



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Andréia Lucas Ferrari

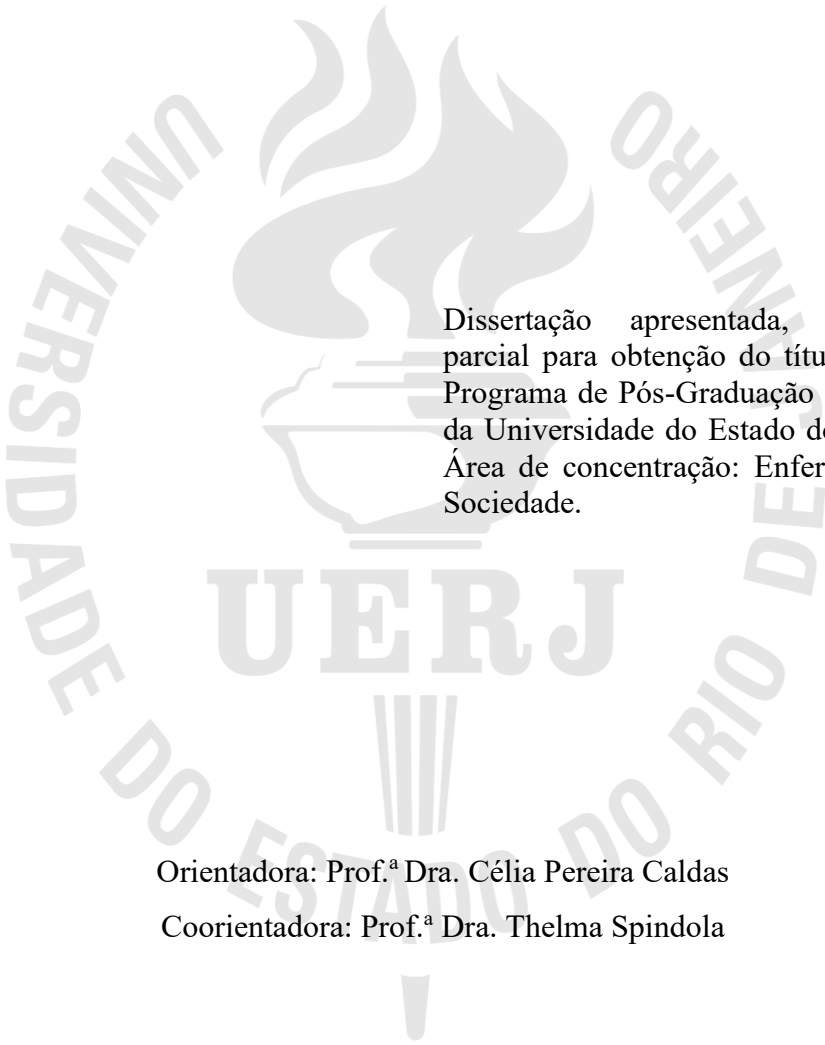
**Narrativas de vida de militares em tratamento para transtorno relacionado
ao uso de substâncias psicoativas**

Rio de Janeiro

2021

Andréia Lucas Ferrari

Narrativas de vida de militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas
Coorientadora: Prof.^a Dra. Thelma Spindola

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

F375

Ferrari, A. L.

Narrativas de vida de militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas / Andréia Lucas Ferrari. – 2021.

118 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas

Coorientadora: Thelma Spindola

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Militares. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias - Enfermagem. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Epidemiologia descritiva. I. Caldas, Célia Pereira. II. Spindola, Thelma III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Andréia Lucas Ferrari

Narrativas de vida de militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 31 de maio de 2021.

Coorientadora:

Prof.^a Dra. Thelma Spindola
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Angélica de Almeida Peres
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus amores, meus pais, Sérgio Gomes Ferrari e Marilú Margarida Lucas Ferrari, e meu irmão, Marcelo Lucas Ferrari, pela compreensão nos momentos de minha ausência. Sem o apoio de vocês, eu não teria concluído mais essa etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sua presença na minha vida e de minha família e por ter me capacitado para vencer esse grande desafio.

