

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Charlise Pasuch de Oliveira

**O CUIDADO ESPIRITUAL REALIZADO POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM ADIÇÃO**

Porto Alegre
2018

CHARLISE PASUCH DE OLIVEIRA

**O CUIDADO ESPIRITUAL REALIZADO POR UMA
EQUIPE DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM ADIÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde Enfermagem
Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem

Orientador: Prof. Marcio Wagner Camatta

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Pasuch de Oliveira, Charlise
O CUIDADO ESPIRITUAL REALIZADO POR UMA EQUIPE DE
SAÚDE EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO EM ADIÇÃO /
Charlise Pasuch de Oliveira. -- 2018.
64 f.
Orientador: Marcio Wagner Camatta.

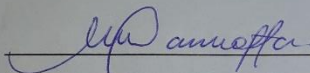
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Espiritualidade. 2. Usuário de drogas. 3.
Planejamento de Assistência ao Paciente.. I. Wagner
Camatta, Marcio, orient. II. Título.

CHARLISE PASUCH DE OLIVEIRA**O cuidado espiritual realizado por uma equipe de saúde em uma unidade de internação em adição**

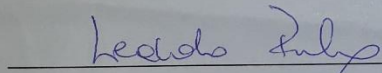
Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

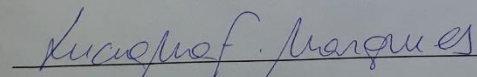
Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Presidente - PPGENF/UFRGS



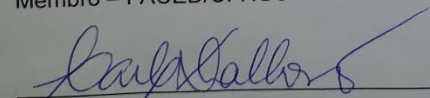
Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro - PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciana Fernandes Marques

Membro - FACED/UFRGS



Dra. Carla Dalbosco

Membro - HCPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da minha vida e por me fornecer tudo que precisava no momento certo. Agradeço a todas as dificuldades que me fizeram mais forte, madura e tranquila.

Agradeço à minha família, em especial aos meus pais amados Laura e Pedro, por me oportunizarem o dom da vida e me proporcionarem sempre o melhor para que eu pudesse realizar meus sonhos. Aos meus antepassados queridos que são as raízes da minha vida.

Agradeço às minhas amigas e companheiras de vida que sempre estiveram me auxiliando e me apoiando Mitieli, Alessandra Calixto, Alessandra Anjos, Marcinha, Emi, e Cristina.

Agradeço ao grupo NEISE do HCPA, por me inspirar e ser um dos grandes motivadores pela escolha da espiritualidade como norteador de minha vida. Em especial à Luciana Dezorzi, Marta Goes, Márcia Weissameir pelas reflexões e parcerias durante a minha caminhada.

Agradeço ao meu querido orientador Professor Marcio por me auxiliar na caminhada, por compartilhar muito mais que o conhecimento, mas sim suas experiências de vida, carinho, afeto e paciência.

Agradeço ao grupo de jovens da Seichonoie por ser meu porto seguro, me incentivando e apoiando, em especial Cintia, Celina e Renata.

Agradeço a toda equipe da Unidade Álvaro Alvim por se disponibilizarem em participar do meu estudo, por ser muito mais que colegas de trabalho, ser minha segunda família, lugar onde fui acolhida e tenho muito orgulho de trabalhar.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação da Enfermagem pela oportunidade de estudar e em especial às colegas que me inspiraram nas discussões e reflexões Franciele Batistella e Fabiane Pavani.

RESUMO

OLIVEIRA, Charlise Pasuch de. **O cuidado espiritual realizado por uma equipe de saúde em uma unidade de internação em adição.** 2018. 63 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

A espiritualidade faz parte da natureza humana e tem sido reconhecida como um importante aspecto do cuidado nos tratamentos de saúde, em especial na área de adição por drogas. A realização do cuidado espiritual ainda é um desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores de saúde nos serviços de tratamento para usuário de drogas. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as concepções e ações dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado espiritual em uma unidade de internação em adição. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). O campo de estudo é a unidade de internação em adição (UIA) de um hospital universitário da região Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, conversas informais e rodadas de conversas com trabalhadores e residentes da UIA, entre os meses de julho e novembro de 2017. Os dados foram analisados à luz da literatura científica sobre cuidado espiritual e adição. Emergiu uma única categoria: concepção e ações de cuidado espiritual, a qual se desdobraram outras quatro subcategorias, que foram o respeito dos valores éticos dos usuários, abordagem das crenças e valores da pessoa; o encontro profissional-usuário e o cuidado espiritual na perspectiva de grupo. Os participantes destacaram o exercício de desenvolver atitudes de paciência, empatia, respeito, tolerância e a compaixão no cotidiano do trabalho como elementos que fazem parte do cuidado espiritual. Esses achados estão de acordo com a literatura, que mostra que o cuidado espiritual leva em consideração e preserva os valores éticos das pessoas. Os profissionais destacaram que buscam respeitar a singularidade dos usuários, procuram encontrar, junto com eles, dispositivos para auxiliar nas dificuldades. Assim, estimulam a reflexão sobre o seu modo de viver, a realização da técnica de relaxamento e das práticas de oração, conforme desejo dos usuários. Os participantes destacaram nas suas falas que orientam os usuários a participarem do grupo de meditação, do grupo de espiritualidade e do grupo de doze passos. Enquanto implicação para a formação, os resultados deste estudo apontam que seja enfatizado o ensino do cuidado espiritual (valores humanísticos, éticos, crenças e sentido da vida) como um elemento tão importante quanto o cuidado físico, psíquico e social para a realização de cuidado integral do ser humano. Uma das implicações para o serviço como um dos desdobramentos esperados para pesquisas desta natureza foi a incorporação à matriz setorial da equipe de enfermagem, a realização de capacitação de 3 horas com o tema espiritualidade e cuidado de si, sendo esta oferta ampliada para outras categorias profissionais.

Palavras-chave: Espiritualidade. Usuários de Drogas. Planejamento de Assistência ao Paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Charlise Pasuch de. **Spiritual care performed by a health team in an addiction admission unit**. 2018. 63 f. Disclosure (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Spirituality belongs to human nature and it has been recognized as an important care aspect upon health treatments, specially in the field of drug addiction. The performance of spiritual care is still a challenge to be faced by health workers within the services of treatment for drug users. This research had the objective of analyzing the conceptions and actions of health workers about spiritual care in an addiction admission unit. It is a qualitative study that utilized the Assistance Convergent Research (ACR) as methodological reference frame. The study field is the addiction admission unit (AAU) of a university hospital from the south of Brazil. The data collection was done by means of semi-structured interviews, informal chats and talking rounds with workers and residents of the AAU between the months of July and November 2017. The data were analyzed at the light of the scientific literature about spiritual care and addiction. Two categories have emerged: spiritual care design and spiritual care actions. In the first category, spiritual care design, a sub-category has emerged, that is, respect to the patients' ethical values. The participants highlighted the exercise of developing attitudes of patience, empathy, respect, tolerance and compassion over the day-to-day work as elements that belong to the spiritual care. These findings comply with the printed literature which shows that the spiritual care takes into consideration and it preserves the people's ethical values. In the second category, i.e., spiritual care actions, three sub-categories have emerged: approaching the patient's beliefs and values, the professional meeting between the professional and the patient, and the spiritual care in the perspective of the group. The professionals pointed out that they seek to respect the patients' singularities while trying to find together with them the devices to help them in the difficulties. Thus, they stimulate the reflection about their style of living and at the same time they foster the performance of relaxing techniques and pray practices according with the users' wishes. The participants emphasized upon their talks that they recommend the patients to participate of the meditation, spirituality and the twelve-step groups. Considering their implication in the education, this study findings evidence the need to emphasize the spiritual care teaching (humanistic and ethical values, beliefs and sense of life) as an element as important as the physical, psychic and social care in order to achieve the integral care of the human being. One of the implications of the service, as one of the splits expected from researches of this nature was the incorporation of the 3-hour training about spirituality and selfcare to the sector matrix of the nursing team so that this offer has been extended to professionals from other occupational categories.

Keywords: Spirituality. Drug Users. Patient Care Planning. Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, Charlise Pasuch de. **El cuidado espiritual realizado por un equipo de salud en un centro de internación por adicción**. 2018. 63 f. Disertación (Máster de Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

La espiritualidad hace parte de la naturaleza humana y ha sido reconocida como un importante aspecto del cuidado en los tratamientos de salud, en especial en el área de adicción por drogas. La realización del cuidado espiritual todavía es un desafío que los trabajadores de salud enfrentan en los servicios de tratamiento al usuario de drogas. Esta investigación tuvo el objetivo de analizar las concepciones y acciones de los trabajadores de salud acerca del cuidado espiritual en una unidad de internación en adicción. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó como referente metodológico la Pesquisa Convergente Asistencial (PCA). El sitio de estudio es la unidad de internación en adicción (UIA) de un hospital universitario de la región Sur de Brasil. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas, charlas informales y rodeadas de interlocución con trabajadores y residentes de la UIA, entre los meses de julio y noviembre de 2017. Se analizaron los datos a la luz de la literatura científica sobre cuidado espiritual y adicción. Surgieron dos categorías diseño del cuidado espiritual y acciones de cuidado espiritual. En la primera categoría, diseño del cuidado espiritual, surgió la subcategoría respeto de los valores éticos de los pacientes. Los participantes destacaron el ejercicio de desarrollar actitudes de paciencia, empatía, respeto, tolerancia y compasión en el cotidiano del trabajo, como elementos que hacen parte del cuidado espiritual. Estos hallazgos van de acuerdo con la literatura, que muestra que el cuidado espiritual tiene en cuenta y preserva los valores éticos de las personas. En la segunda categoría, acciones de cuidado espiritual, surgieron tres subcategorías: abordar las creencias y valores del paciente; el encuentro profesional-paciente y el cuidado espiritual en la perspectiva de grupo. Los profesionales destacaron que buscan respetar la singularidad de los pacientes y de, junto con ellos, descubrir dispositivos para ayudar en las dificultades. De ese modo incitan a la reflexión sobre su modo de vivir, estimulan la realización de la técnica de relajación y prácticas de oración según el deseo de los usuarios. Los participantes destacaron en sus discursos que orientan a los pacientes a participar del grupo de meditación, del grupo de espiritualidad y del grupo de doce pasos. Teniendo en cuenta su implicación para la formación, los resultados de este estudio indican que se enfatice la enseñanza del cuidado espiritual (valores humanísticos, éticos, creencias y sentido de la vida) como un elemento tan importante cuanto el cuidado físico, psíquico y social para la realización del cuidado integral del ser humano. Una de las implicaciones para el servicio como uno de los efectos esperados para investigaciones de esta naturaleza fue la incorporación a la matriz sectorial del equipo de enfermería, la realización de capacitación de 3 horas con el tema espiritualidad y cuidado de si, siendo esta oferta ampliada para otras categorías profesionales.

Palabras clave: Espiritualidad. Consumidores de Drogas. Planificación de Atención al Paciente. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Apresentação dos termos espiritualidade e religião	13
3.2 Cuidado espiritual no tratamento da adição	17
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2 Cenário do estudo	23
4.3 Participantes do estudo	26
4.4 Coleta de dados	26
<i>4.4.1 Entrevista semiestruturada e a técnica de bola de neve</i>	<i>27</i>
<i>4.4.2 Rodada de conversa: o início do processo de expansibilidade</i>	<i>28</i>
<i>4.4.3 Conversas informais</i>	<i>29</i>
<i>4.4.4 Capacitação institucional</i>	<i>30</i>
4.5 Análise das informações	31
4.6 Considerações éticas	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 Concepções e ações sobre o cuidado espiritual	34
<i>5.1.2 Respeito dos valores éticos dos usuários</i>	<i>34</i>
<i>5.1.3 Abordagem das crenças e valores do usuário</i>	<i>39</i>
<i>5.1.4 Encontro profissional-usuário</i>	<i>40</i>
<i>5.1.5. Cuidado espiritual na perspectiva de grupo</i>	<i>44</i>
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa	59
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	62

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa trata do cuidado espiritual realizado por uma equipe de saúde com usuários de drogas internados em um serviço especializado de um hospital geral. A escolha desse tema deve-se ao entendimento de que a espiritualidade tem se mostrado como parte complementar ao tratamento da adição por drogas, auxiliando alguns usuários a enfrentarem situações difíceis em suas vidas e apoiando-os na sua recuperação.

A espiritualidade faz parte da natureza humana e tem sido reconhecida como um elemento essencial no cuidado em saúde. Tanto a espiritualidade quanto as necessidades espirituais do indivíduo fazem parte da condição humana e são componentes essenciais para realização de um cuidado em saúde que contemple os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais (NIXON; NARAYANASAMY; PENNY, 2013). Mesmo que sejam compreendidas como parte das necessidades humanas básicas, as necessidades espirituais foram colocadas em segundo plano no cuidado em saúde, pois os trabalhadores dessa área priorizaram o atendimento das necessidades biológicas do indivíduo (GÓES *et al.*, 2011).

Tem-se a concepção de que o cuidado espiritual é aquele que reconhece e responde às necessidades do espírito humano, especialmente quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou tristeza. Ele inicia com o contato humano encorajador e com um relacionamento capaz de se mover na direção da necessidade da pessoa (BOFF, 2013).

Para Góes (2016) o cuidado espiritual é voltado para atender as demandas espirituais nas suas diferentes manifestações, as quais podem ser identificadas pela equipe de saúde sensível ao momento vivido pelo ser que está sendo cuidado. Embora grande parte dos trabalhadores de saúde reconheça a importância dos aspectos espirituais para a saúde e qualidade de vida dos usuários, poucos se sentem preparados para abordar e incluir as demandas da espiritualidade do indivíduo no cotidiano do cuidado (KOENIG, 2012). Em razão disso, alguns trabalhadores da saúde, dentre os quais inclui-se a pesquisadora deste estudo, criaram um núcleo de estudo e pesquisa para a discussão de aspectos relacionados à espiritualidade, configurando-se no Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Saúde e Espiritualidade (NEISE), vinculado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A espiritualidade pode abranger diversos significados, podendo englobar aspectos religiosos ou não, sendo muitas vezes confundida com religião. A espiritualidade é um termo amplo, que envolve a dimensão humana e se exprime como uma busca pessoal por significado e propósito de vida, a qual pode ou não estar relacionada à religião (PUCHALSKI; FERREL,

2010). Por sua vez, a religião se configura como um sistema organizado de crenças, fé, rituais e práticas desenvolvidas para facilitar a proximidade com Deus, com o transcendente, com o sagrado e costuma oferecer um código moral de conduta (KOENIG, 2015).

Estudos têm demonstrado que a espiritualidade é uma necessidade da pessoa internada e que afeta as decisões sobre o cuidado em saúde, assim como os resultados desse cuidado, influenciando a melhoria da qualidade de vida (BALBONI *et al.*, 2007; PANZINI *et al.*, 2011) e impactando positivamente no bem-estar psicológico e na diminuição do abuso de substâncias psicoativas (DALGALARRONDO, 2007; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

A valorização crescente dos aspectos da espiritualidade e da religião no campo da saúde mental deve-se ao seu reconhecimento como recurso terapêutico disponível para acolher e aliviar o sofrimento humano, que é multidimensional e singular, envolvendo corpo, mente e espírito (PSYQUE AND SPIRIT, 2012).

