosidade e espiritualidade na prática clínica em saúde mental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 7, p. e3327-e3327, 2020.

RIVLIN, A., Hawton, K., Marzano, L., Fazel, S. (2013). Características psicossociais e redes sociais de prisioneiros suicidas: Rumo a um modelo de SIB em detenção. *PLoS ONE*, 8 (7), e68944 . doi: 10.1371 / journal.pone.0068944.

STONE, Deborah M.; CROSBY, Alex E. Suicide prevention: state of the art review. **American journal of lifestyle medicine**, v. 8, n. 6, p. 404-420, 2014.

SILVA, D. L. S. E et al. Perfil Sócio-demográfico E Epidemiológico Dos Usuários De Um Centro De Atenção Psicossocial Álcool E Drogas. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 6, n. 1, p. 67-79, 2017.

TORCHALLA, Iris et al. Religious participation and substance use behaviors in a Canadian sample of homeless people. *Community mental health journal*, v. 50, n. 7, p. 862-869, 2014.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Interfaces entre o uso abusivo de substâncias psicoativas, presença de comorbidades e risco de suicídio. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. e262974172-e262974172, 2020.

TUPLER, Larry A. et al. Suicidal ideation and sex differences in relation to 18 major psychiatric disorders in college and university students: anonymous web-based assessment. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 203, n. 4, p. 269-278, 2015.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *J Hum Growth Dev*, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

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

WIENER, Carolina D. et al. Transtorno do humor, ansiedade e risco de suicídio em indivíduos com abuso e / ou dependência de álcool: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 40, n. 1, p. 1-5, janeiro de 2018.

World Health Organization (2013) Mental Health ActionPlan 2013-2020. acesso em : [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Risco de suicídio e espiritualidade entre usuários de substâncias psicoativas.

**Pesquisador:** JEFFERSON PEREIRA MACIEL DA CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16117319.9.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.464.362

#### Apresentação do Projeto:

O suicídio é considerado um problema de saúde pública mundial. Quando associado ao consumo de substâncias psicoativas, essa problemática pode ser intensificada. Trata-se de um estudo observacional, transversal e correlacional, realizado em um município do interior do estado de São Paulo/Brasil que tem como objetivo avaliar a relação entre prática de religiosa/espiritual e sintomas de suicídio entre usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação do uso de substâncias psicoativas. Os dados serão coletados por meio de entrevistas estruturadas entre usuários de álcool e/ou outras drogas residentes em Comunidades terapêuticas pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS III e que estejam cadastradas na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas- FEBRACT. Serão convidados a participar do estudo indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Os instrumentos utilizados serão constituídos respectivamente por Informações sociodemográficas; Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas (ASSIST) Escala de Avaliação de Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS); Escalas de avaliação de Espiritualidade (SSRS) e Escalas de Beck (BSI). Para análise, os dados serão tabulados no Programa (SPSS 22) e analisados por estatísticas descritivas para a caracterização da amostra utilizando-se de medidas de tendência central (médias, medianas) e medidas de dispersão (mínimos e máximos e desvios padrão). Para verificar correlação e associação entre as variáveis de interesse, serão utilizados testes inferenciais, após realização da verificação de normalidade dos dados. O intervalo de confiança adotado será de 95%.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.464.362

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo geral

Avaliar a relação entre risco de suicídio e prática espiritual entre usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação.

##### Objetivos específicos

Rastrear o uso de substâncias entre usuários de substâncias psicoativas em reabilitação – nos últimos 12 meses antes de estar vinculado a tratamento, nos últimos 3 meses e na vida;

Comparar a ênfase dada a aspectos espirituais nos campos investigados e correlacionar com a presença de sintomas de suicídio.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos:

Os riscos da aplicação do estudo são os de ordem natural e principalmente indiretos. Podem ocorrer desconfortos como o entrevistado sentir-se constrangido, incomodado ou desconfortável em responder alguma pergunta, considerando o tema a ser abordado. Caso isso seja observado, a entrevista será interrompida e as respostas serão descartadas. Além disso o pesquisador estará disponível para fazer o acolhimento dos entrevistados.