Aos meus pais, Sérgio e Marilú, por terem me concedido a vida e me ensinado a viver com amor, dedicação e sabedoria. Obrigada pela paciência e por me amarem mesmo nas ausências.

Ao meu irmão Marcelo, pelo apoio e incentivo para continuar caminhando rumo ao fim desse sonho.

À minha grande amiga Izabella Tavares por ter me incentivado a iniciar o mestrado e, principalmente, pelo apoio nas horas difíceis durante minha dissertação.

A minha coorientadora, Prof^a. Dra. Thelma Spindola, pela paciência e dedicação em me ajudar por diversos momentos em minha dissertação.

A minha orientadora, Prof^a. Dra. Célia Pereira Caldas, por me aceitar como sua orientanda e por ter acreditado em mim. Muito obrigada por ter sabido me ouvir e por ter me orientado com maestria e sabedoria para o curso do sucesso do nosso trabalho.

A todos os professores, Mestres e Doutores, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que ministraram suas aulas e seus conhecimentos e que me transformaram como ser humano.

Ao Capitão de Mar e Guerra, Médico, Almir Marcelo Camelo Figueira dos Santos, ex-diretor da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil. Muito obrigada por sempre confiar e acreditar no meu potencial e por autorizar a realização da minha pesquisa na Marinha do Brasil.

Aos militares que aceitaram participar deste estudo, contribuindo com suas narrativas de vida, que, muitas vezes, foram cobertas com muita emoção e sentimento.

A todos que, de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui.... OBRIGADA!!!

RESUMO

FERRARI, A. L. **Narrativas de vida de militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas**. 2021. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introdução: O transtorno por uso de substância é a alteração de comportamento e a perda de discernimento que ocorrem em razão do uso de determinadas substâncias. Múltiplos fatores influenciam este transtorno. O objeto deste estudo é a vivência de militares em situação de tratamento para o transtorno. **Objetivos:** Descrever a vivência de militares internados em unidade psiquiátrica em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas; analisar o impacto do tratamento e da internação na narrativa de vida dos militares, e discutir estratégias de cuidado de enfermagem aos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas à luz da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, que utilizou a análise de conteúdo. Os dados foram coletados na Unidade Integrada de Saúde Mental, unidade de internação psiquiátrica militar da Marinha do Brasil. Utilizou-se entrevista aberta cuja questão norteadora para os militares foi: “Fale-me sobre sua vida antes e depois do primeiro contato com as drogas”. As entrevistas foram realizadas entre setembro e novembro de 2019, mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer nº 3.573.931 e do Instituto de Pesquisas Biomédicas do Hospital Naval Marcílio Dias, sob o parecer nº 3.647.632. Após seguir as etapas da análise de conteúdo das narrativas, emergiu uma categoria central e três subcategorias. A categoria central foi “Vivência de militares em uso de substâncias psicoativas” e as três subcategorias: A vida dos militares antes do uso de substâncias psicoativas; O uso de substâncias psicoativas e as consequências na vida pessoal, familiar e profissional dos militares e Estratégias adotadas pelos militares para o enfrentamento do transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas. O estudo evidenciou que antes do uso problemático das substâncias psicoativas, os militares possuíam hábitos saudáveis e uma condição financeira estável, além da satisfação pelo reconhecimento dos superiores no trabalho. Após o uso problemático, os militares sofreram consequências na vida pessoal, familiar e profissional com perdas financeiras, instabilidade nos relacionamentos e déficit na realização das atividades do trabalho, dentre outras. Destaca-se a importância da enfermeira durante e após a internação desses militares no que tange às orientações quanto ao significado da doença e suas causas, atuando como facilitadora do processo transicional. **Conclusão:** A enfermeira deve realizar ações estratégicas voltadas para práticas educacionais, possibilitando o processo de mudança e engajamento com o processo transicional para que, assim, militares internados em tratamento para transtornos relacionados às substâncias psicoativas avancem para uma transição saudável.