Considerando o contexto dos problemas relacionados ao consumo abusivo de drogas, cabe destacar que, nesta pesquisa, utilizou-se o termo “adição” ao invés de “dependência química” devido a sua maior abrangência.

Adição é definida como uma doença crônica e recidivante cerebral caracterizada pela busca e uso compulsivo de drogas, apesar das consequências prejudiciais. É considerada uma doença cerebral porque as drogas mudam o cérebro, alteram sua estrutura e como funciona. Essas mudanças cerebrais podem ser duradouras e podem levar a muitos comportamentos prejudiciais, muitas vezes autodestrutivos (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2014). Para este estudo será utilizada a denominação usuário de substâncias psicoativas (SPAs) para aqueles indivíduos que fazem uso abusivo de drogas.

No tratamento da adição, percebe-se que não há clareza e delimitações sobre como o cuidado espiritual pode ser realizado pelos trabalhadores da saúde. Percebe-se ainda dilemas e angústias desses trabalhadores em abordar os aspectos espirituais dos usuários devido à confusão gerada em alguns deles, com receio de impor suas crenças ao usuário, ao mesmo tempo em que se sentem desconfortáveis em abordar este tema por não ver fundamentação científica neste tipo de abordagem (PUCHALSKI; FERREL, 2010).

Assim, quando se fala sobre a realização do cuidado espiritual em serviços de saúde, gera-se frequentemente estranheza entre os trabalhadores, uma vez que muitos deles acreditam ser uma tarefa de responsabilidade exclusiva dos religiosos. Frente a isso, esta pesquisa visa a buscar compreender e analisar como os profissionais entendem o cuidado espiritual no serviço de adição.

Há uma série de dificuldades à inclusão de uma abordagem de cuidado que contemple a dimensão espiritual. Entre elas está a falta de preparo dos trabalhadores para abordar esse tema no cotidiano de trabalho, a falta de tempo, a dificuldade de comunicação, as preocupações de enfrentar dilemas éticos e de causar constrangimento por divergências de crenças entre trabalhadores e usuários (MCCORMIC, 2014).

Frente a esses aspectos, essa pesquisa buscou responder às seguintes questões: Qual a concepção dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado espiritual em uma unidade de internação em adição? Quais ações relacionadas ao cuidado espiritual são realizadas na assistência?

Pretendeu-se, por meio de uma pesquisa convergente-assistencial (PCA), analisar as concepções e ações dos profissionais de saúde da adição acerca do cuidado espiritual realizado por eles no cotidiano de uma unidade de adição. A utilização deste referencial metodológico da PCA foi devido ao seu caráter de transformação efetiva da prática assistencial, paralelamente ao ato de pesquisar (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). O essencial desse referencial está na convergência entre o processo de prática assistencial e o da investigação científica em contínua ação dialógica, a fim de buscar inovações e mudanças na prática assistencial em saúde.

Com os resultados desta pesquisa, espera-se contribuir para a reflexão sobre o cuidado espiritual em serviços de atendimento a usuários de drogas e somar esforços para mostrar como trabalhadores que realizam o cuidado espiritual no cotidiano de uma internação em adição realizam suas práticas. Assim, espera-se dar maior consistência a essas ações, além de possibilitar um espaço de aprimoramento desse cuidado realizado na unidade de internação em adição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as concepções e ações dos trabalhadores da saúde em relação ao cuidado espiritual numa unidade de internação em adição.

2.2 Objetivos específicos

Identificar as ações relacionadas ao cuidado espiritual na unidade de internação em adição.

Conhecer as potencialidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para realizar o cuidado espiritual em uma unidade de internação em adição.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo houve, no primeiro momento, a contextualização e apresentação dos termos espiritualidade e religião e, após isso, uma abordagem de como é realizado o cuidado espiritual no tratamento das adições.

3.1 Apresentação dos termos espiritualidade e religião

Espiritualidade e religião foram consideradas como sinônimas até a virada do século XIX. A partir de então, estabeleceu-se gradualmente uma distinção entre elas. A religião passou a ser entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos compartilhados por uma comunidade (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010).

A espiritualidade, por sua vez, pode ser entendida como uma busca pessoal por significado e sentido maior no existir e sua relação com o sagrado e o transcendente, podendo estar vinculada ou não a uma religião formalizada ou designação religiosa (PUCHALSKI; FERREL, 2010). Muitas vezes os termos espiritualidade e religiosidade são confundidos, vistos como termos sinônimos e conceitos intercambiáveis, cabendo, no entanto, diferenciá-los.

A espiritualidade é mais abrangente que a religião, podendo ser expressa de diversas maneiras. Para algumas pessoas, por exemplo, a igreja é uma comunidade espiritual, enquanto para outros, a expressão da espiritualidade é estar com amigos e família (PUCHALSKI; FERREL, 2010). Práticas espirituais podem ser entendidas como a expressão concreta da espiritualidade, aliviando as tensões, desviando atenção da mente dos problemas e aflições (ZENEVICZ; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Os profissionais podem estimular os usuários a utilizarem diferentes práticas espirituais, inclusive aquelas que a pessoa já tinha como estabelecidas. Por exemplo, a oração, a meditação, a pintura, a apreciação de uma música ou da natureza, o relaxamento e os grupos de espiritualidade são práticas que podem ser realizadas de forma conjunta entre profissional e usuário, caso seja desejo de ambos (KOENIG, 2015; PUCHALSKI, FERREL, 2010). Poderíamos aqui acrescentar o incentivo a leituras, hábitos de contemplação, participação em grupos que compartilhem esses valores e, sobretudo, o cultivo de uma visão espiritual do mundo, da vida, das coisas.

No tratamento da adição, as práticas espirituais estão associadas à manutenção da abstinência e à melhora da satisfação com sua vida, podendo ser mais um estímulo para a motivação no tratamento. A literatura aponta como resultados da realização das práticas

espirituais a diminuição da ansiedade e a manutenção da abstinência (O'CONNEL, 1991; MARLATT; DONOVAN, 2009; KOENIG, 2012).

Uma prática espiritual popularmente empregada nas tradições orientais, a meditação, tem sido utilizada em diversos tratamentos clínicos, com evidências científicas comprovadas de diminuição dos níveis de ansiedade, estresse e do uso de substâncias psicoativas. As práticas meditativas podem ser úteis como mais um componente no cuidado em saúde (LUDWIG; KABAT-ZINN, 2008).

A meditação e o relaxamento são estratégias que têm sido amplamente utilizadas e pesquisadas, demonstrando eficácia na diminuição dos sintomas de ansiedade e fissura. Logo, podem contribuir como coadjuvantes na prevenção da recaída e na manutenção do tratamento de problemas relacionados ao uso de drogas. Essas técnicas cultivam a consciência do momento presente, estimulando o pensamento claro, isento de pré-julgamentos, numa atitude mais compassiva e amorosa na experiência diária (LUDWIG; KABAT-ZINN, 2008).

A possibilidade de aliviar sofrimento e ampliar o horizonte afetivo para uma perspectiva otimista sugere um papel potencial desta prática no cuidado das pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Empregaremos a definição de uso e adição baseados em critérios médicos já estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM V (APA, 2014).

As práticas espirituais podem ser realizadas pelo profissional de saúde, tanto na abordagem individual como em grupo, permitindo ao profissional escolher a abordagem mais adequada de acordo com suas habilidades e conforme a necessidade do usuário. O grupo de espiritualidade pode ser mais uma alternativa para abordar a espiritualidade durante o tratamento da adição.

O estudo de Backes *et al.* (2012) apresenta um relato de experiência sobre uma oficina de espiritualidade realizada com usuários de drogas. Como resultados, as oficinas se constituíram como estratégias capazes de estimular o repensar de atitudes e comportamentos dos participantes, estimulando a prática de meditação como uma alternativa de enfrentamento de ansiedade e estresse.

Os trabalhadores da saúde devem estar atentos às crenças espirituais e práticas religiosas dos usuários, pois elas podem repercutir no cuidado em saúde. Isso porque podem influenciar num melhor enfrentamento das doenças e na disposição em cooperar com o tratamento, propiciando uma melhor relação entre profissional e usuário (GOLDIM *et al.*, 2007). Caso o trabalhador de saúde desconsidere ou tente impor um sistema de crenças pessoais para seus usuários, pode prejudicar e provocar o abandono do tratamento.

Quando um usuário com TUS é internado para realizar o tratamento em adição, ele geralmente está numa situação fragilizada, num processo de perdas afetivas, familiares, financeiras e de autoestima, apresentando sentimentos de desesperança, desespero, falta de propósito de vida e desamparo.

Um estudo constatou ser relevante incluir o tema da espiritualidade no grupo de tratamento para a adição, pois os usuários relacionavam a espiritualidade como uma de suas estratégias de enfrentamento em momentos de fissura e ansiedade. Os resultados desse estudo apontaram que usuários que tinham espaço para refletir sobre sua espiritualidade, tiveram sensação de conforto e esperança na tentativa de não usar substâncias psicoativas (HEINZ *et al.*, 2010). Logo, é importante o reconhecimento da espiritualidade como mais uma estratégia de enfrentamento no tratamento da adição na tentativa de qualificar o atendimento ao usuário.

O conceito de *coping* ou comportamento de enfrentamento tem sido estudado em diversas áreas, tais como biologia, sociologia e psicologia. Na área da psicologia cognitivo-comportamental, os estudos sobre esse tema têm sido relevantes no sentido de compreender a adaptação do indivíduo em situações consideradas estressantes, como, por exemplo, uma doença grave (NUNES, 2010).

Na assistência, percebe-se que o usuário apresenta demandas para o seu problema de saúde para além dos aspectos biológicos e clínicos. Assim, no cotidiano do cuidado com usuários de drogas, variadas situações estressantes da sua vida emergem, tais como conflitos familiares, dificuldades financeiras, frágil rede social de apoio, baixo suporte familiar, falta de acesso à cultura e à educação.

Nesse sentido, o profissional de saúde pode realizar uma escuta atenta e sensível, buscando entender como os usuários enfrentam essas dificuldades da vida, tentando auxiliá-lo a encontrar outras maneiras de lidar ou resolver essas situações.

Nunes (2010) ressalta que, para compreender como as pessoas selecionam suas estratégias de enfrentamento de situações difíceis e estressantes, é importante que a equipe de saúde conheça as características pessoais da pessoa, tais como seus recursos, habilidades emocionais disponíveis, suas crenças espirituais e religiosas, seus valores pessoais, considerando o contexto social e cultural em que está inserido.

Quando se fala em estratégias de enfrentamento, destaca-se o *coping*, que é uma palavra inglesa sem tradução literal em português, podendo significar “lidar com”, “enfrentar”. Ou seja, é o uso da espiritualidade, religião ou da fé para lidar com as situações difíceis e estressantes da vida, por meio de um conjunto de estratégias que visam a manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida (PANZINI;

BANDEIRA, 2005). De acordo com esses autores, as estratégias de *coping* religioso-espiritual (CRE) são classificadas em positivas e negativas.

O CRE positivo envolve estratégias que proporcionam efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus. Já o CRE negativo abrange as estratégias que geram consequências nocivas/negativas à pessoa, como questionar a existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal etc. (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

É importante que os profissionais de saúde estejam atentos às influências, tanto positivas como negativas, que a espiritualidade e a religiosidade (E/R) podem refletir no cuidado. Ainda que, na grande parte dos casos, o *coping* seja positivo, também podem ocorrer estratégias negativas. Nesse sentido, o entendimento desses valores espirituais e religiosos são de grande importância para as discussões das questões de saúde e também para compreender o impacto destes aspectos na vida das pessoas (GOLDIM *et al.*, 2007).

Observa-se a dificuldade dos profissionais em lidar tanto em grupos como em atendimentos individuais no que tange à dimensão espiritual e religiosa dos usuários. Há várias dificuldades que podem ainda estar impedindo os profissionais de abordar as dimensões da espiritualidade no cotidiano da assistência, tais como a falta de conhecimento ou formação sobre a relevância e a influência destas questões na subjetividade do indivíduo; o desconforto em abordar questões desta natureza ou o desconhecimento do interesse dona abordagem destes temas; e preocupação em adentrar uma área desconhecida e/ou reconhecida como polêmica (ESPERANDIO *et al.*, 2015).

Ressalta-se que o uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual só faz sentido se estiver de acordo com as crenças e a subjetividade da pessoa. Não se trata, portanto, de coagir a entrada da espiritualidade no tratamento em saúde, mas sim de valorizar e incentivar a presença dessas dimensões quando já fazem parte da história das pessoas (SEIDL; FARIA, 2005).

Embora ainda exista muito a ser compreendido a respeito da relação entre E/R na saúde e do *coping* religioso-espiritual positivo e negativo, já existem evidências nesta área que precisam ser conhecidas por profissionais atuantes no tratamento do uso de drogas. Estes profissionais percebem a relação entre espiritualidade e saúde, bem como o desejo das pessoas

para que tais questões sejam abordadas, mas nem sempre sabem como fazê-la ou sentem-se despreparados para tanto.

3.2 Cuidado espiritual no tratamento da adição

As consequências sociais e econômicas do abuso e da adição ao álcool e outras substâncias alcançaram tamanha proporção que na última década se investiu, tanto na esfera pública quanto privada, na prevenção e no tratamento do TUS (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011 a).

O tratamento de pessoas com TUS é extremamente desafiador, pois, apesar dos esforços no objetivo de controlar o consumo, a maior parte dos indivíduos persiste em um comportamento autodestrutivo, que inclui exposição maior à violência, perda de relações sociais, comportamentos sexuais de risco, entre outros. Estudos nas últimas décadas demonstram que as tentativas de manutenção da abstinência de substâncias como álcool e nicotina apresentam uma taxa de 70% a 80% de recaídas no período de um ano (CORDIOLI, 2008). Em geral, as pessoas com TUS caracterizam-se por taxas muito altas de recaída após o sucesso inicial do tratamento (MARLATT; DONOVAN, 2009).

Nos últimos anos, as consequências negativas do consumo abusivo de álcool e outras drogas têm sido identificadas como um problema de saúde pública. Muitos são os desafios para o tratamento da adição, que se constitui como um problema complexo, uma vez que não se restringe ao uso de substâncias e seus efeitos no organismo, mas abrange também a área psicossocial e espiritual (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2013).

Houve um crescimento de estudos, nas duas últimas décadas, reconhecendo que a espiritualidade pode auxiliar no enfrentamento das doenças crônicas, podendo melhorar tanto a saúde física, quanto a saúde mental das pessoas.

O TUS é considerado uma doença crônica, que acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Porém, pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de seu controle e de retorno da sintomatologia (AGUILAR; PILLON, 2005).

Devido à complexidade da doença, é relevante que as abordagens de tratamento integrem os aspectos biopsicossociais e espirituais. Dessa forma, o tratamento requer, além da cessação do uso de drogas, mudança e reconstrução de relacionamentos individuais, familiares, sociais e espirituais. A espiritualidade pode aumentar o potencial de adaptação e o enfrentamento da doença, diminuindo o nível de estresse e ansiedade, podendo evitar o retorno ao uso de drogas (SHAMSALINIA, 2014).