##### Benefícios:

Serão prioritariamente indiretos (contribuição para o campo de pesquisa em que se insere na compreensão dos determinantes de suicídio entre usuários de drogas e como a espiritualidade pode interferir neste processo), mas o participante também terá oportunidade de refletir e ser acolhido em suas demandas pessoais a respeito do tema investigado.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A referida pesquisa aborda o tema suicídio e busca conhecer sua relação com prática a religiosa/espiritual entre usuários de substâncias psicoativas em processo de reabilitação. Trata-se, portanto, de um estudo socialmente relevante.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados e foram submetidos na Plataforma Brasil.

#### **Recomendações:**

O projeto pode ter sua coleta iniciada apenas após a data presente neste parecer.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Telefone:** (16)3351-9685

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.464.362

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto não apresenta pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1320963.pdf	18/06/2019 02:26:36		Aceito
Outros	INSTRUMENTOS_DE_PESQUISA.pdf	18/06/2019 02:24:14	JEFFERSON PEREIRA MACIEL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAOINSTITUICAO.pdf	18/06/2019 02:13:59	JEFFERSON PEREIRA MACIEL DA CRUZ	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/06/2019 02:00:34	JEFFERSON PEREIRA MACIEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/06/2019 01:59:07	JEFFERSON PEREIRA MACIEL DA CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/06/2019 01:49:40	JEFFERSON PEREIRA MACIEL DA CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	18/06/2019 01:43:31	JEFFERSON PEREIRA MACIEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 22 de Julho de 2019

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador(a))

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

## ANEXO 2 - Questionário sociodemográfico

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Nome do Investigador \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS

1. Qual a sua data de nascimento?  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Qual o seu sexo de nascimento (biológico)?  
 1. ( ) Feminino      2. ( ) Masculino
3. Com qual gênero você se identifica?  
 1. ( ) Feminino      2. ( ) Masculino
4. Qual seu estado civil?  
 1. ( ) Solteiro      2. ( ) Casado      3. ( ) União estável      4. ( ) Divorciado  
 5. ( ) Viúvo      6. ( ) Outro: \_\_\_\_\_
5. Qual sua orientação sexual?  
 1. ( ) Heterossexual      2. ( ) Homossexual  
 3. ( ) Bissexual      4. ( ) Outro: \_\_\_\_\_
6. Qual sua cor da pele?  
 1. ( ) Branca      2. ( ) Preta      3. ( ) Amarela  
 4. ( ) Parda      5. ( ) Indígena
7. Você tem alguma necessidade especial (deficiência)?  
 1. ( ) Não      2. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_
8. Qual a sua religião?  
 1. ( ) Nenhuma      2. ( ) Católica      3. ( ) Evangélica  
 4. ( ) Espírita      5. ( ) Umbandista      6. ( ) Judeu  
 7. ( ) Islâmico      8. ( ) Outra: \_\_\_\_\_
9. Onde você nasceu (cidade, estado e país)?  
 \_\_\_\_\_
10. Com quem você mora atualmente?  
 1. ( ) Sozinho (a)  
 2. ( ) Casa de familiares (pais, cônjuge, filhos)  
 3. ( ) República estudantil  
 4. ( ) Casa de amigos (com exceção de república)  
 5. ( ) Residência estudantil da universidade (alojamento)  
 6. ( ) Residência universitária alugada pela universidade  
 7. ( ) Pensionato/Hotel  
 8. ( ) Outro: \_\_\_\_\_
11. Escolha a opção que indica a quantidade de itens de conforto que possui em sua residência. (Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses).