Palavras-chave: Militares. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas.

Família. Enfermagem.

ABSTRACT

FERRARI, A. L. **Life narratives of soldiers in treatment for a disorder related to the use of psychoactive substances.** 2021. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Introduction: Substance use disorder is the change in behavior and loss of judgment that occurs due to the use of certain substances. Multiple factors influence this disorder. The object of this study is the experience of military personnel in a situation of treatment for the disorder. Objectives To describe the experience of military personnel hospitalized in a psychiatric unit undergoing treatment for disorders related to the use of psychoactive substances; to analyze the impact of treatment and hospitalization on the military's life narrative, and to discuss nursing care strategies for military personnel undergoing treatment for disorders related to the use of psychoactive substances in the light of Afaf Ibrahim Meleis's Transition Theory. Methodology: This is a descriptive, qualitative study that used content analysis. Data were collected at the Integrated Mental Health Unit, a military psychiatric inpatient unit of the Brazilian Navy. An open interview was used whose guiding question for the military was: "Tell me about your life before and after the first contact with drugs". The interviews were conducted between September and November 2019, upon acceptance and signature of the Informed Consent Form. All interviews were transcribed in full. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Rio de Janeiro under opinion nº 3.573.931 and by the Institute of Biomedical Research at Hospital Naval Marcílio Dias, under opinion nº 3.647.632. After following the steps of content analysis of the narratives, a central category and three subcategories emerged. The central category was "Experience of military personnel in use of psychoactive substances" and the three subcategories: The life of military personnel before the use of psychoactive substances; The use of psychoactive substances and the consequences on the personal, family and professional lives of the military and Strategies adopted by the military to cope with the disorder related to the use of psychoactive substances. The study showed that before the problematic use of psychoactive substances, the military had healthy habits and a stable financial condition, in addition to satisfaction with the recognition of superiors at work. After problematic use, the military suffered consequences in personal, family and professional life with financial losses, instability in relationships and deficits in carrying out work activities, among others. The importance of the nurse during and after hospitalization of these soldiers is highlighted with regard to the guidelines regarding the meaning of the disease and its causes, acting as a facilitator of the transitional process. Conclusion: The nurse must carry out strategic actions aimed at educational practices, enabling the process of change and engagement with the transitional process so that, thus, military personnel hospitalized in treatment for disorders related to psychoactive substances advance towards a healthy transition.

Keywords: Military. Disorders Related to Psychoactive Substance Use. Family. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estratégia de busca na literatura e resultados.....	24
Quadro 2 – Categorias resultantes da busca na literatura.....	24
Figura 1 – Transições: a teoria de médio alcance	38
Quadro 3 – Caracterização sociodemográfica dos militares entrevistados. Rio de Janeiro, 2020.....	49
Quadro 4 – Historiograma dos participantes do estudo.....	50
Figura 2 – Processo analítico das narrativas	52
Quadro 5 – Categorização e síntese das unidades de significação.....	52
Quadro 6 – Análise transicional dos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas de acordo com a Teoria das Transições.....	88
Quadro 7 – Terapêutica de enfermagem aos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas de acordo com a Teoria das Transições.....	92
Quadro 8 – Recorrência das narrativas conforme as unidades de significação.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAD	Centro de Atenção Diária
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEDEQ	Centro de Dependência Química
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
PPGENF/UERJ	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UISM	Unidade Integrada de Saúde Mental
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	26
1.1	A trajetória da saúde mental no Brasil.....	26
1.2	Políticas públicas sobre drogas: paradigmas e tensões.....	29
1.3	A trajetória conceitual da dependência de substâncias psicoativas.....	33
2	REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS	37
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	Caracterização do estudo.....	41
3.2	Cenário.....	43
3.3	Participantes do estudo.....	44
3.4	Realização das entrevistas	45
3.5	Análise dos dados.....	47
3.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	48
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
4.1	Perfil sociodemográfico dos participantes.....	49
4.2	Historiograma.....	50
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS.....	52
5.1	A vida dos militares antes do uso de substâncias psicoativas.....	53
5.2	O uso de substâncias psicoativas e as consequências na vida pessoal, familiar e profissional dos militares.....	56
5.3	A saída e um novo recomeço.....	74
6	A TEORIA DAS TRANSIÇÕES: APLICAÇÃO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS MILITARES EM TRATAMENTO PARA TRANSTORNO RELACIONADO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	79
6.1	Natureza das transições.....	79
6.2	Condições facilitadoras e inibidoras do processo transicional.....	83
6.3	Padrões de resposta: indicadores de processo e indicadores de resultado ...	85
6.4	Indicadores de resultado	86