A dimensão espiritual é uma perspectiva que o ser humano possui e que se manifesta pela expressão de crenças, valores, atitudes, comportamentos e sentimentos quando se encontra em situação de crise que requer a mobilização de recursos internos para o seu enfrentamento (CALDEIRA; BRANCO; VIEIRA, 2011). Logo, uma das questões que desafiam os profissionais de saúde é oferecer um cuidado da dimensão espiritual durante o tratamento da adição, auxiliando as pessoas a enfrentarem as suas dificuldades e melhorarem sua qualidade de vida.

O cuidado espiritual enfatiza a importância do relacionamento entre duas pessoas, envolve o acompanhamento solidário e o resgate de sua esperança de viver. É um cuidado que apresenta-se por meio de desvelo, atenção, gesto amoroso, preocupação efetiva como o outro, pelos laços e relações que se estabeleceram (BOFF, 2013).

As pessoas reconhecem que a espiritualidade pode ser um suporte importante para enfrentar o processo de adoecimento e que gostariam que os trabalhadores da saúde abordassem suas crenças espirituais. No entanto, esta abordagem tem sido pouco frequente nas relações entre profissional-usuário, seja no consultório, seja em uma internação hospitalar (KOENIG, 2012).

A espiritualidade pode ser mais uma estratégia durante o tratamento da adição, auxiliando o usuário com TUS. A dimensão espiritual é uma perspectiva que o ser humano possui e que se manifesta pelas expressões de crenças, valores, atitudes, comportamentos e sentimentos.

A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que auxilia as pessoas a enfrentarem as suas dificuldades, as situações estressantes da vida, estando particularmente relacionada ao processo saúde-doença (PUCHALSKI; FERREL, 2010). Isso porque, quando a pessoa está com uma doença, um problema de saúde e necessita de um tratamento, não é somente o seu corpo físico que é afetado, mas também as suas crenças e valores pessoais.

Por isso o cuidado em saúde realizado pelos profissionais deve ser integral, estendendo-se para além das questões clínicas, incluindo a espiritualidade. No entanto, observa-se a dificuldade para integrar a espiritualidade no cuidado em saúde, e para esclarecer de que maneira os trabalhadores podem implementar o cuidado espiritual no cotidiano do trabalho (MONOD *et al*, 2010).

Nesse sentido, foi elaborado por Puchalski *et al.* (2011) um Guia de Boas Práticas para auxiliar os profissionais da saúde a inserir a espiritualidade como mais uma estratégia para a prática do cuidado, indicando algumas recomendações, tais como a) valorização e identificação

das crenças espirituais e dos ritos preferenciais do usuário e de sua família; b) no momento da internação hospitalar da pessoa, é importante que na entrevista inicial já se aborde e conheça sua história espiritual e religiosa; c) registrar em prontuário o cuidado na dimensão espiritual que foi realizado; d) durante os atendimentos pode-se incluir a valorização das esperanças, medos, significados e propósitos de vida, crenças sobre culpa e perdão do usuário.

Alguns profissionais de saúde podem ter uma inclinação para proselitismo religioso. O proselitismo religioso dentro da relação terapêutica é uma violação da relação de confiança que o indivíduo tem depositado no profissional de saúde devido às suas próprias convicções de fé e convicções espirituais (PUCHALSKI *et al.*, 2011).

Cabe ressaltar que o trabalhador de saúde não irá realizar um “cuidado religioso” com o usuário, por mais bem intencionado que ele esteja. É importante que os profissionais de saúde não interpretem essa proibição de proselitismo como uma justificativa para não abordar, perguntar, conversar sobre as crenças espirituais e religiosas da pessoa.

Embora a religião possa apontar um caminho para a espiritualidade, observa-se que algumas pessoas não precisam de práticas religiosas para compreender sua espiritualidade, assim como é possível identificar indivíduos que não percebem a espiritualidade fora da religião. Desse modo, envolver a espiritualidade no cuidado inclui práticas que conduzem ao amor, a transcendência do mundo físico e a conexão consigo mesmo, com o outro e com o Cosmo (DEZORZI; CROSSETTI, 2008).

A simples ação de falar sobre espiritualidade e religiosidade com o usuário, reconhecendo e fortalecendo essas crenças, reforça a habilidade dele em lidar com a doença. Assim, é importante para o usuário poder verbalizar os benefícios dessas crenças, auxiliando-o a refletir e conscientizar-se sobre eles. (KOENIG, 2012; KLINGEMANN; SCHLAFLI; STEINER, 2013).

Historicamente no Brasil o tema do uso de drogas sempre esteve associado à criminalidade e à oferta de tratamentos inspiradas em modelos de exclusão e separação dos usuários do convívio social. As iniciativas governamentais restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais e hospitalares, em geral vinculadas a programas universitários. Não havia, assim, uma política de alcance nacional no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2004).

Quando se pensa em tratamento para usuário de drogas, não pode deixar de abordar os “tratamentos” oferecidos por entidades religiosas, que está sendo focado nas políticas. Grande parte do trabalho com usuários de drogas são realizados por esses serviços como comunidades terapêuticas, que frequentemente embasam seu cuidado no apoio religioso, com enfoque no trabalho e na oração (SANCHEZ, NAPPO 2012).

Até o ano de 1998, o Brasil não apresentava uma política nacional específica sobre ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, bem como relacionados ao tratamento e à reinserção de usuários de drogas (BRASIL, 2006 a).

Em 2002, foi instituída no Brasil a Política Nacional Antidrogas por meio do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, com os seguintes pressupostos e diretrizes, visando ao desenvolvimento de estratégias no tratamento, recuperação e reinserção social, à redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas (BRASIL, 2002).

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, que foi intitulada para Política Nacional sobre Drogas (PNAD), aprovada em 2005. A PNAD é uma política mais ampla, pois estabelece os fundamentos, objetivos, as diretrizes para a redução da demanda e da oferta de drogas, que possam ser conduzidas de forma planejada e articulada (BRASIL, 2004).

Já a Lei nº 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreveu medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários de drogas, em consonância com atual política sobre drogas (BRASIL, 2006 b).

Nesse contexto das políticas públicas de saúde voltadas para o usuário de drogas, em 2010 foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, com estímulo a diversas ações visando a ampliar a rede de assistência ao usuário de substâncias em todo o país. Esse plano previa o fortalecimento da rede comunitária por meio de ações de capacitação voltadas para diferentes segmentos profissionais, conselheiros, lideranças comunitárias e religiosas (BRASIL, 2014). Antes disso, em 2010, foi realizado formalmente um convênio com as comunidades terapêuticas e o SUS (Decreto nº 7.179 – intitulado de "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas"). Este plano teve como principal e primeira ação imediata à ampliação de leitos para tratamento de usuários de crack em vários hospitais gerais no país, como foi o caso da criação da Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como referencial metodológico. A pesquisa qualitativa tem como característica a representação das opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo. Assim, podem-se representar os significados dados aos fatos da vida real pelas pessoas que os vivenciam e não aos do pesquisador (YIN, 2016).

A PCA tem como característica principal articular ações de assistência com as ações de pesquisa científica, de modo a se tornarem fonte de dados de investigação para produção de mudanças na prática assistencial, quando necessária (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O conceito de convergência tem a propriedade de fazer a conexão das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal. Dessa forma, pode proporcionar diversas possibilidades de descoberta de fenômenos pouco problematizados na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Essa metodologia tem origem nas primeiras experiências em um curso de mestrado em Enfermagem no sul do Brasil, no final da década de 1990, e tem como característica principal reaproximar a teoria com a prática, que precisam estar em consonância (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Embora, a teoria e a prática se desenvolvam de modo simultâneo e articulado, as práticas assistenciais não têm acompanhado o crescimento da ciência e da tecnologia em suas atividades cotidianas nos serviços de saúde (LACERDA; COSTENARO, 2015). A teoria e a pesquisa seguiram um caminho ascendente e a prática permaneceu na horizontalidade, resultando em um “espaço baldio” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A PCA tem o propósito de diminuir a extensão desse “terreno baldio” existente entre teoria e prática.

O contexto da prática assistencial é um campo fértil para a realização da pesquisa, possibilitando que durante a assistência seja também possível pensar a teoria (LACERDA; COSTENARO, 2015), a fim de romper com a lógica de executar uma tarefa de maneira automática e sem reflexão crítica. A PCA tem afinidade com o paradigma construtivista, destacando-se principalmente a sua orientação participativa. O construtivismo procura reconstruir e entender a realidade a partir da visão daqueles que a constrói, isto é, o pesquisador e os que estão envolvidos como participantes do estudo constroem a realidade em conjunto. No paradigma participativo, a realidade é uma cocriação concebida por meio da participação do pesquisador e comunidade/indivíduos envolvidos. Este processo de cocriação coletiva envolve

tecnologias, técnicas, ações de comunicação, acolhimento e ações educativas, que necessitam de progressivas inovações (LACERDA; COSTENARO, 2015).

A partir dessas concepções, Trentini, Paim e Silva (2014) apresentam quatro princípios fundamentais da PCA, que são dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansibilidade.

A **dialogicidade** consiste em uma troca de ideias, diálogo entre a lógica da assistência e da pesquisa. Isso porque, dessa maneira podem ocorrer mudanças e transformações nos ambientes de trabalho. A **imersibilidade** representa o “mergulho” nas ações de pesquisa e prática assistencial, conduzidas pelos pesquisadores, de maneira interativa e no mesmo espaço físico e temporal, no contexto em estudo.

Já a **simultaneidade** implica intencionalidade de chegar ao conhecimento e reciprocidade pela convergência das ações de pesquisa e pela prática assistencial durante o processo da PCA. Embora essas ações ocorram ao mesmo tempo durante o processo da PCA, cada uma mantém suas próprias configurações. E, por fim, a **expansibilidade** significa que o propósito inicial de o pesquisador reconstruir o contexto da prática assistencial poderá ser ampliado durante o processo de pesquisa. A PCA permite a flexibilidade no processo de pesquisa, de modo que o pesquisador mergulhado no trabalho assistencial possivelmente encontrará temas de interesse a serem considerados no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo, podendo levar à reformulações teóricas.

Assim, a PCA é uma modalidade de pesquisa inovadora que desloca o ambiente de investigação do laboratório para o mundo real, onde ocorrem os encontros dos profissionais de saúde com as pessoas, famílias e comunidades em busca do cuidado, conforto e saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Portanto, é na imersão do investigador no cotidiano do fazer profissional que emerge a questão a ser estudada pela PCA, ou seja, na conjunção entre teoria, prática profissional e pesquisa.

Neste referencial metodológico, o profissional pesquisador está em constante processo de coleta de dados, seja por meio de observação ou entrevista, que pode ser organizada e analisada sob um determinado ponto de vista. Esse método permite estudar uma diversidade de temas, podendo ser desenvolvido em diferentes contextos da prática assistencial, congregando usuários, familiares e membros da equipe de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

É nesta perspectiva que este estudo pretende conciliar a análise do cuidado espiritual realizado no ato de assistir/cuidar de usuário de drogas em uma internação, por meio de um olhar crítico reflexivo, de maneira sistemática, da pesquisadora/trabalhadora de saúde em parceria com aqueles que realizam este cuidado, conferindo a este ato uma produção participativa.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação em Adição (UIA), alocada na Unidade Álvaro Alvim (UAA), pertencente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este local foi escolhido intencionalmente por ser o mesmo local de trabalho da pesquisadora. A inserção da pesquisadora no local da pesquisa é uma das recomendações da PCA, pois permite potencializar a fundamentação e a produção do cuidado, a partir do estímulo à construção de conhecimento durante o processo assistencial.

A UAA funciona em área física separada da matriz do HCPA, servindo de espaço de assistência (clínica e psiquiatria em adição), ensino e pesquisa em saúde, oferecendo estágios curriculares e extracurriculares em várias áreas profissionais, residência multiprofissional de atenção integral ao usuário de drogas e residência médica psiquiátrica. A unidade é compromissada com o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado dos usuários de drogas.

A UAA iniciou suas atividades em 2012 simultaneamente à implantação da UIA e do Ambulatório em álcool e outras drogas. No momento da coleta de dados, a UIA possuía 20 leitos masculinos para internação hospitalar de usuários de drogas, encaminhados preferencialmente de duas emergências psiquiátricas do município, que são o Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul (PACS) e o Centro de Saúde IAPI, sendo ambos regulados pela central de leitos da secretaria municipal de saúde. Atualmente ela possui 22 leitos.

A Unidade tem como principal objetivo promover a melhora clínica/psiquiátrica dos usuários e realizar o encaminhamento deles para outros serviços da rede. As atividades desenvolvidas são articuladas com a rede integral de cuidado, composta pela rede de ações e de equipamentos de saúde, bem como por recursos intersetoriais (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

As internações são realizadas preferencialmente com a presença de um familiar e/ou responsável, e espera-se que os usuários estejam motivados para o tratamento, sendo que o processo contempla dois momentos principais. No primeiro momento, o usuário permanece restrito ao quarto em desintoxicação devido à intensidade dos sintomas de abstinência. Nessa etapa o plano de tratamento está focado no manejo da síndrome de abstinência e da fissura pelo uso de drogas, na avaliação de possíveis comorbidades clínicas e no estímulo da motivação para o tratamento. No segundo momento, passado o período agudo da síndrome de abstinência, e de acordo com o plano terapêutico singular de cada sujeito, ele ingressa no Programa Terapêutico

da UIA, ficando liberado para as atividades realizadas no ambiente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

O Programa Terapêutico é dividido em dois grupos: a primeira etapa é o Grupo de Desintoxicação (GD) e a segunda etapa é Grupo de Reabilitação (GR), evoluindo em até três etapas (GR1, GR2 e GR3). Para o usuário evoluir de GD para GR, é necessário que ele deseje continuar no tratamento, esteja motivado para tal e elabore uma carta de evolução. Nessa carta, ele deverá refletir sobre os seus problemas mais relevantes vivenciados até a internação, as possíveis soluções de tais problemas – o que fazer para a recuperação, o que não fazer para a recuperação – e com quem pode contar para o tratamento no pós-alta.

Ao evoluir para o GR, as atividades propostas são manejo da fissura (*craving*), grupos de prevenção da recaída, grupos de psicoeducação, ensaios comportamentais, projeto de vida, organização social para alta hospitalar e a reinserção social do usuário.

Para ambos os grupos, GD e GR, são oferecidos atendimentos individuais e em grupo pela equipe multiprofissional. A abordagem engloba uma ampla avaliação dos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, e as técnicas empregadas incluem manejo de contingência, psicoeducação, entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e práticas corporais, oficinas, exercícios físicos na academia (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

Todas as intervenções realizadas individualmente ou em um grupo levam em consideração o referencial do manejo de contingência (MC). Este é um tratamento comportamental que visa a mudar o repertório do indivíduo, diminuindo ou extinguindo os comportamentos indesejáveis e promovendo comportamentos saudáveis. Na UIA o MC ocorre por meio de um sistema de combinações, regras, sanções, reforços positivos. É importante que durante o tratamento se desenvolva um método sistemático e objetivo para atingir o comportamento-alvo, a fim de selecionar um reforçador positivo forte o bastante para competir com os reforçadores ligados ao consumo de substâncias e selecionar um esquema de reforço adequado (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). b). Dessa maneira, os pontos conquistados por cada usuário devido ao respeito às regras da UIA e à participação nas atividades do programa de tratamento são trocados por atividades de seu interesse, como aula extra na academia, ligação telefônica, lanchar fora da unidade, visita extra de familiar, entre outras atividades.