Nome completo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome do Investigador \_\_\_\_\_

Itens de conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
4. Quantidade de banheiros					
5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
6. Quantidade de geladeiras					
7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
9. Quantidade de lavadora de louças					
10. Quantidade de fornos de micro-ondas					
11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

12. A água utilizada em seu domicílio é proveniente de?  
 1. ( ) Rede geral de distribuição    2. ( ) Poço ou nascente    3. ( ) Outro meio
13. Considerando o trecho da rua de seu domicílio, você diria que a rua é:  
 1. ( ) Afastalda/pavimentada    2. ( ) Terra/ cascalho
14. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio).  
 1. ( ) Analfabeto / Fundamental I incompleto  
 2. ( ) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto  
 3. ( ) Fundamental completo/Médio incompleto  
 4. ( ) Médio completo / Superior incompleto  
 5. ( ) Superior completo
15. Qual o seu nível de escolaridade?  
 1. ( ) Analfabeto  
 2. ( ) Sabe ler e escrever, mas nunca frequentou escola  
 3. ( ) Ensino Fundamental incompleto ou equivalente

**Nome completo:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Nome do Investigador** \_\_\_\_\_

- 4. ( ) Ensino Fundamental completo ou equivalente
- 5. ( ) Ensino Médio Incompleto ou equivalente
- 6. ( ) Ensino Médio Completo ou equivalente
- 7. ( ) Ensino superior incompleto
- 8. ( ) Ensino superior completo
- 9. ( ) Pós-graduação incompleta
- 10. ( ) Pós graduação completa

16. Você está trabalhando atualmente?

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

17. Se sim, descreva seu trabalho: \_\_\_\_\_

18. Qual regime de contratação de seu trabalho atual?

1. ( ) Formal            2. ( ) Informal            3. ( ) Cooperativa  
 4. ( ) Autônomo            5. ( ) Atividades artesanais

19. Há quanto tempo está nesse trabalho?

1. ( ) menos de 3 meses            2. ( ) 3 a 6 meses  
 3. ( ) 6 a 12 meses            4. ( ) 12 a 18 meses  
 5. ( ) 18 a 24 meses            6. ( ) mais de 24 meses

20. Gosta da atividade que desenvolve em seu trabalho?

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

21. Qual a carga horária de trabalho?

1. ( ) mais de 8 horas por dia            2. ( ) 8 horas por dia            3. ( ) 6 horas por dia  
 4. ( ) 4 horas por dia            5. ( ) menos que 4 horas por dia

22. Quantos livros você leu no último ano? \_\_\_\_\_

23. Quantas vezes você participou de atividades artísticas no último ano? (como teatro, apresentação de dança ou show)

\_\_\_\_\_

24. Você participa ou participou das seguintes atividades no último ano?

24.1 Movimentos político/partidário

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

24.2 Movimentos religiosos

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

24.3 Movimentos sociais

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

25. Você faz algum tratamento de saúde mental?

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

26. Você faz uso de medicação psicotrópica (psiquiátrica)?

1. ( ) Sim            2. ( ) Não

## ANEXO 3 – Questionário de triagem do uso álcool e outras drogas ASSIST

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSIST - OMS**

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

**QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.**

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

**NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

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

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

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

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

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

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

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

**Nota Importante:** Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

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

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

**Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável**

Uma vez por semana ou menos  
Ou menos de três dias seguidos

Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana  
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo\*

**PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA**

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

**Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.**

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.  
Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.  
Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

## ANEXO 4 - Escalas de Beck de Suicídio BSI

BSI

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha**.

**Parte 1**

<p><b>1</b> 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte. 1 Tenho um desejo fraco de viver. 2 Não tenho desejo de viver.</p> <p><b>2</b> 0 Não tenho desejo de morrer. 1 Tenho um desejo fraco de morrer. 2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.</p> <p><b>3</b> 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer. 1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais. 2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p><b>4</b> 0 Não tenho desejo de me matar. 1 Tenho um desejo fraco de me matar. 2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.</p> <p><b>5</b> 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar. 1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso. 2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <p><b>Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5 passe para o Grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no Grupo 4 ou 5, então prossiga no Grupo 6.</b></p>
---	---

**Subtotal da Parte 1****Parte 2**

<p><b>6</b> 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente. 1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo. 2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.</p> <p><b>7</b> 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar. 1 Tenho idéias freqüentes de me matar. 2 Penso constantemente em me matar.</p> <p><b>8</b> 0 Não aceito a idéia de me matar. 1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar. 2 Aceito a idéia de me matar.</p> <p><b>9</b> 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio. 1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio. 2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p>	<p><b>10</b> 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. 1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc. 2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p><b>11</b> 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc. 1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas. 2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p>
--	--