7	TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM.....	89
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	106
	APÊNDICE B - Recorrência das narrativas conforme as unidades de significação.....	108
	APÊNDICE C - Carta de Anuência.....	110
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	111
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética da UERJ.....	112
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética do Hospital Naval Marcílio Dias..	118

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem por objeto a vivência de militares em situação de tratamento para o transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas em uma unidade psiquiátrica. Esse objeto emergiu de uma inquietação nascida na minha experiência como enfermeira assistencial de uma unidade de saúde mental militar ao conviver com o sofrimento psíquico vivenciado por esse público.

O fenômeno das drogas é complexo e multicausal e não apresenta limites territoriais, sociais ou etários, afetando, significativamente, toda a população, conforme apontou o Institute for Health Metrics and Evaluation, sobre o uso de álcool ou outras substâncias como os principais fatores de risco para morte e incapacidade no Brasil (BASTOS et al., 2017).

De acordo com o III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira, estima-se que, aproximadamente, 11,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos (17,8 milhões de indivíduos) consumiram álcool e tabaco nos últimos 12 meses. Cerca de 2,6% fizeram uso de álcool e pelo menos uma substância ilícita (aproximadamente 4 milhões de indivíduos) e 1,5% (ou 2,3 milhões de pessoas) ingeriram álcool e algum medicamento não prescrito nos últimos 12 meses (BASTOS et al., 2017).

Os achados do estudo de Teixeira et al. (2017) revelaram a existência de associações entre o estresse no início da vida adulta e comportamentos aditivos. No referido estudo, os participantes voltaram-se para substâncias aditivas como uma maneira de enfrentar as experiências estressantes, independente dos seus efeitos prejudiciais corroborando com Silva, Jayasekera e Hanwella (2016) no que tange à associação entre o transtorno de estresse pós-traumático e um risco aumentado de uso de *cannabis* por militares.

Estudos recentes têm identificado causas associadas ao uso indevido de substâncias ilícitas por militares, assim como a prevalência e a recorrência do uso. Comprometimento, dedicação e disciplina são exigidos aos militares, fazendo com que ocorra uma necessidade de adaptação à nova realidade apresentada, o que, somada à predisposição a determinadas doenças, pode gerar um sofrimento psíquico (ADAMS et al., 2016; PECINO; CASTELLANO; TRUJILLO, 2017; SILVA; JAYASEKERA; HANWELLA, 2016).

Além disso, para a execução do exercício profissional, outras habilidades são cobradas, como: preparo físico, habilidade de manuseio instrumental e saúde psíquica, não só em conflitos, como também no cotidiano da organização. Nesse contexto, Dorneles, Dalmolin

e Moreira (2017) destacaram que os militares podem ser vulneráveis a doenças ocupacionais, identificando o estresse como o principal problema de saúde.

Foi observado empiricamente, na minha prática profissional, que, nos últimos anos, houve um aumento significativo de internações psiquiátricas de militares em serviço ativo, para tratamento de transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas, assim como expressiva quantidade de reinternações pelo mesmo motivo.

Na qualidade de encarregada da unidade de internação masculina, realizava visitas diárias aos militares internados e pude observar que estes exteriorizavam, com palavras e gestos, importantes momentos de angústia, vazio, aflição, desespero e ansiedade quanto às repercussões sociais da sua patologia psiquiátrica e consequente internação hospitalar, pautadas pelo estigma e preconceito por parte da família, amigos e pares do trabalho.