As atividades terapêuticas do programa da UIA englobam os atendimentos individuais com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e educadores

físicos, bem como a realização de diversos grupos, tais como o de prevenção da recaída, manejo da raiva, de atividade física, de psicoeducação, etc.

Dentre essas atividades, na elaboração do programa de tratamento, os trabalhadores de saúde tiveram a preocupação de inserir atividades que incluíssem o cuidado espiritual na rotina do tratamento os usuários, tais como a) **Grupo de espiritualidade:** coordenado por enfermeiro e técnico de enfermagem, esta atividade ocorre semanalmente em que várias dinâmicas são utilizadas, vídeos, textos, músicas motivacionais, sobre sentido e significado de vida. b) **Grupo de meditação:** é realizado semanalmente pela equipe de enfermagem com meditações guiadas e contemplativas.

É importante destacar que esse serviço faz parte do HCPA, e, portanto, a articulação entre a espiritualidade e o cuidado em saúde, constituído pelo cuidado espiritual, já vem ocorrendo neste contexto hospitalar. O HCPA constitui-se como uma instituição laica que preconiza o princípio da integralidade do cuidado, considerando a espiritualidade como dimensão da saúde. Com isso, busca-se o respeito pela pluralidade em termos de diversidade de crenças, cultural, religiosa, filosófica e por aqueles que não possuem nenhuma crença espiritual (RAYMUNDO; MARTINEZ, 2010).

O HCPA tem como missão ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência para qualificar o seu atendimento com respeito aos valores da pessoa humana (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012). Além disso, o HCPA ingressou em uma nova instância de avaliação em nível internacional por meio da *Joint Commission International* (JCI), com vistas à Acreditação Internacional. Em um dos capítulos da acreditação são abordados os direitos dos usuários e seus familiares, relatando que o profissional de saúde respeite suas crenças e valores espirituais (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2014).

Destaca-se que os primeiros passos em sentido à assistência humanizada que incluiu a religiosidade e a espiritualidade no cuidado em saúde do HCPA, foram dados juntos com os integrantes do Núcleo de Estudos Interdisciplinar em Saúde e Espiritualidade (NEISE). O NEISE foi instituído em 2013 no HCPA, e como ação foi criado o cadastro interno das instituições religiosas para o atendimento dos usuários e seus familiares, além de ter sido acrescentado na coleta de dados na anamnese de enfermagem os dados referentes à religião, crenças espirituais e valores (GÓES, 2016).

Com isso observa-se que no HCPA já existe um movimento de incluir o cuidado espiritual no cuidado em saúde, e isso reflete na UAA e no serviço de adição, pois esse tema é corriqueiramente trabalhado no cuidado ao usuário com problemas relacionados ao consumo de drogas, como apresentado anteriormente.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os trabalhadores de saúde da UIA, que desenvolvem suas atividades no programa de tratamento. A UIA conta com a atuação de aproximadamente 67 trabalhadores de saúde, de várias categorias profissionais, incluindo as áreas da enfermagem, medicina psiquiátrica, nutrição, terapia ocupacional, serviço social, psicologia e educação física, que atendem os usuários na internação. Destes, participaram do estudo 14 trabalhadores, conforme os critérios de inclusão e exclusão.

Assim, optou-se pelos seguintes critérios de inclusão: a) estar atuando no serviço há pelo menos 3 meses; b) ser trabalhador em saúde da unidade conforme consolidação das leis trabalhistas; c) ser residente da área multiprofissional ou médica (psiquiatria) da unidade de adição; d) ser reconhecido pela equipe como alguém que realiza alguma prática ligada ao cuidado espiritual. E, como critério de exclusão dos participantes do estudo, adotou-se o fato de o trabalhador estar afastado de suas funções laborais por motivos de férias, licença saúde ou outros no período de coleta de informações.

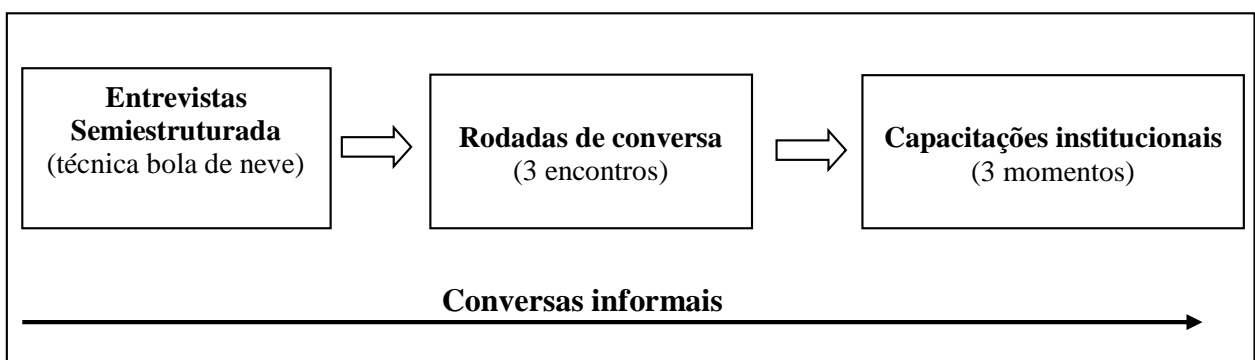
O número de participantes da pesquisa foi definido pelo princípio da saturação de dados (YIN, 2016), ou seja, quando os discursos se tornaram repetitivos, não havendo mais elementos novos para aprofundar a discussão, e quando a pesquisadora considerou que a sua questão de pesquisa já tinha sido suficientemente respondida.

4.4 Coleta de dados

Esta investigação, foi realizada, no período de julho a novembro de 2017, com o total de 14 entrevistas semi-estruturadas, diversas conversas informais com a equipe de trabalho e três rodadas de conversa, culminando na realização de capacitação institucional específica.

A Figura 1 apresenta a sequência das técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa, as quais serão descritas a seguir, até a realização da capacitação institucional.

Figura 1 – Técnicas de coleta de dados



Fonte: Própria autora, 2018.

4.4.1 Entrevista semiestruturada e a técnica de bola de neve

Neste estudo foi utilizada como técnica principal de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Nela é possível trabalhar com o informante de forma articulada, tanto abordando livremente um tema proposto, como realizando perguntas previamente estruturadas. Logo, por ter um apoio mais claro na sequência das questões, a entrevista semiestruturada facilita a abordagem e assegura que as hipóteses ou pressupostos do pesquisador sejam colocados na conversa (MINAYO, 2012).

Com a entrevista semiestruturada buscou-se conhecer as concepções e ações dos trabalhadores sobre o cuidado espiritual realizado na unidade de adição, seguindo um roteiro preestabelecido (Apêndice A). Essas entrevistas foram registradas em gravador de voz digital e posteriormente foram transcritas na íntegra para serem analisadas. Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, realizou-se a coleta dos dados em horários e dias mais convenientes para o trabalhador, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), o qual também foi assinado pela pesquisadora, sendo entregue uma cópia para cada entrevistado.

Para a seleção dos entrevistados, utilizou-se a técnica de coleta bola de neve, para que a escolha dos participantes não fosse feita por conveniência da pesquisadora, possibilitando, assim, que os próprios trabalhadores indicassem um ou mais colegas que realizassem alguma ação de cuidado espiritual. A escolha do primeiro entrevistado foi intencional, ou seja, a pesquisadora escolheu um trabalhador que já desenvolvia uma atividade ligada ao cuidado espiritual no serviço. No final dessa entrevista, a pesquisadora solicitou ao entrevistado a indicação de novos entrevistados que realizavam algum cuidado espiritual no seu cotidiano de trabalho.

A técnica de coleta de dados bola de neve ocorre quando se tem um propósito, que considera um entrevistado com informações adicionais e relevantes para o estudo, e não apenas por uma razão de conveniência do pesquisador (YIN, 2016). A escolha dessa técnica justifica-se pela possibilidade de ampliação do olhar sobre o tema cuidado espiritual em adição, já que

os trabalhadores indicaram outros possíveis entrevistados que também têm experiências e vivências relacionadas ao cuidado espiritual na adição.

A utilização da técnica de bola de neve foi bem aceita e apreciada pelos participantes, possibilitando um maior envolvimento deles no processo de escolha dos participantes do estudo. Isso despertou um sentimento de valorização e participação ativa ao longo da pesquisa, uma vez que eles indicavam seus colegas para serem convidados para a entrevista, realizando comentários, entre eles: “eu que te escolhi para realizar a entrevista”. Este aspecto contribuiu para a fluidez no processo de realização das entrevistas, não havendo nenhuma recusa dos convidados indicados.

Após a realização das entrevistas, desligado o gravador, os profissionais conversavam para compartilhar as ações de cuidado espiritual realizadas junto com o usuário, bem como a participação em cursos e palestras sobre espiritualidade em saúde. Então, no dia a dia do trabalho a pesquisadora conversava e discutia informalmente sobre espiritualidade e o cuidado em saúde com sua equipe. E nessas conversas e reflexões do cotidiano de trabalho-pesquisa, os participantes sugeriam a necessidade de inserção de mais profissionais do serviço nessas discussões. Assim, deu-se a incorporação das rodadas de conversa com a equipe assistencial em diferentes turnos de trabalho.

4.4.2 Rodada de conversa: o início do processo de expansibilidade

A rodada de conversa é uma atividade desenvolvida a partir do método da roda, utilizada para a discussão do processo de trabalho das equipes de saúde, visando a melhora da assistência ao usuário e a implicação profissional sobre o trabalho produzido em saúde (FLORES, 2011). Esse método possibilita o investimento na inter-relação entre formação e trabalho em saúde a partir de processos dialógicos e problematizadores que fomentem aprendizagens significativas, a fim de melhorar assistência ao usuário e a implicação profissional sobre o trabalho produzido na saúde, estimulando a reflexão e o protagonismo do trabalhador (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016). A integração da teoria com a prática é importante nesse processo, pois as evidências científicas somente terão sentido se puderem ser incorporadas na prática do fazer dos trabalhadores da saúde.

Nesta pesquisa foi escolhida a rodada de conversa, pois possibilita reunir a maior quantidade de profissionais de saúde no seu próprio turno de trabalho, facilitando a participação

dos membros da equipe. Os profissionais relataram que se sentiram confortáveis para conversar e esclarecer suas dúvidas sobre o tema do estudo.

A rodada de conversa se constituiu como um espaço em que a pesquisadora se reuniu com os profissionais de saúde no seu turno de trabalho para um momento de educação em serviço, com duração aproximada de uma hora. Teve como objetivo o compartilhamento das experiências, concepções e ações relacionadas ao cuidado espiritual realizado na unidade de adição a partir dos dados coletados nas entrevistas. Assim, foram realizadas 3 rodadas de conversa: a) a primeira foi realizada no turno da manhã, com 7 trabalhadores da enfermagem, 1 residente da enfermagem e 1 da psicologia; b) a segunda foi com 6 membros da equipe de enfermagem do turno da tarde, c) a terceira foi com 4 membros da equipe de enfermagem da noite.

Foram realizadas 3 rodadas de conversas com duração de 1 hora, nos turnos da manhã, tarde e noite e, após, ocorreram 3 capacitações institucionais, com duração de 3 horas, para a incorporação desse tema na matriz institucional, o que ocorreu a partir de demandas, interesses e necessidades do próprio serviço e de melhor compreensão do tema da espiritualidade. Além de todos os entrevistados participarem das rodadas de conversa, foram convidados também os profissionais que estavam presentes no ambiente de trabalho.

Essas três rodadas de conversa foram gravadas e transcritas para a discussão final. Em todas elas, a pesquisadora realizou uma prévia devolução dos resultados parciais sobre as concepções e ações de cuidado espiritual que foram citados nas entrevistas e conversas informais. Após essa apresentação, solicitou-se aos trabalhadores suas opiniões sobre esses achados parciais e sugestões de mudanças para aprimoramento e inovação na prestação do cuidado espiritual.

Os participantes relataram ser importante esse momento de reflexão, de se reunir em uma pequena rodada de conversa e discutir sobre espiritualidade e cuidado espiritual na unidade de internação. Relataram que se sentiram à vontade e motivados para debater e refletir sobre a espiritualidade num pequeno grupo de pessoas, pois devido às diversas demandas do cotidiano da assistência, esse assunto acaba sendo esquecido. Sugeriram manter mensalmente esse formato de capacitação em serviço no formato de rodada de conversa.

Realizar as rodadas de conversa ao longo da pesquisa foi ao encontro do princípio da expansibilidade do referencial da PCA, isso porque possibilitou um processo de reflexão e aproximação com a equipe sobre o cuidado espiritual.

4.4.3 Conversas informais

Além de coletar informações no mês de agosto, após as entrevistas, a pesquisadora se reuniu nos turnos da manhã, tarde e noite com os profissionais para debater, compartilhar ideias e refletir sobre como é realizado e como pode ser aprimorado o cuidado espiritual no cotidiano da assistência na unidade.

Essas conversas informais foram realizadas na sala de lanche, no posto de enfermagem e na sala de passagem de plantão. Na PCA, as conversas informais são abordagens menos estruturadas, o que permite ao pesquisador estabelecer um vínculo estreito entre o que é dito e o que é observado nas situações do trabalho (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.4.4 Capacitação institucional

A PCA comporta a utilização de diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados. Esse referencial permite que haja momentos de mais liberdade e flexibilidade entre pesquisador e entrevistados, propiciando que ocasiões informais do cotidiano da assistência possam ser utilizados para a reflexão crítica do processo de cuidado realizado pela equipe (LACERDA; COSTENARO, 2015).

A partir da realização das entrevistas, das conversas informais e das rodadas de conversas surgiu a ideia de realizar um espaço de trocas e compartilhamentos de ideias sobre o cuidado espiritual que pudessem abranger outros profissionais do serviço. Tais indagações levaram à proposição de incorporar este tema no formato de capacitação em serviço, como uma possibilidade agregar e expandir a temática da pesquisa.

As capacitações foram organizadas por uma enfermeira responsável pelo programa de educação permanente de enfermagem (PEPE) no serviço. Há uma matriz institucional que programa as capacitações durante o ano com a equipe de enfermagem da unidade de adição. Conforme a demanda do serviço, a enfermeira do PEPE escolheu o tema espiritualidade no cuidado do trabalhador e convidou a pesquisadora para ministrar essa palestra junto com uma enfermeira do NEISE. Essa capacitação tinha por objetivo estimular o desenvolvimento do cuidado do trabalhador por meio da espiritualidade. Essas capacitações foram realizadas em três dias diferentes, com carga horária de 3 horas, sendo ofertadas para toda a equipe de enfermagem da UAA (unidade de internação clínica e de adição), e teve uma média de 12 participantes por encontro.

Os participantes que acolheram de forma positiva o conteúdo trabalhado relataram que têm receio de abordar esse tema com os usuários, e que gostariam que ocorressem mais capacitações semelhantes a essa.

A pesquisadora e outra enfermeira elaboraram e realizaram as 3 capacitações, com duração de 3 horas. Essas atividades foram produtivas e houve explicação sobre o referencial teórico da espiritualidade, religiosidade e práticas de cuidado embasadas na espiritualidade.

A pesquisadora observou que os profissionais tiveram boa receptividade para conversar e refletir sobre espiritualidade. Algumas sugestões foram novamente apontadas nessa capacitação, tais como a criação de um espaço ecumênico para as pessoas na UAA e uma maior frequência das rodadas de conversa e capacitações sobre o tema.