<p><b>12</b> 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p>1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2 Tenho um plano específico para me matar.</p> <p><b>13</b> 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p>1 O método que eu usaria para cometer o suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p><b>14</b> 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p><b>15</b> 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p>1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p>	<p><b>16</b> 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p>1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p>2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p><b>17</b> 0 Não escrevi um bilhete suicida.</p> <p>1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.</p> <p>2 Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p><b>18</b> 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p><b>19</b> 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
<p><b>Passe para o Grupo 20</b></p>	

<p><b>20</b> 0 Nunca tentei suicídio</p> <p>1 Tentei suicídio uma vez.</p> <p>2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p> <p><b>Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo Grupo de afirmações.</b></p> <p><b>21</b> 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.</p> <p>1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.</p> <p>2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>
--

\_\_\_\_\_ **Subtotal da Parte 2**

\_\_\_\_\_ **Score Total**

## ANEXO 5 - Escalas de avaliação de Espiritualidade (SSRS)

Nome Completo \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_

**Escala SSRS – Espiritualidade**

Pensando a respeito de si mesmo, indique o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação abaixo:

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

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

RELAÇÃO ENTRE CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO, COMPORTAMENTO E RISCO DE SUÍCIDIO EM PACIENTES ACOLHIDOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO INTERIOR DE SÃO PAULO.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “RELAÇÃO ENTRE CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO, COMPORTAMENTO E RISCO DE SUÍCIDIO EM PACIENTES ACOLHIDOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO INTERIOR DE SÃO PAULO.”, sob responsabilidade de Jefferson Pereira Maciel da Cruz e orientação da Profa. Dra. Angelica Martins de Souza Gonçalves. O objetivo deste estudo é avaliar através de instrumentos aplicados por meio de entrevista a relação entre prática de religiosa/espiritual e sintomas de suicídio entre usuários de substâncias psicoativas em processo terapêutico de reabilitação do uso de álcool e outras drogas. Você foi selecionado por fazer parte dos acolhidos que hoje se encontram nesta instituição de acolhimento e reabilitação em Araraquara. Sua participação é voluntária, você pode desistir a qualquer momento do estudo, podendo retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários que possuem perguntas sobre a prática espiritual, consumo de álcool e drogas, sintomas depressivos e comportamentos suicidas. Este estudo consistirá em uma entrevista feita pelo pesquisador, com o tempo médio de duração de até 30 min, todo o processo é feito de



forma individual e sigilosa, ressaltamos que seus dados pessoais serão todos preservados. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Os riscos da aplicação desses instrumentos são os de ordem natural e não estão diretamente relacionados a aplicação da pesquisa, o entrevistado pode se sentir constrangido, incomodado ou desconfortável durante a entrevista em responder alguma pergunta, caso isso seja observado, a entrevista será interrompida e as respostas descartadas.

Ao participar do estudo você estará contribuindo com os campos de pesquisa em que está inserido e terá ainda a oportunidade de refletir e ser acolhido em suas demandas pessoais a respeito do tema investigado.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, devendo as assinaturas estar na mesma folha. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565- 905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisadora Responsável: Jefferson Pereira Maciel da Cruz

Endereço: Departamento de Enfermagem UFSCar - Via Washington Luís, Km 235 -Caixa Postal 676 / 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Contato telefônico: (66) 99958-7088E-mail: jeff.p.maciел@gmail.com