Essas repercussões podem acarretar prejuízos na continuidade do tratamento, uma vez que esses militares, no intuito de não demonstrarem sua necessidade de cuidados profissionais de saúde para sua rede de apoio social, podem não aderir ao tratamento. Uma das consequências é o não comparecimento às consultas ambulatoriais ou, ainda, não fazer uso das medicações, acarretando recaídas no uso de substâncias psicoativas e reinternações.

A reflexão sobre o comportamento dos militares em uso indevido de substâncias psicoativas é oportuna, considerando as situações de estresse e ansiedade presentes no cotidiano da vida militar. Neste sentido, o estudo abordou as transições vividas por estes militares ao longo de sua vida, incluindo suas vivências antes e depois do primeiro contato com as drogas. Portanto, a partir de suas narrativas de vida em uma perspectiva etnossociológica, foi realizada uma análise das transições à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O consumo de substâncias psicoativas

O consumo de substâncias psicoativas caracteriza-se como um fenômeno complexo, presente em toda a história da humanidade, com inúmeras dimensões de ordem biológica, farmacológica, psicológica, sociocultural, política, economia e antropológica (OLIVEIRA, 2017), constituindo um problema de grande transcendência social e de saúde pública encontrada em nossa realidade. Nesse sentido, cerca de 10% da população dos centros

urbanos de todo o mundo consome abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e condição financeira (BRASIL, 2004b).

O III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira apurou, em 2015, que, entre 16.273 entrevistados com idades entre 12 e 65 anos de idade, a maconha (7,7%), a cocaína (3,1%) e os solventes (2,8%) foram as substâncias de maior prevalência de uso uma vez na vida. Já as cocaínas fumáveis contemplaram uma utilização marcadamente extradomiciliar, seja por parte de populações vivendo em situação de rua, seja por parte de entrevistados que declararam passar parte substancial das suas vidas cotidianas longe dos seus domicílios e família (BASTOS et al., 2017).

Tais discrepâncias são justificadas pela diversidade nos padrões de uso em diferentes momentos do ciclo de vida de cada indivíduo, assim como, dentre outros fatores, a disponibilidade de maior ou menor quantidade de determinadas substâncias em diferentes contextos e períodos do tempo (BASTOS et al., 2017).

Diante das dificuldades quanto à definição do que é uma droga, cabe delimitar alguns conceitos importantes que norteiam o campo teórico, ainda que saibamos que abordar o fenômeno “drogas” deflagra variações de acordo com a cultura e a época a que estão relacionados.

Faz-se necessário refletir cuidadosamente sobre a relação que o indivíduo estabelece com estas substâncias, assim como os aspectos históricos, políticos, legais, socioeconômicos, sanitários, biológicos e culturais que permeiam o assunto, a fim de evitar a manutenção de uma visão estigmatizada. Além disso, cabe ressaltar a importância sobre o entendimento acerca da abordagem para o transtorno por uso de substâncias, a fim de inviabilizar as tentativas de explicações reducionistas.

Entende-se por substâncias psicoativas compostos que podem modificar o estado mental de um indivíduo (ANDREASEN; BLACK, 2009). A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) define as Novas¹ Substâncias Psicoativas (NSP) como substâncias de abuso, seja na forma pura seja como parte de uma mistura, que não são controladas internacionalmente, mas que têm o potencial de ameaçar a saúde pública (UNODC, 2018).

As drogas podem ser entendidas de maneira antagônica, dependendo do contexto no qual se inserem. Sob um determinado ponto de vista, a droga pode ter efeitos positivos, quando usada para fins terapêuticos, auxiliando no tratamento de enfermidades. O efeito negativo envolve o comprometimento das funções orgânicas, a capacidade de causar

¹ A palavra “novas” evidencia a disponibilidade recente da substância no mercado.

dependência e de se constituir um objeto de abuso, expondo o indivíduo a riscos, como acidentes, violência, entre outros. A dependência das drogas afeta as pessoas de diversas formas, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias (BRASIL, 2003).