4.5 Análise das informações

Para realizar a análise das informações em uma pesquisa qualitativa, são utilizadas geralmente quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Dessa maneira, os dados foram analisados à luz da literatura científica sobre a espiritualidade e adição, os quais possibilitaram refletir e discutir sobre o cuidado espiritual no tratamento da adição. Assim, esse processo analítico seguiu os passos descritos na proposição de análise de conteúdo da PCA:

- a) **Apreensão:** a primeira etapa consistiu na realização das entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores da saúde sobre como eles percebem e promovem o cuidado espiritual na unidade de adição. Além das entrevistas, foram considerados os dados referentes às conversas informais e rodadas de conversas. Nessa fase, houve apreensão das informações e esse foi o primeiro momento da análise dos dados.
- b) **Síntese:** a segunda etapa consistiu em um processo que reuniu os elementos relevantes do estudo. Foi realizado após uma leitura aprofundada das entrevistas e rodadas de conversa realizadas, tudo isso com um olhar atento nos objetivos e nas questões norteadoras. Foi realizado também o agrupamento de informações extraídas das entrevistas por meio de categorias e subcategorias.
- c) **Teorização:** a terceira etapa consistiu no processo de identificação, definição e construção de relações de um grupo de construtos, de modo a possibilitar a produção de previsões do fenômeno investigado. Essa etapa consistiu em descobrir os valores contidos nas informações, que auxiliam na formulação de pressupostos

e questionamentos. A partir do agrupamento feito na fase de síntese, com o olhar voltado para o referencial teórico, foi realizada uma imersão na literatura para definir as categorias que emergiam do material empírico, considerando as estratégias utilizadas para a obtenção e sistematização das informações. Então, esse momento começou a estreitar as relações entre teoria e prática, possibilitando o desenho dos achados na pesquisa, pois foi nessa etapa que se buscou descobrir os valores nas informações e, a partir daí, a formulação de novos conceitos para a reflexão sobre o cuidado espiritual realizado pela equipe. Com isso, observa-se que esta etapa foi de interpretação dos dados.

- d) **Transferência:** esta etapa constitui-se em dar significado aos resultados do estudo, além de contextualizá-los sem a pretensão de generalizá-los. Foi a etapa final do processo analítico, que foi diretamente ligado à questão do problema de pesquisa no cenário assistencial e à ampliação do resultado, de modo a refletir em outras práticas que atingem a qualidade da assistência no âmbito da atuação da PCA. Nesta última etapa da PCA, pode-se vislumbrar os achados da pesquisa e seus significados, contextualizados numa nova realidade criada ou mesmo transformada.

Com isso, por meio de uma pesquisa convergente-assistencial, buscou-se conhecer as concepções e ações dos profissionais de saúde da adição acerca do cuidado espiritual realizado por eles no cotidiano.

Após a transcrição das entrevistas e da organização dos outros materiais coletados (conversas informais e rodadas de conversa), foi seguido os passos da análise da PCA, partindo-se inicialmente da construção de 10 categorias temáticas que, após exaustivo processo de análise e reflexão, permaneceu com uma categoria e quatro subcategorias, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – A categoria e subcategorias

<p>CATEGORIA CONCEPÇÕES E AÇÕES DE CUIDADO ESPIRITUAL</p>
<p>SUBCATEGORIAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Respeito aos valores éticos dos usuários 2) Abordagem das crenças e valores do usuário 3) Encontro profissional-usuário 4) Cuidado espiritual na perspectiva de grupo

Fonte: Própria autora, 2018.

Então, na primeira categoria-concepções e ações de cuidado espiritual, emergiram quatro subcategorias, que foram a) respeito aos valores éticos do usuário; b) abordagem das crenças e valores do usuário; c) encontro profissional-usuário; d) cuidado espiritual na perspectiva de grupo.

4.6 Considerações éticas

Neste estudo foram observados os aspectos éticos em relação à pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Após o processo de qualificação do projeto, foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS para registro e apreciação.

Posteriormente, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob o número 68446517.0.0000.5327 (Anexo A), além de ser registrado no Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA via sistema Web-GPPG.

O sigilo, a voluntariedade da participação e o anonimato dos participantes da pesquisa foram garantidos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo entregue uma via a cada participantes do estudo.

As entrevistas com os participantes do estudo foram registradas por meio da utilização de gravador digital e armazenadas em *pendrive*. Este material será preservado sob a guarda da pesquisadora por 5 anos. Após este período, o material será inutilizado, conforme as recomendações da Lei de Direitos Autorais nº 9.610/1998 (BRASIL, 1998).

Os resultados deste estudo serão retornados aos sujeitos envolvidos por meio de reunião de equipe e rodadas de conversa com equipe da unidade de adição.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de participantes da pesquisa foram 14 profissionais da saúde, dentre eles, 12 são da categoria profissional da enfermagem, 1 da psicologia e 1 da nutrição. São 4 entrevistados do sexo masculino e 10 do feminino. As idades dos participantes variam entre 32 e 57 anos, tendo como tempo de atuação na área da adição uma média de 5 a 10 anos. Quando os envolvidos foram questionados sobre a sua religião ou crença espiritual, 5 responderam ser espíritas, 1 luterano, 2 católicos, 2 budistas, 2 evangélicos, 1 esotérico, e 1 afirmou não ter religião.

Observa-se que a maioria dos entrevistados é da enfermagem, uma das possibilidades desse achado pode ser pelo fato de a enfermagem ter uma equipe com maior número de trabalhadores, ser mais sensível para a realização do cuidado espiritual, e estar mais próxima do usuário nas atividades diárias.

Chan (2009) e Machado e Colvero (2003) ressaltam que a enfermagem permanece por mais tempo junto com a pessoa em tratamento e demonstra ser mais consciente sobre a relevância do cuidado espiritual como parte de sua prática profissional. No entanto, ressalta-se a importância de todos os membros da equipe realizarem o cuidado espiritual com a pessoa, não se restringindo a uma categoria profissional específica.

Neste capítulo, apresentou-se os resultados da pesquisa, que teve como objetivo analisar como os trabalhadores da saúde percebem e promovem o cuidado espiritual numa unidade de internação em adição. Esses resultados foram organizados em uma única categoria: “concepções e ações de cuidado espiritual”. Essa categoria desdobrou-se em quatro subcategorias, que foram a) respeito aos valores éticos do usuário; b) abordagem das crenças e valores do usuário; c) encontro profissional-usuário; d) cuidado espiritual na perspectiva de grupo.

5.1 Concepções e ações de cuidado espiritual: respeito aos valores éticos do usuário

Essa categoria revelou o entendimento da equipe sobre o cuidado espiritual e ações de cuidado espiritual, que estão ligados aos valores éticos dos usuários. Conforme a análise das falas, emergiu a subcategoria: respeito aos valores éticos da pessoa. Ética é um conjunto de princípios, valores, hábitos e práticas que ordenam a vida particular e social de um determinado grupo (BOFF, 2013).

As falas dos profissionais vêm ao encontro dos achados da literatura científica ao apontar que o cuidado espiritual envolve os valores éticos, tais como ser bondoso, amável, respeitoso, compassivo, compreensivo, sensível e honesto (VELOZA-GÓMEZ *et al.*, 2017). Isso fica evidente nas falas a seguir.

Cuidado espiritual é exercício da paciência, tolerância, respeito, compaixão, isso se faz no dia a dia isso é uma prática. (E6)

Cuidado espiritual é o desenvolvimento de tolerância, empatia, bondade, paciência e compreensão. (E7)

Trabalhar empatia, calma, bondade, perdão, paciência, os valores. (E9)

Os participantes destacaram a importância de exercitar e desenvolver atitudes de paciência, empatia, respeito, tolerância e a compaixão no cotidiano do trabalho como elementos que fazem parte do cuidado espiritual. Esses achados estão de acordo com a literatura, que mostra que o cuidado espiritual leva em consideração e preserva os valores éticos das pessoas. Dessa forma, a equipe deve ter respeito com a individualidade da pessoa, não fazer julgamentos, exercitando atitude compassiva de empatia e bondade como atributos do cuidado espiritual (CALDEIRA; TIMMINS, 2017; RAMEZANI *et al.*, 2014).

A compaixão é uma qualidade que a maioria de todos os seres humanos carrega dentro de si. Ter compaixão significa experimentar a empatia na tentativa de ajudar outra pessoa com uma atitude compassiva, sendo que estas qualidades podem ser desenvolvidas por meio das experiências vividas, da consciência e do treinamento (UNIVERSITY OF KANSAS, 2017).

A literatura aponta que a relação compassiva entre profissional e usuário é uma forma de se aproximar das necessidades da pessoa, podendo qualificar o cuidado realizado. A compaixão é uma maneira de ser, de estar disponível a ajudar o outro, aliviando o sofrimento e proporcionando bem-estar a outra pessoa, enfim, é um ato de amor (PUCHALSKY; FERREL, 2010).

Um dos alicerces para um cuidado compassivo é ser capaz de compreender as emoções dos usuários e reconhecer o sofrimento deles. A compaixão envolve reconhecer e atuar no sentido de aliviar o sofrimento, auxiliando o usuário a lidar com as situações que causam estresse, tratando a pessoa com respeito e atenção (PAPADOPOULOS; ALI, 2016).

O cuidado espiritual inicia-se com a atitude do profissional de estar junto, próximo à pessoa que está vivenciando um momento delicado de estresse e dificuldade, como, por exemplo, estar numa internação hospitalar. É importante estabelecer uma relação de confiança e vínculo entre usuário e profissional a fim de construir uma relação terapêutica para

proporcionar bem-estar, otimismo e esperança. Os profissionais relataram que o cuidado espiritual envolve aproximar-se da pessoa de forma tranquila, exercitando a escuta ativa e estabelecendo diálogo. Dessa forma, pode auxiliar a pessoa na atribuição de significado ao sofrimento, como uma maneira de desenvolver esperanças e forças, podendo ajudar na motivação do usuário.

Fornecer conforto, esperança, eles chegam desesperançosos, com vontade de morrer, a gente tenta encontrar um objetivo junto com ele para continuar a viver. (E1)

Tem tudo a ver com questão do aspecto do vínculo. (E3)

Melhora a questão do vínculo, a questão de não julgar as pessoas que não são iguais. (E7)

Uma escuta atenta, estabelecer bom vínculo, não julgar as pessoas. Estimular esperanças em situações, onde aparentemente está tudo destruído. (E7)

Ser calma e conversar. Eu procuro ser paciente, escutar, ter uma escuta, saber porque o paciente está reagindo daquele jeito. (E9)

A gente escuta o paciente de forma afetiva, as coisas que são importantes pra ele, de forma empática, ele cria um melhor vínculo com a gente. A espiritualidade dele produz esperança, no tratamento, para se motivar. (E14)

Conforme relatado pelos entrevistados, quando se estabelece uma relação entre profissional e usuário, embasada na espiritualidade, é desenvolvido o fortalecimento de vínculos, a relação dialogada, a escuta sensível, a afetividade e a valorização da dignidade humana. Quando se aborda o cuidado em saúde ao usuário de drogas, é importante superar o estigma e o preconceito, que fazem com que os usuários sejam vistos como perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição.

Muitas vezes, o consumo de drogas não é visto como um problema de saúde, mas como uma falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema. Tal postura, preconceituosa e estigmatizante, restringe as possibilidades de acolhimento e acesso para pessoas que apresentam problemas com o uso de drogas (RONZANI *et al.*, 2014; BARD *et al.*, 2016).

Então, os atributos do cuidado espiritual podem auxiliar os profissionais a romperem com essa lógica de rotulação do usuário de drogas. Assim, essa atitude deve ser acolhedora, dispondo um olhar sobre a pessoa que sofre com uso de drogas de forma empática, sensível, auxiliando-o a ter uma postura mais otimista.

Conforme relatado em estudos científicos, o cuidado espiritual inclui auxiliar a pessoa a restabelecer o seu autocuidado por meio de uma escuta atenta e sensível, e a tentar enfatizar

os pontos positivos das situações (RAMEZANI *et al.*, 2014), promovendo esperança na vida e o respeito à dignidade humana de cada pessoa (CHUNG *et al.*, 2007).

Para Batista (2010) em momentos de dor e de sofrimento, a valorização da espiritualidade pode ser transformadora, conduzindo a pessoa a renovar o seu ânimo, sua esperança e a buscar novas formas de enfrentamento das dificuldades que esteja vivenciando.

Para Lavorato-Neto *et al.* (2018), o cuidado espiritual está ligado à ética e ao senso de propósito de vida de uma pessoa, e serve à qualidade de relação terapêutica, por meio da sensibilidade do cuidador e do esforço e dedicação da equipe em manter um ambiente positivo e motivador durante o período de tratamento.

Com relação ao entendimento sobre o cuidado espiritual realizado na unidade de adição, os participantes consideraram que está ligado às relações interpessoais, que envolve estar disposto a escutar, sem julgamentos e preconceitos, estar mais próximo e atento às necessidades da pessoa que está sendo cuidada. Essa abordagem mais positiva vai ao encontro de alguns princípios da entrevista motivacional, que é um estilo de conversa colaborativa voltado para o fortalecimento da motivação do cliente e seu comprometimento com a mudança (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014). Trata-se de uma proposta que reforça a necessidade de o profissional interagir e se interessar pela história do indivíduo, valorizando o potencial de cada indivíduo (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2013).

Figlie e Guimarães (2014) apontam que as premissas básicas que auxiliam o profissional na prática da entrevista motivacional são empatia; congruência; espírito colaborativo no aumento da motivação para a mudança e adoção de um estilo calmo. O relacionamento deve ser colaborativo, e a autonomia do usuário deve ser estimulada, pois ele é responsável pelo seu progresso, e o profissional atua como facilitador no processo, estimulando e apoiando a sua autoeficácia.

Assim, essa abordagem possibilita o desenvolvimento de uma postura motivacional no profissional, permitindo-o que reconheça e estimule a pessoa na sua capacidade de superar os desafios, para ajudá-la a concretizar a mudança, podendo o tema da espiritualidade ser abordado neste contexto.

Os entrevistados apontam que o cuidado espiritual está vinculado a uma escuta ativa, a demonstração de afeto, carinho, atenção e interesse pelo usuário, na busca do entendimento de como este lida com a sua espiritualidade.

Eu sempre tento ser próximo, pra criar uma relação de confiança e vínculo. (E1)

Eu procuro ouvir o que eles têm a falar, eu procuro saber o que se passa, como é que eles lidam com a espiritualidade deles. (E2)

Escuta atenta, respeitosa por conta da necessidade de manutenção da motivação e de esperança. (E3)

Primeiro tu tem que ouvir, fazer um afago no paciente, fazer um carinho e mostrar pra ele que a gente está ali para ajudar ele. (E8)

Venho com um propósito, de tratar o paciente da melhor maneira possível, de ficar junto com ele, de estar aberto, estar à disposição para escutá-lo. (E11)

Produz esperança no tratamento e ajuda a se motivar. (E14)

De acordo com as falas, realizar o cuidado espiritual auxilia no estabelecimento do vínculo, por meio de escuta ativa e respeitosa. Vivenciar a espiritualidade inclui exercitar a fé, a esperança, a compaixão e a solidariedade, propiciando a sensibilização com o sofrimento do outro. Além disso, inclui auxiliar o usuário a encontrar um significado para sua própria existência. Assim, o profissional de saúde precisa proporcionar um cuidado que valorize o apoio espiritual, para que a pessoa possa vivenciar momentos difíceis com serenidade (HUF, 2002).