Araraquara, \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome da Pesquisador Assinatura da Pesquisador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, Nilsa Boeno de Oliveira, Presidente da Comunidade Terapêutica Associação Amigos da Vida, RG Nº 18.247.047-7, AUTORIZO Jefferson Pereira Maciel da Cruz RG 2217647-0 Mestrando em Ciências da Saúde pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; Silvia Mara Carvalho Silva RG 2259869-3, Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e Angelica Martins de Souza Gonçalves RG 338094532, Professora Doutora Adjunto II do curso de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos a realizarem a pesquisa intitulada "Risco de suicídio e espiritualidade entre usuários de substâncias psicoativas". A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários que possuem perguntas sobre a prática espiritual, consumo de álcool e drogas, sintomas depressivos e comportamentos suicidas. Este estudo consistirá em uma entrevista feita pelo pesquisador, com o tempo médio de duração de até 30 min, todo o processo é feito de forma individual e sigilosa, ressaltamos que seus dados pessoais serão todos preservados. O objetivo deste estudo é avaliar através de instrumentos aplicados por meio de entrevista a relação entre prática de religiosa/espiritual e sintomas de suicídio entre usuários de substâncias psicoativas em processo terapêutico de reabilitação do uso de álcool e outras drogas através da aplicação de nove instrumentos de avaliação constituída respectivamente por Informações sociodemográficas; Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas (ASSIST) Escala de avaliação de suicídio (C-SRSS); Escala de Avaliação de Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS); Escalas de avaliação de Espiritualidade (TSRS E SSRS) e Escalas de Beck (BDI, BAI, BHS E BSI).

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

---

Unidade de Atendimento: Av. José Gorla, 321 – Jd. Satélite – CEP 14808-585 – Araraquara – SP  
Fone: (16) 3339-3107/ (16) 3472-3735



- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Araraquara, 08 de Abril de 2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Nilsa Boeno de Oliveira', is written over a horizontal line.

Nilsa Boeno de Oliveira – Presidente da AAVIDA



**Casa de Apoio, Recuperação e Tratamento para  
Dependentes Químicos São Francisco de Assis**

**Fone: (16) 3324-5797**

CNPJ 03.250.039/0001-55

Rua Judith B. Batelli, 179 - Rota 80 - Rod. Araraquara-Américo Brasiliense  
ARARAQUARA - SP - CEP 14806-216

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, Edwin Miler Reishtatter, coordenador administrativo, RG N° 27.998.687-7, AUTORIZO Jefferson Pereira Maciel da Cruz RG 2217647-0 Mestrando em Ciências da Saúde pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos; Silvia Mara Carvalho Silva RG 2259869-3, Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e Angelica Martins de Souza Gonçalves RG 338094532, Professora Doutora Adjunto II do curso de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos a realizarem a pesquisa intitulada "Risco de suicídio e espiritualidade entre usuários de substâncias psicoativas?". A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários que possuem perguntas sobre a prática espiritual, consumo de álcool e drogas, sintomas depressivos e comportamentos suicidas. Este estudo consistirá em uma entrevista feita pelo pesquisador, com o tempo médio de duração de até 30 min, todo o processo é feito de forma individual e sigilosa, ressaltamos que seus dados pessoais serão todos preservados. O objetivo deste estudo é avaliar através de instrumentos aplicados por meio de entrevista a relação entre prática de religiosa/espiritual e sintomas de suicídio entre usuários de substâncias psicoativas em processo terapêutico de reabilitação do uso de álcool e outras drogas através da aplicação de nove instrumentos de avaliação constituída respectivamente por Informações sociodemográficas; Teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras drogas (ASSIST) Escala de avaliação de suicídio (C-SRSS); Escala de Avaliação de Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS); Escalas de avaliação de Espiritualidade (TSRS E SSRS) e Escalas de Beck (BDI, BAI, BHS E BSI).

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.



**Casa de Apoio, Recuperação e Tratamento para  
Dependentes Químicos São Francisco de Assis**

**Fone: (16) 3324-5797**

CNPJ 03.250.039/0001-55

Rua Judith B. Batelli, 179 - Rota 80 - Rod. Araraquara-Américo Brasiliense  
ARARAQUARA - SP - CEP 14806-216

- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Carlos, 08 de Abril de 2019.

**EDWIN MILER REISHTATTER**  
Coordenador Administrativo  
R.G.: 27.998.687-7

Edwin Miler Reishtatter - Coordenador Administrativo

**RECANTO DO SENHOR**  
**CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO**  
**PARA DEPENDENTES QUÍMICOS SÃO FRANCISCO DE ASSIS**  
**RUA JUDITH B. BATELLI, 179 - ROTA 80**  
**ARARAQUARA/AMÉRICO - TEL: (16) 3324-5797**