A complexidade da natureza da dependência química é explicada por Laranjeira et al. (2010) a partir de cinco modelos básicos: modelo de doença, de comportamento aprendido, psicanalítico, familiar e biopsicossocial.

O modelo de doença é entendido apenas como um transtorno primário, em que as principais características da dependência são: a perda de controle sobre o consumo da substância, a negação e o uso intermitente, apesar de prejuízos com o uso e um padrão de recaída. Já o modelo de comportamento aprendido pressupõe que os comportamentos são aprendidos e condicionados pelos processos de aprendizagem que os construíram.

O modelo psicanalítico mais antigo atribui o comportamento de uso de álcool e outras drogas a uma tentativa de vivenciar estados prazerosos da infância, enquanto os mais contemporâneos veem como uma forma adaptativa do indivíduo para suprir as dificuldades de gerenciamento de sentimentos gerados por privação ou interações disfuncionais na primeira infância.

O modelo familiar é formado por três teorias: o modelo de doença familiar, o modelo familiar sistêmico e o modelo comportamental. Essas teorias contribuem para o entendimento da dependência acerca do conceito de equilíbrio, em que a família é entendida como um cenário de risco ou de proteção frente à complexidade da dependência química.

O quinto modelo atribui à dependência química um fenômeno biopsicossocial, em que o componente biológico dos transtornos de abuso de substâncias não pode ser tratado isoladamente, sendo necessário atribuir fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais na causa, no curso e no desfecho do transtorno.

Segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017, p. 618), “os transtornos por uso de substâncias é o resultado de um processo no qual múltiplos fatores interagem e influenciam o comportamento do uso de drogas e a perda de discernimento com relação a decisões sobre a utilização de uma determinada substância”.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, organizado pela American Psychiatric Association (APA), aponta como característica essencial de um transtorno por uso de substâncias a existência de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos marcados por um uso contínuo pelo indivíduo, apesar dos prejuízos significativos relacionados à substância (APA, 2014).

Nesse sentido, Beck e David (2007) apontam que o uso constante e abusivo de droga provoca alterações psicoativas e desloca as relações do indivíduo, desabonando e debilitando sua qualidade de vida nas dimensões orgânica, familiar e social.

Diante disso, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários e na necessidade de estratégias específicas para o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, por meio da Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002b).

Apesar das iniciativas governamentais acerca do assunto, o aumento do uso de drogas está associado à cultura do consumo e do prazer imediato, além da situação de vulnerabilidade social, observada, sobretudo, nas classes socialmente desfavorecidas. Soma-se ao exposto que ampla parcela da sociedade vive permanentemente ameaçada pela instabilidade de suas condições de vida e pela exclusão social (ALMEIDA et al., 2018).

Dessa forma, alguns fatores provocam o aumento da exclusão social do usuário de drogas, como

1. a associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência;
2. os estigmas atribuídos aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada, assim como o tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da 'cadeia organizacional do mundo das drogas' (BRASIL, 2004a).

Entretanto, não existe um único fator determinante para a dependência química, e sim a convergência de fatores e condições, internas e externas, que tornam o usuário de drogas um dependente químico (BECK; DAVID, 2007).

Do ponto de vista jurídico-penal, há uma clara diferença entre o usuário de drogas e o dependente de drogas. Dessa forma, entende-se que àquele indivíduo cuja relação com a droga não ofereça risco a si ou a outrem, não é cabível o cerceamento de autonomia e liberdade (COELHO; SOUZA, 2016).

O estudo de Coelho e Souza (2016), pautado em referenciais do direito penal e da bioética, buscou apresentar a complexidade da relação entre o uso de drogas e o usuário a partir da análise da sua autonomia e eventuais limites bioéticos e jurídico-penais. Como resultado, mostrou que o usuário, com discernimento e autodeterminação preservados, mantém seu direito de escolha acerca do seu plano de vida e desejos.