A compaixão pode ser compreendida como um meio de tentar fazer o profissional se aproximar verdadeiramente da pessoa e não do problema dela, isso porque, uma vez que o profissional tenha um olhar singular para o indivíduo, torna-se possível uma melhor compreensão das complexidades individuais que dificultam as mudanças de comportamento (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

É por meio do diálogo, que envolve palavras de conforto, gestos, como um sorriso ou um abraço, e até por momentos de silêncio que a relação de intersubjetividade, de compreensão e de ligação profunda com o outro se estabelece. Consequentemente, produz-se uma comunicação, por meio de fios invisíveis, que demonstram um contato que extrapola a dimensão física e emocional, trazendo paz e serenidade para os momentos de dor ou de conturbação experienciados pela pessoa (BATISTA, 2010).

Para Dezorzi (2016), uma abordagem centrada no usuário pode garantir mais segurança e ética nas relações quando se inclui a espiritualidade no cuidado. Assim, ética e espiritualidade podem se entrelaçar em um movimento de transcendência de um cuidado que prioriza não somente o ser doente, mas sim um ser humano nas suas diversas dimensões.

Nas rodadas de conversa, os participantes destacaram que os valores éticos fazem parte do cuidado espiritual e que os exercitam na sua prática diária em diversas situações, incluindo àquelas delicadas vivenciadas na assistência. Os entrevistados relataram que em circunstâncias difíceis, em que os usuários tiveram postura inadequada com a equipe, os profissionais

conseguiram ter uma atitude acolhedora e exercitaram uma postura ética, norteadora da conduta deles.

5.2.1 Abordagem das crenças e valores do usuário

Nesta subcategoria, os entrevistados destacaram que abordam e valorizam as crenças e valores do usuário durante o período de internação. Conforme demonstram as falas a seguir.

A gente pergunta conversa sobre as crenças, o que cada um tem, se pratica, não pratica. (E1)

Identificar as crenças do paciente e ver no que ele acredita, no que ele pode investir em relação à espiritualidade. (E4)

É respeitar as crenças e os valores de cada pessoa, de cada paciente. Temos que respeitar e nunca desconsiderar aquilo que o paciente acredita, aquilo que ele pensa que é bom pra ele. (E5)

É respeitar a crença do nosso assistido independente de qual seja ela. (E12)

A equipe demonstra estar atenta e disposta a conhecer quais as crenças e valores que fazem parte da vida do indivíduo e a compreender o papel que elas têm para auxiliar o usuário no enfrentamento dos momentos de ansiedade durante a internação. Huf (2002) destaca a importância do cuidado espiritual como um meio de transformar os momentos de angústia, por meio do respeito e valorização das crenças da pessoa, com o objetivo de promover o bem-estar, apesar da inevitabilidade do sofrimento.

É importante compreender qual o papel que as crenças e valores têm na vida da pessoa, sem julgar ou tentar modificá-las. Koenig (2015) destaca que a equipe de saúde pode fornecer apoio e respeito quando identifica as crenças espirituais e religiosas, até mesmo as que não forem familiares ou que forem diferentes das quais o profissional está habituado a ter, ou que sejam conflitantes com o tratamento. Para ele, o propósito é conhecer a história da pessoa para entender quais são as crenças que norteiam a sua vida, como se revela nas falas a seguir:

Respeitar as crenças dos pacientes e que as nossas crenças não sejam transmitidas para o paciente. (E3)

Trabalhar a crença que o paciente tem como ele tem vivido essa crença no seu dia a dia. E o quanto esse conhecimento pode fazer com que ele tenha uma melhora durante o tratamento. (E6)

Eu não vou interferir na crença espiritual do paciente e sempre pergunto qual é a crença dele. (E8)

Os entrevistados acreditam ser importante conhecer e identificar as crenças e valores espirituais do usuário para prestar assistência mais qualificada. Além disso, demonstram ter cuidado para não impor seus conceitos religiosos às pessoas, respeitando a singularidade de quem está buscando o tratamento. Destaca-se que o cuidado espiritual vai além de conhecer e abordar as crenças dos usuários, mas o profissional também deve descobrir junto com o usuário de que maneira a espiritualidade pode ser incluída no cuidado de sua saúde.

5.2.2 Encontro profissional-usuário

Nesta subcategoria, no encontro profissional-usuário, os entrevistados relataram que, na relação que se estabelece cotidianamente com a pessoa, buscam respeitar a singularidade dos usuários, e encontram junto com eles a melhor estratégia para auxiliá-los em momentos de dificuldades. Dentre os vários dispositivos que se podem utilizar durante a internação em adição, destacaram que estimulam os usuários a refletirem sobre o seu modo de viver, e os orientam a realizar técnicas de relaxamento e práticas de oração, conforme tolerância e desejo dos usuários.

Numa unidade de internação em adição, ocorre diariamente o encontro entre profissional e usuário. É importante que esse profissional, ao se aproximar e conversar com a pessoa em tratamento, possa tentar descobrir o que faz sentido na vida do usuário, invés de apenas informar que deve parar de usar drogas. Numa das falas dos entrevistados, fica evidente essa busca em exercitar a reflexão sobre a vida e a existência.

[...] motivar os pacientes para o tratamento, não porque parar de usar substância é bom. Mas, motivá-los para pensar sobre a sua vida. Eles nunca tiveram essa oportunidade de pensar sobre a sua própria vida, sobre seu valor, sobre sua existência e sobre seu papel no mundo. (E3)

Então, quando o profissional estimula o usuário para a reflexão sobre a sua vida, ele proporciona a essa pessoa pensar em alternativas para viver melhor, de forma mais saudável. Frankl (2007) aborda que uma das tarefas do profissional é tentar ampliar junto com a pessoa que é cuidada a sua percepção sobre a vida, auxiliando no aprimoramento da consciência para a descoberta dos valores existenciais, para a busca de sentido na vida e para a proteção da sua saúde.

Ao questionar os profissionais de saúde sobre ações de cuidado espiritual que realizavam, eles respondiam que estimulavam e orientavam os usuários que realizassem práticas de relaxamento. Na unidade de internação em adição, a equipe orienta os usuários sobre técnicas no auxílio de como lidar com os sintomas da abstinência do uso de drogas. Nas falas dos profissionais, a técnica de relaxamento respiratório foi a mais recomendada.

Estimulo as práticas de relaxamento eles ficam muito mais tranquilos, calmos. (E2)

Direciono ele para aquilo que ele está precisando, que faça uma técnica de relaxamento. (E8)

Oriento assim pra procurar antes de dormir, fazer relaxamento, trabalhar a respiração. (E12)

A técnica do relaxamento respiratório consiste no exercício de controle da respiração através da musculatura diafragmática, realizada em três fases distintas de inspiração e expiração. Essa técnica provoca sensação de bem-estar. Isso porque, em estado de relaxamento, é menos provável que uma pessoa atue impulsivamente e o aprendizado dessa técnica pode ser utilizado no manejo do *craving* (fissura) e dos sintomas de ansiedade (ZENI; ARAUJO, 2009; BRAGA *et al.*, 2016).

Esses achados vêm ao encontro da prática diária de trabalho na unidade de internação em adição. Isso porque, em uma unidade de internação, os usuários relatam ter muita ansiedade por estarem longe de casa e da família. Então, a equipe orienta diariamente, conforme necessidade e tolerância da pessoa, que realizem a técnica de relaxamento respiratório. São intervenções pontuais, de curta duração (em média de 10 minutos), mas, apesar disso, os registros indicam que os usuários ficam mais tranquilos, o que pode ser visualizado a partir do relato de um dos profissionais.

O paciente estava muito ansioso, estava acelerado e ele não se dava conta. Daí eu sentei do lado dele na cama e orientei “faz a técnica da respiração 3, 3, 3?” ele fez e ficou mais tranquilo. (E7)

Para Braga *et al.* (2016), o relaxamento respiratório é uma das estratégias de enfrentamento para o manejo de ansiedade e fissura. Essa técnica pode auxiliar no tratamento e inclusive diminuir a necessidade de uso de medicações. São ferramentas de cuidado que possibilitam uma forma diferente de encontro profissional-usuário, produzindo novas alternativas para o cuidado. Assim, além dessas técnicas serem ferramentas para o trabalho dos

profissionais, podem também servir de dispositivos estratégicos para o auxílio de como lidar com as situações adversas.

Isso porque o relaxamento respiratório é um passo inicial para a atividade meditativa, pois, por meio da ancoragem respiratória (consciência e atenção do processo respiratório – inspiração e expiração), há o favorecimento de um estado meditativo. Como resultado, ocorre a regulação da respiração, sendo possível alterar a sua frequência e características (VORKAPIC; RANGÉ, 2013), promovendo mais controle das emoções, sentimentos e comportamentos.

Vorkapic e Rangé (2013) apontam que a meditação e outras técnicas contemplativas, como relaxamento, podem ser uma poderosa ferramenta cognitiva de gerenciamento do estresse e da ansiedade, auxiliando a pessoa a responder às situações estressantes de maneira mais adaptativa.

Outro dispositivo de cuidado espiritual que os entrevistados relataram utilizar, era o de estimular os usuários à prática de oração durante o período da internação. Essa abordagem era utilizada após diálogo com o usuário, respeitando sempre a singularidade de cada um (suas crenças e valores).

[...] Tu me dissestes que te alivia muito quando reza, tu rezastes hoje? Precisa de um tempo para rezar? (E3)

[...] Respeitar se a pessoa tem como hábito fazer as suas orações durante as refeições, quando acorda, antes de dormir. (E5)

A oração é uma das práticas espirituais mais utilizadas pelos usuários para enfrentar uma doença crônica. Observa-se que o ato de orar é frequente e pode promover bem-estar, facilitando o enfrentamento do processo de saúde/doença, a diminuição da mortalidade em pessoas com infecções da corrente sanguínea (BRASILEIRO *et al.*, 2017), a redução da ansiedade e depressão (CALDEIRA, 2009).

Na internação em adição, observa-se que a ação de cuidado espiritual de estimular a prática da oração parece obter resultados importantes, uma vez que é utilizado por alguns profissionais, demonstrando, assim, a sua relevância também neste contexto de cuidado em saúde.

O profissional de saúde pode encorajar o usuário a voltar a realizar suas práticas espirituais na internação, como, por exemplo, orar. Isso porque, muitos deles revelam que no período que estavam abstinentes do uso de drogas, tinham o hábito de orar e com o uso de

drogas pararam com essa prática. A oração é uma intervenção que pode proporcionar apoio espiritual à pessoa, auxiliando no enfrentamento do seu problema de saúde.

[...] Ouvir o paciente, entender a necessidade dele, porque muitas vezes ele precisa mais ser ouvido, do que medicado [...] Sempre pergunto qual é a crença do paciente e reforço se está ansioso para fazer uma oração, se acredita em Deus. (E8)

[...] Oriento que antes de dormir, o paciente faça sua oração e pense em algo bom que traga conforto para ele. (E12)

As falas mostram que os profissionais de saúde orientam os usuários a realizarem oração antes de dormir para auxiliá-los a lidar com a ansiedade. A literatura aponta que após o profissional conhecer a história da pessoa, ele pode apoiar e encorajar as suas crenças, hábitos e rituais espirituais, como a oração que apareceu neste estudo. Caso o usuário não mostre interesse em crenças ou atividades espirituais, o profissional não precisa estimular essas práticas (CARVALHO *et al.*, 2014; PUCHALSKY, FERREL, 2010). No entanto, isso não impede que o profissional converse e descubra alternativas para enfrentar as situações estressantes junto com o usuário, sempre a partir do respeito a sua singularidade.

Koenig (2012) destaca que os profissionais de saúde têm que proporcionar conforto, alívio e bem-estar nos momentos de dificuldade vivenciada pela pessoa. Na unidade de adição, em alguns momentos, os usuários estão mais sensíveis devido às perdas e aos problemas relacionadas à adição de drogas. Então, o profissional pode orientar, conversar e relembrar as formas da pessoa se conectar com o transcendente, sendo a oração, uma das estratégias a ser utilizada.

O profissional, ao identificar as crenças e respeitar a individualidade dos usuários, produz outras possibilidades para realizar o cuidado em saúde, criando caminhos terapêuticos que levam em consideração a singularidade do usuário e as estratégias escolhidas por ele. A partir disso, a implicação ativa do profissional nessas escolhas terapêuticas junto com o usuário, pode auxiliá-lo no exercício de sua crença.

A partir disso, ressaltam-se algumas questões que emergiram nas rodadas de conversa realizadas, relacionadas ao encontro profissional-usuário. Quando questionados sobre ações de cuidado espiritual, alguns membros da equipe relataram não realizar em sua prática diária a abordagem da espiritualidade com o indivíduo. Por outro lado, outros membros da equipe relataram que quando o colega estimulava os usuários a refletirem sobre a sua vida e sua forma de viver, eles estavam realizando o cuidado espiritual. Então, a rodada de conversa serviu para conscientizar os profissionais de saúde de que eles realizavam o cuidado espiritual no cotidiano

da assistência mesmo sem reconhecer essa ação. Por isso, é importante que o profissional de saúde escolha conscientemente a estratégia terapêutica que melhor se adéqua a necessidade do usuário, inclusive o cuidado espiritual quando for imprescindível.

5.2.3. Cuidado espiritual na perspectiva de grupo

Ao longo das últimas décadas, o trabalho em grupo vem sendo utilizado como instrumento valioso no tratamento das adições. Isso porque auxilia a pessoa a criar alternativas para o seu isolamento e solidão, além de oferecer um meio para que o indivíduo usuário de drogas se perceba como parte integrante do grupo, sendo assim parte de uma sociedade (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011a).

Os entrevistados relataram que estimulam a participação dos indivíduos nos grupos de meditação, de espiritualidade e de 12 passos. No grupo de meditação, são utilizados dois tipos de gravações de meditação em áudio de *mindfulness* (meditação guiada com vistas à atenção plena/consciente do mundo interno e externo do indivíduo) e os exercícios de relaxamento respiratório. Após a meditação, é realizada uma conversa de reflexão em que os usuários, espontaneamente falam sobre os sentimentos experienciados durante a prática. Este grupo é uma atividade opcional no tratamento, ou seja, os usuários escolhem se desejam ou não participar dela.

Estimulo a participar do grupo da meditação. (E2)

Estimulamos muito a meditação, os pacientes que tiveram alta e continuam esta prática. Ela é uma forma de prevenção a recaída, a meditação então eu sou muito fã e adepta da meditação. (E6)

Eu participo da meditação e contribuo para a espiritualidade, com autoconhecimento, uma reflexão, que tu consiga entrar em contato consigo próprio. (E7)

É importante que os profissionais de saúde tenham consciência da importância de estimular a pessoa a fazer a meditação. Até porque muitos deles nunca fizeram ou nem conheciam essa prática. Então, a equipe pode apresentar essa técnica para o usuário, aumentando, assim, o repertório para o autoconhecimento, além de oferecer mais alternativas para a pessoa optar no seu tratamento.

Alguns profissionais demonstram genuíno interesse pela meditação ao estarem envolvidos e engajados nesta atividade. Quando o profissional tem a possibilidade de coordenar

ou realizar junto com o usuário essa prática, isso pode melhorar a relação e o vínculo terapêutico.

Dentre as técnicas meditativas, a meditação *mindfulness* é a mais estudada e praticada atualmente. O termo *mindfulness* refere-se a uma consciência sincera do *estar atento* ao momento presente nas sensações físicas, percepções, pensamentos e afetos sem julgamento (KABAT-ZINN, 2005). Com suas raízes em tradições como o budismo, yoga e taoísmo, na década de 1970, a prática foi integrada à medicina comportamental, principalmente em programas de redução de estresse e, atualmente, vem sendo praticada no tratamento das adições (VANDENBERGHE; SOUZA, 2006).

Kabat-Zinn (2005) aponta a prática de *mindfulness* num contexto não religioso, como possibilidade para que qualquer pessoa possa se beneficiar com a sua prática. Talvez por este motivo seja esta uma das práticas de meditação mais estudadas e adotadas nos últimos tempos por profissionais da saúde.

Após um grupo de meditação, os pacientes saem muito tranquilos. (E1)

Quando tem grupo de meditação, os pacientes vêm de outra maneira, mais tranquilos. (E10)

Ao encontro das falas, que apontam a diminuição da ansiedade como um dos efeitos após a meditação, um estudo evidenciou que a prática de meditação *mindfulness* pode ajudar a pessoa a ganhar habilidade de lidar com as suas emoções, auxiliando a enfrentar suas ansiedades e fissura pela droga (TANG; TANG; POSNER, 2016).

Outro grupo de entrevistados relataram que estimulam a participação dos usuários no grupo de espiritualidade. Relatam que neste grupo é possível realizar uma reflexão e reorganização da vida, para que a pessoa não tenha como objetivo principal somente parar de usar drogas, mas repensar as suas crenças e valores, conforme aparece nas falas a seguir.

A pessoa sai do grupo de espiritualidade sentido que o tratamento não é só parar de usar a substância. “Tenho que rever o que estou acreditando, o que tem norteado as minhas decisões!”. (E3)

No grupo de espiritualidade eu coloco vídeos reflexivos e discuto poesias. (E6)

O profissional apontou que a proposta do grupo não é que a pessoa tenha como objetivo somente parar de usar drogas. Além disso, ele espera e estimula que o usuário amplie a sua visão de mundo para poder fazer suas escolhas e tomar suas decisões. Na realização dos grupos de espiritualidade são utilizadas, principalmente, a leitura de poesias e vídeos reflexivos.

Observa-se, portanto, que para o tratamento na unidade de internação em adição, além de atendimentos individuais, são realizadas atividades em grupos, inclusive com atividades focadas no exercício e desenvolvimento da espiritualidade como estratégia de procedimento. Para Yalom e Leszcz (2005), alguns fatores são enriquecedores nas interações grupais, tais como aceitação (sentir-se aceito pelo grupo), altruísmo (a pessoa ajuda os outros membros do grupo), aprendizagem interpessoal e desenvolvimento da socialização.

Um estudo constatou ser relevante incluir o tema espiritualidade no grupo de tratamento para a adição, pois os usuários relacionavam a espiritualidade como uma de suas estratégias de enfrentamento em momentos de fissura e ansiedade. Os resultados desse estudo apontaram que usuários que tinham espaço para refletir sobre sua espiritualidade, tiveram sensação de conforto e esperança na tentativa de não usar substâncias psicoativas (HEINZ *et al.*, 2010). Portanto, é importante o reconhecimento da espiritualidade como mais uma estratégia de enfrentamento no tratamento da adição, na tentativa de qualificar o atendimento ao usuário.

Por ser a espiritualidade uma estratégia de enfrentamento no tratamento das adições, foi inserido o grupo de espiritualidade no programa de tratamento da internação em adição. O grupo de espiritualidade tem como objetivo proporcionar momentos de reflexão e diálogo sobre o sentido de vida e a importância da autotranscendência em meio às situações limitantes e difíceis da vida. Isso porque as pessoas que são internadas demonstram ter um vazio existencial e relatam se sentirem sozinhos, pois tiveram muitas perdas de vínculos familiares e afetivas devido aos problemas gerados pelo uso abusivo de drogas.

O grupo de espiritualidade tenta estimular a motivação para a mudança no estilo de vida das pessoas por meio de reflexões. As falas a seguir vem ao encontro de Viktor Frankl, que concebeu que a questão primordial do ser humano é a busca por sentido na vida como sua principal força motivadora. Entretanto, quando essa busca é frustrada, uma das consequências pode ser o uso abusivo de drogas (AQUINO, 2015).

[...] A vida é mais complexa, sai do módulo sobrevivência para o módulo existência. (E3)

[...] No grupo de espiritualidade discutimos, o que os pacientes entendem sobre a espiritualidade, qual é a crença deles. É um momento reflexão. (E5)

[...] Participo do grupo de espiritualidade, acho muito interessante aquela do médico do campo de concentração até me chamou a atenção (autor Viktor Frankl) porque ele queria entender, porque algumas pessoas conseguiam sobreviver e outras não. (E7)

[...] Grupo da espiritualidade fala sobre as crenças dos pacientes, sobre a sua espiritualidade. (E8)

Os participantes relataram que estimulam os usuários a refletirem sobre sua vida durante a internação, e que esse processo de repensar a sua história pode auxiliar a pessoa a sair do “módulo sobrevivência”, ou seja, de uma vida mais restrita e limitada ao uso abusivo de drogas, para uma reflexão mais abrangente e complexa, que envolve seu estilo de vida a sua existência no mundo.

Foi destacada, por um dos entrevistados, a apresentação do livro “Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração” (de Viktor Frankl), em uma das atividades na internação. Destacou-se que, apesar dos sentimentos de desânimo, decepção, frustração e desesperança entre os vários prisioneiros de um campo de concentração nazista (FRANKL, 1987), havia entre os sobreviventes daquela situação hostil uma característica comum a eles, ou seja, a capacidade de encontrar um sentido na vida.

Nesse sentido, estimular que, durante o período de internação, o usuário faça uma reflexão na busca de sentido e valores para sua vida, pode ajudá-lo a desenvolver suas potencialidades, a fim de criar novos planos e a lembrar sonhos esquecidos, com o intuito de auxiliá-lo a realizar mudança no seu estilo de vida.

Por fim, os entrevistados relataram que estimulam os usuários a participarem do grupo de 12 passos, o qual tem como proposta orientadora a filosofia do grupo de mútua ajuda dos Alcoólicos Anônimos (AA). Essa organização, fundada nos Estados Unidos em 1935, tem sua origem religiosa, mas ampliou essa abordagem para a perspectiva da espiritualidade como sendo um dos seus pilares, aceitando participantes de todas as doutrinas religiosas e os sem crenças religiosas também. Assim, o AA não está ligado a nenhuma seita, religião, ou instituição social, mas exige dos seus membros que a pessoa tenha o desejo de parar de usar álcool e outras drogas (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2015).

A participação em grupos de AA pode auxiliar a pessoa durante o tratamento de adição das drogas. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do indivíduo praticar ações baseadas na espiritualidade, como a oração, meditação e contato consciente com um poder superior, o qual a pessoa escolhe conforme sua crença (PAYÁ, 2017).

Os profissionais consideram que essa filosofia pode auxiliar os usuários a enfrentarem as dificuldades do período de internação, somando-se a isso a espiritualidade como mais um dos elementos que auxiliam na manutenção da abstinência das drogas.

[...] Eu gosto de ir no grupo dos 12 passos, que abrange essa parte da espiritualidade. (E1)

[...] O AA participo bastante, eu converso com eles porque é uma fonte que desenvolve a espiritualidade dele. (E2)

[...] Acredito que o grupo de AA estimula espiritualidade e pode ajudar no tratamento. (E9)

[...] O grupo de 12 passos é uma filosofia de vida que aborda espiritualidade, eles tem que frequentar o AA após alta. (E11)

[...] Grupo dos 12 passos aborda a espiritualidade, é importante, as pesquisas mostram isso. (E14)

Nas entrevistas coletadas, os profissionais reconhecem que o grupo de 12 passos está associado com a dimensão espiritual do usuário, e que essa forma de abordar a espiritualidade pode ser mais um dispositivo para auxiliar a pessoa durante o tratamento. Para o Instituto Nacional de Abuso de Drogas Americano (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2014), a participação em grupos de ajuda mútua semelhantes ao AA, durante e após o tratamento, pode ajudar a manter a abstinência do uso de drogas.

Durante a internação, são realizados grupos de doze passos, baseados na filosofia do AA, com a participação de membros da equipe. O grupo de mútua ajuda AA é realizado na comunidade, sem participação de profissionais de saúde, apenas com pessoas que tenham problemas com o abuso de álcool.

A base do programa de recuperação do AA consiste em uma série de atividades conhecidas como “doze passos”. Os quais são sugeridos aos membros dos grupos de autoajuda para que a pessoa consiga construir a sua identidade estabelecer rede de apoio social para atingir e manter a abstinência (BRASIL, 2014; MAGALHÃES, SAIDE, 2015).

Dessa forma, a abordagem em grupo apresenta pelo menos duas vantagens. A primeira refere-se à inclusão da pessoa excluída, já que o usuário de drogas vive num nível impactante de discriminação. Assim, a abordagem grupal oferece meios para que esse indivíduo se perceba como parte integrante de um grupo, como o qual se identifica. A segunda diz respeito à viabilidade econômica e técnica dessa abordagem, que possibilita atender um maior número de pessoas (SOBELL; SOBELL, 2013).

Então, evidenciou-se nas falas dos entrevistados o reconhecimento da importância de exercer o cuidado espiritual na unidade de adição, inclusive na perspectiva do cuidado em grupo. Isso porque o grupo é um dispositivo terapêutico, em que elementos como a socialização, a convivência entre os membros e o respeito de limites e regras são estimulados e ajudam a pessoa reintegrar-se socialmente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo conhecer como os profissionais de saúde concebem o cuidado espiritual e realizam esse cuidado no cotidiano de uma internação em adição. A primeira categoria demonstra que, no entendimento dos profissionais, o cuidado espiritual envolve o respeito aos valores éticos, por meio do exercício da paciência, tolerância, bondade, empatia e atitude compassiva com a pessoa que está recebendo o cuidado.

Para isso, destacou-se que o profissional precisa estar atento às necessidades do usuário de drogas por meio de uma escuta atenta, diálogo sincero, estabelecimento de vínculo afetivo a fim de realizar um cuidado qualificado, singularizado e que valorize a pessoa. O cuidado espiritual na adição envolve o estar junto, uma presença afetiva com intenção de atender às necessidades espirituais da pessoa que sofre com o abuso de drogas.

Na segunda categoria, das ações de cuidado espiritual, emergiram três subcategorias: a abordagem das crenças e valores da pessoa, o encontro profissional-usuário e o cuidado espiritual na perspectiva de grupo. Os profissionais destacaram que buscam respeitar a singularidade dos usuários, e procuram encontrar junto com eles dispositivos para auxiliar nas dificuldades enfrentadas com o uso de drogas. Assim, estimulam a reflexão sobre o seu modo de viver, a realização da técnica de relaxamento e da oração, conforme o desejo dos usuários. Além disso, os participantes destacaram nas suas falas que orientam os usuários a participarem dos grupos terapêuticos, de conotação espiritual, como o de meditação, de espiritualidade e de 12 passos.

Para mim, realizar essa pesquisa foi muito gratificante e motivadora, pois a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) me possibilitou conversar em diversos momentos com a equipe de trabalho sobre o cuidado espiritual. Além das entrevistas, tive a oportunidade de escutar os profissionais em outros momentos, no decorrer da pesquisa, por meio das conversas informais, das rodadas de conversa e das capacitações. As rodadas de conversa me possibilitaram trocar conhecimento sobre o tema da espiritualidade com os demais membros da equipe.

Essa proposta de educação permanente em serviço (rodadas de conversas) permitiu que as equipes de turnos de trabalho conversassem entre si e, conseqüentemente, se conhecessem melhor. Isso parece ter estreitado o vínculo entre as pessoas. Nessas rodadas, por ser um grupo de poucos profissionais que se conhecem, as pessoas pareciam tranquilas e menos resistentes para esclarecer suas dúvidas, expor situações vivenciadas com usuários e encontrar alternativas para tentar inserir o tema da espiritualidade no cotidiano da assistência na adição.

A PCA possibilitou associar a teoria com a prática, em especial nas capacitações, momentos em que os profissionais tinham aula expositiva com conceitos teóricos associados com os relatos da experiência na prática clínica. Nesse espaço, alguns profissionais reforçaram algumas sugestões de como aprimorar o cuidado espiritual ao usuário de drogas na internação em adição, como a conservação de rodadas de conversa mensal, a realização de capacitações sobre a espiritualidade, e a criação de um espaço laico, e rotativo, ou seja, consultórios, sala de grupo, em espaço variados na unidade de internação para que as pessoas possam expressar as suas práticas espirituais e religiosas nesses espaços de cuidado.

A PCA tem como uma das suas características o pesquisador lançando mão de diversas técnicas de coleta de dados, ampliando o olhar sobre como os profissionais entendiam e realizavam as ações de cuidado espiritual. Nas rodadas de conversas e nas capacitações realizadas, os profissionais traziam novas reflexões e diversas situações que enfrentavam no cotidiano da assistência, evidenciando interesse em entender de que maneira a espiritualidade poderia permear ainda mais as suas atitudes.

Este estudo contribui para a reflexão sobre o cuidado espiritual realizado pelos profissionais da saúde, sobretudo os da enfermagem, pois a maior parte dos entrevistados foi dessa área profissional – técnicos de enfermagem e enfermeiros. Além disso, observei que eles demonstravam interesse em participar de eventos que envolvessem a espiritualidade, conversavam sobre as ações de cuidado espiritual realizadas na prática e realizavam questionamentos. Os profissionais pareciam estar mais motivados para abordar o tema da espiritualidade com os usuários sob os seus cuidados.

Uma das implicações para o serviço, como um dos desdobramentos esperados para pesquisas desta natureza (modalidade de PCA), foi a incorporação à matriz setorial da equipe de enfermagem, a realização de capacitação de 3 horas com o tema espiritualidade e cuidado de si, sendo esta oferta ampliada para outras categorias profissionais.

Enquanto implicação para a formação, os resultados deste estudo apontam que seja enfatizado o ensino do cuidado espiritual (valores humanísticos, éticos, crenças e sentido da vida) como um elemento tão importante quanto o cuidado físico, psíquico e social para a realização de cuidado integral do ser humano. No âmbito dos serviços de saúde, destaca-se a importância da continuação e manutenção de espaços de educação permanente sobre a espiritualidade no tratamento da adição de drogas, tais como as rodadas de conversas e as capacitações, aprofundando, assim, a continuidade do cuidado espiritual.

A discussão deste tema não se esgota com a finalização desta pesquisa, mas estimula e impulsiona que mais rodadas de conversa e capacitações sejam realizadas com equipes, visando a participação e o envolvimento de mais membros nesta reflexão sobre o cuidado espiritual.

As limitações do estudo foram que grande parte dos entrevistados eram da enfermagem, pois seria enriquecedor poder escutar como as demais categorias profissionais entendem o cuidado espiritual. As sugestões são de que novos estudos sobre a espiritualidade possam ser realizados em outros serviços de tratamento ao usuário de drogas e que também os incluam como participantes dessas pesquisas.

Por fim, percebo que a minha participação como pesquisadora e enfermeira assistencial durante todo o processo de pesquisa contribuiu para meu crescimento e amadurecimento pessoal, profissional e acadêmico. Isso reforçou a importância da espiritualidade como mais um elemento para a realização de um cuidado em saúde integral e humanizado para os usuários de drogas.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 790-797, 2005.
- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Os doze passos**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/index.php/sobre-a-a>>. Acesso em: 24 dez. 2017.
- AQUINO, T. A. A. **Sentido da vida e valores no contexto da educação**: uma proposta de intervenção à luz do pensamento de Viktor Frankl. São Paulo: Paulinas, 2015.
- APA, A.P.A. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, p.992
- BACKES, D. S. *et al.* Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1254-1259, 2012.
- BALBONI, T. A. *et al.* Religiosity and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 25, no. 5, p. 555-560, 2007.
- BARD, N. D. *et al.* Stigma and prejudice: the experience of crack users. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2680, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100309>. Acesso em: 01 fev. 2018.
- BATISTA, P. S. S. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 49-55, set. 2010. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/667/1315>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- BOFF, L. **O cuidado necessário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- BRAGA, *et al.* Jogos cooperativos e relaxamento respiratório: efeito sobre craving e ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 403-407, set./out. 2016.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 9610, de 20 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre a alteração, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais. Brasília, DF, 1998.
- _____. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2004.

_____. Conselho Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional Sobre Drogas**. Brasília, DF, 2005.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária**. Brasília: SENAD; 2006 (a).

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **Lei nº11.343, de 23 de agosto de 2016**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; Brasília, DF; 2006 (b).

_____. Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009 – 2010)**. Brasília, DF, 2009.

_____. Congresso Nacional. **Lei 9610, de 20 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre a alteração, atualização e consolidação da legislação sobre direitos autorais. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins**. Brasília, DF, 2014.

BRASILEIRO, T. O. Z. *et al.* Efeitos da prece nos parâmetros vitais de pacientes com insuficiência renal crônica: ensaio clínico randomizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, e03236, 2017.

CALDEIRA, S. Cuidado espiritual: rezar como intervenção de enfermagem. **CuidArte Enfermagem**, Bucaramanga, v. 3, n. 2, p. 157-164, 2009.

CALDEIRA, S.; BRANCO, C. Z.; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 5, p. 145-152, dez. 2011.

CALDEIRA, S.; TIMMINS, F. Implementing spiritual care interventions. **Nursing Standard**, v. 31, no. 34, p. 54-60, 2017.

CARVALHO, C. C. *et al.* A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 683-689, 2014.

CHAN, M. F. Factors affecting nursing staff in practicing spiritual care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 19, no. 15/16, p. 2128-2136, 2009.

CHUNG, L. Y. *et al.* Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, no. 2, p. 158-170, 2007.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

UNIVERSITY OF KANSAS. Center for Community Health and Development. **Community Tool Box**. Lawrence, 2017. Available from: <<http://ctb.ku.edu/en/using-tool-box>>. Access at: 06 Jan. 2018.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-33, 2007.

DEZORZI, L. W.; CROSSETTI, M. G. O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 212-217, 2008.

DEZORZI, L. W. **Espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde**. 2016. 142 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011a.

_____. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2011b.

ESPERANDIO, M. R. *et al.* A religiosidade/espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde. **Interações – Cultura e Comunidade**, Belo Horizonte, v. 10, n. 18, p. 195-209, jul./dez. 2015.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-489, 2014.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 487-504, 2016.

FLORES, G.E. **Educação permanente e aprendizagem significativa no contexto hospitalar: a perspectiva de enfermeiras educadoras**. 2011, 115 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, faculdade Universidade Federal do rio Grande do Sul(UFRGS), 2011.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Porto Alegre: Sinodal, 1987.

_____. **A presença ignorada de Deus**. São Leopoldo: Sinodal: Vozes, 2007.

GÓES, M. G. O. *et al.* Diagnóstico de enfermagem relacionados às necessidades psicoespirituais. In: SILVA, E. R. R.; LUCENA, A. F. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem com base em sinais e sintomas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 321-330.

GÓES, M. G. O. **Ressignificando o adoecimento: modelo de cuidado espiritual**. 2016. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

GOLDIM, J. R. *et al.* **Bioética e espiritualidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

HEINZ, A. J. *et al.* Focus-group study on spirituality and substance-abuse treatment. **Substance Use & Misuse**, Monticello, v. 45, no. 1/2, p. 134-153, 2010.

HUF, D. D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Título. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/6941/2020/>>. Acesso em: 30 out. 2016.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Joint Commission International's accreditation standards for hospitals**. Oakbrook Terrace, 2014. Available from: <<http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>>. Access at: 22 Jan. 2017.

KABAT-ZINN, J. **Where you go, there you are**. New York: Hyperion, 2015.

KLINGEMANN, H.; SCHLAFLI, K.; STEINER, M. What do you mean by spirituality? Please draw me a Picture! Complementary Faith-based addiction treatment in Switzerland from the client's perspective. **Substance Use & Misuse**, Monticello, v. 48, p. 1187-1202, 2013.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2015.

_____. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê**. 2. ed. São Paulo: FE, 2012.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, S. G. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

LAVORATO-NETO, G. *et al.* O espírito solto: significados de espiritualidade por equipe de enfermagem em psiquiatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 301-309, 2018.

LUDWIG, D. S.; KABAT-ZINN, J. Mindfulness in medicine. **JAMA**, Chicago, v. 300, no. 11, p. 1350-1352, 2008.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003.

MAGALHÃES, R. B.; SAIDE, O. L. Alcoólicos anônimos: potencialidades terapêuticas de um grupo de mútua ajuda. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 11-20, nov./dez. 2015.

MARLATT, A. G.; DONOVAN, D. M. **Prevenção da recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MCCORMICK, T. R. **Spirituality and medicine**. Washington, DC: School of Medicine, University of Washington, 2014. Available from: <<https://depts.washington.edu/bioethx/topics/spirit.html>>. Access at: 10 Nov. 2016.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2018. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/encontro/>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MONOD, S. *et al.* Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 26, no. 11, p. 1345-1357, 2011.

PSYCHE AND SPIRIT: connecting psychiatry and spirituality. Geneva: World Psychiatric Association, v. 1, no. 2, Aug. 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of drug addiction treatment for criminal justice populations**: a research based guide. Bethesda, 2014. Available from: <<http://www.drugabuse.gov/PODATIndex.html>>. Access at: 23 dez. 2017.

NIXON, A. V.; NARAYANASAMY, A.; PENNY, V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. **BMC Nursing**, London, v. 12, p. 2, Feb. 2013.

NUNES, S. M. N. C. O conceito de enfrentamento e sua relevância na prática da psiconcologia. **Encontro: Revista de Psicologia**, Londrina, v. 13, n. 19, p. 91-102, 2010.

O'CONNELL, D. F. The use of transcendental meditation in relapse prevention counseling. **Alcoholism Treatment Quarterly**, New York, v. 8, n. 1, p. 53-68, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas**. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-involuntaria-compulsoria-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias&Itemid=875>. Acesso em: 10 dez. 2017.

PANZINI, R. G. *et al.* Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005.

_____. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007.

PAPADOPOULOS, I.; ALI, S. Measuring compassion in nurses and other healthcare professionals: an integrative review. **Nurse Education in Practice**, Edinburgh, v. 16, no. 1, p. 133-139, 2016.

PAYÁ, R. *et al.* **Intervenções familiares para o abuso e dependência de álcool e outras drogas**. Rio de Janeiro: Roca, 2017.

PUCHALSKI, C. *et al.* La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la conferencia de consenso. **Medicina Paliativa**, Madrid, v 18, n. 1, p. 20-40, 2011.

PUCHALSKI, C. M; FERREL, B. **Making health care hole: integrating spirituality into patient care**. Pennsylvania: Templeton, 2010.

RAMEZANI, M. *et al.* Spiritual care in nursing: a concept analysis. **International Nursing Review**, Geneva, v. 61, no. 2, p. 211-219, 2014.

RAYMUNDO, M. M.; MARTINEZ, G. D. Compreendendo a laicidade e sua aplicação em saúde pública. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 180-184, 2010.

RONZANI, T. M. *et al.* **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2014.

SEIDL, E. M. F.; FARIA, J. B. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005.

SHAMSALINIA, A. *et al.* Recovery based on spirituality in substance abusers in Iran. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v. 6, no. 6, p. 154-162, 2014.

SOBELL, L. C.; SOBELL, M. B. **Terapia de grupo para transtornos por abuso de substâncias**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. T. (Org.). **Saúde e espiritualidade**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

TANG, Y. Y.; TANG, R.; POSNER, I. M. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne ,v. 163, suppl. 1, p. S13-S18, 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VANDENBERGHE, LS; SOUZA, ACA. **Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais**. Rev. bras.ter. cogn., v.2, no.1, pp. 35-44, 2006.

VELOZA-GÓMEZ, M. *et al.* The importance of spiritual care in nursing practice. **Journal of Holistic Nursing**, Telluride, v. 35, no. 2, p. 118-131, 2017.

VORKAPIC, C. F.; RANGÉ, B. **Mindfulness, meditação, yoga e técnicas contemplativas: um guia de aplicações e de prática pessoal para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Cognitiva, 2013.

ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivas comportamentais**. Porto Alegre: Grupo A, 2013.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, F. S. V. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 433-439, 2013.

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. O relaxamento respiratório no manejo do craving dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 116-119, 2009.

YALOM, I.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa

Número da entrevista:

Data:

Tempo de duração:

1. Identificação

Nome : _____ Sexo: () M () F

Formação profissional: _____

Área de atuação: _____

Tempo de experiência na área da saúde mental: _____ e na área da adição: _____

Idade: _____ anos completos

Religião ou crença espiritual: _____

2. Roteiro de entrevista:

1. O que você entende por cuidado espiritual no tratamento em adição?
2. No seu entendimento, em que consistem as ações/intervenções de cuidado espiritual no tratamento da adição?
3. Como você desenvolve o cuidado espiritual no seu dia-a-dia na Unidade Internação da Adição?
4. O que você pensa sobre essas ações realizadas? Como você se sente realizando-as? Qual tua expectativa em realizá-las? (dificuldades).
5. Você identifica resultados na realização dessas ações e intervenções? De que forma? (potencialidade).
6. Tem alguma sugestão ou ideia para a realização do cuidado espiritual na adição? Em caso afirmativo, descreva.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “O cuidado espiritual realizado por uma equipe de uma unidade de internação em adição” que tem como objetivo conhecer as concepções e ações dos trabalhadores sobre o cuidado espiritual realizado em uma unidade de adição. Tendo como pesquisador responsável o Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta.

Para a coleta de informações será realizada uma entrevista com os participantes no consultório da Unidade de Internação em Adição Álvaro Alvim com duração aproximada de 30 a 60 minutos e sendo utilizado um gravador de voz. As entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas pelo pesquisador, ficando o material sob a responsabilidade dele.

Esta pesquisa não trará benefício direto ao participante, porém o participante poderá contribuir para uma maior compreensão e reflexão sobre a realização do cuidado espiritual ao usuário de droga numa unidade de internação em adição. O participante poderá decidir participar ou não do estudo, sem que haja prejuízo ao vínculo institucional, sendo assim poderá se retirar da pesquisa em qualquer etapa de realização da mesma. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem identificação dos indivíduos que participaram do estudo. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revista científica ou discutidos com profissionais da saúde de maneira coletiva, sem citar seu nome, ou qualquer outra forma que possibilite a sua identificação.

Você poderá sentir algum desconforto em discutir estes aspectos durante a entrevista. A qualquer momento você pode solicitar a interrupção da entrevista, sem necessidade de fornecer explicações e sem qualquer prejuízo ao seu trabalho.

A qualquer momento durante a participação da pesquisa, assim como em momento posterior à participação, o participante poderá entrar em contato com qualquer um dos pesquisadores Marcio Wagner Camatta (Pesquisador responsável) e Charlise Pasuch de Oliveira (Pesquisadora) para quaisquer esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, ambos pesquisadores poderão ser contatados através dos telefones (51) 3359-6475 e (51)3359-6476 ou presencialmente na Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada na rua Álvaro Alvim, nº 400, CEP 90420-020, Sala dos Professores – 3º Andar. Também há a possibilidade de entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 3359-7640, das

8h às 17h, de segunda à sexta, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas acerca das implicações éticas em pesquisa com seres humanos.

Ao assinar o termo de consentimento livre esclarecido que é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pelos pesquisadores o participante declara que autoriza a sua participação no projeto de pesquisa e que seus dados coletados serão utilizados como parte de um relatório de pesquisa científica. O participante também declara de que foi informado de forma clara e detalhada dos objetivos e dos procedimentos a serem utilizados para a coleta de dados, assim como esclarecido o fato de que sua participação será sigilosa não acarretará em nenhum prejuízo para a sua situação profissional e pessoal.

Declaro que fui informado dos objetivos e de como vou participar deste estudo de forma clara, e que as minhas dúvidas foram respondidas.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2017.

Nome do participante

Assinatura do participante

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado espiritual realizado por uma equipe de saúde em uma unidade de internação em adição

Pesquisador: MARCIO WAGNER CAMATTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68446517.0.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Póprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.162.454

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto vinculado ao PPG Enfermagem da UFRGS. A espiritualidade faz parte da natureza humana e tem sido reconhecida como um aspecto importante do cuidado nos tratamentos de saúde, em especial na área de adição. A realização do cuidado espiritual ainda é um desafio para os trabalhadores de saúde no tratamento de estários de drogas. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as concepções e ações dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado espiritual em uma unidade de internação em adição. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizará como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Inter-Assistencial (P.C.A.). O campo de estudo será a unidade de internação em adição (UIA) do HCPA. Os participantes do estudo serão os trabalhadores e residentes da UIA. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais e residentes da UIA. Os dados serão avaliados à luz da literatura científica sobre cuidado espiritual, espiritualidade e adição. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a reflexão e aprimoramento do cuidado espiritual realizado por uma equipe de saúde aos estários de drogas atendidos em unidades de internação em adição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como os trabalhadores da saúde percebem e promovem o cuidado espiritual numa

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.162.454

unidade de internação em adição.

Objetivo Secundário:

Conhecer as concepções dos trabalhadores de saúde sobre o cuidado espiritual.

Identificar as ações relacionadas ao cuidado espiritual na unidade de internação em adição.

Conhecer as potencialidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para realizar o cuidado espiritual em uma unidade de internação em adição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos mínimos, podendo causar algum desconforto emocional ou sentimental para os entrevistados.

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.162.454

Considerações finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (deste projeto e TCLE de 19/05/2017 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Clínica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deve ser comunicada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder à íntegra da versão originalmente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes envolvidos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando houver dano à saúde e estes eventos, deverá ser realizada através do Sistema GED (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Está anexado o elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_912893.pdf	19/05/2017 23:34:49		Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	19/05/2017 17:17:38	Clarisse Parreira de Oliveira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_Atualizado.pdf	19/05/2017 17:14:16	Clarisse Parreira de Oliveira	Aceito

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.162.454

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22:30:09	Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	19/05/2017 22:29:23	Clarisse Parreira de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Julho de 2017

Assinado por:
Marcela Mocellin Rasmundo
(Coordenador)