Dessa forma, não cabe ao Estado uma medida de intervenção, mesmo que, ao usar a droga, a pessoa ofereça riscos a si e não a outrem. Já o dependente de drogas precisa de apoio médico, familiar, dos amigos e, também, do Estado, devido à diminuta capacidade de discernimento e autodeterminação (COELHO; SOUZA, 2016).

O exposto revela que o usuário de droga que tem uma relação de dependência com a substância é uma pessoa em sofrimento psíquico e goza de todos os direitos em relação ao seu tratamento, subsidiados pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas.

Torna-se relevante esclarecer que a dependência química resulta do encontro entre uma droga, uma personalidade e um meio sociocultural (BECK; DAVID, 2007) e que se faz necessário, no que tange ao tratamento do usuário, centrar o olhar para o indivíduo, trazendo-o para o centro das discussões e valorizando a necessidade de ressignificações sociais/culturais a partir do enfoque do novo objeto: a pessoa e não mais a doença.

Com isso, o profissional de saúde, ao aproximar-se do usuário e de seu familiar, por meio do reconhecimento de suas características, necessidades e formas de uso da droga, estabelece vínculos a fim de promover a prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades.

“Ser militar da Marinha do Brasil”

Os militares são membros das Forças Armadas que formam uma categoria especial de servidores da Pátria. As Forças Armadas, compostas pela Marinha, Exército e Aeronáutica, são instituições nacionais, permanentes e regulares, essenciais ao cumprimento da política de segurança nacional. São organizadas com base na hierarquia e na disciplina e o Presidente da República corresponde à autoridade suprema (BRASIL, 1980).

O ingresso nas Forças Armadas ocorre mediante incorporação, matrícula ou nomeação, a partir dos requisitos estabelecidos por lei e pelos regulamentos da Marinha, do Exército e da Aeronáutica a todo e qualquer cidadão brasileiro. Para que seja admitido nas Forças Armadas, o cidadão precisa preencher requisitos como: competência profissional, aptidão intelectual, higidez física e idoneidade moral. Além disso, os militares adquirem postos dispostos por graus hierárquicos equivalentes a sua idade, ou seja, mesmo que haja dois militares com patentes iguais, eles serão diferentes na antiguidade (BRASIL, 1980).

Os militares podem estar nas seguintes situações:

- a) Na ativa - aqueles de carreira; os incluídos para o serviço militar inicial mediante os prazos estipulados por legislação que trata do serviço militar; e os militares da reserva quando, por necessidade, são reincluídos ou mobilizados.
- b) Na inatividade - aqueles da reserva remunerada, ou seja, militares que já cumpriram o tempo de efetivo serviço e os reformados, que foram dispensados do serviço ativo, mas que recebem remuneração da União.

Aos militares da ativa, é instituído o cargo militar no qual consiste em um conjunto de atribuições, deveres e responsabilidades. O Estatuto dos Militares é a publicação sancionada pelo Presidente da República e decretada pelo Congresso Nacional, regulamentada pela lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, a qual dispõe sobre a situação militar, obrigações, deveres, direitos e prerrogativas dos membros das Forças Armadas (BRASIL, 1980).

Destarte, cabe ressaltar que as instituições militares detêm uma identidade marcante, composta por um binômio originário dos primeiros conflitos armados, o qual é a base institucional de todas as Forças Armadas. Esse binômio é representado pela disciplina e a hierarquia. A hierarquia militar é pautada na ordenação da autoridade, fazendo-se a partir de postos ou graduações e acatando a sequência de autoridade, ou seja, dentro de um mesmo posto ou graduação se faz pela antiguidade (BRASIL, 1980).

A disciplina consiste na rigorosa observância e no cumprimento dos regulamentos, leis, normas e disposições aos quais é pautado o organismo militar, com o intuito de manter o funcionamento regular e harmônico das atividades (BRASIL, 1980). Assim, a disciplina militar é adquirida ao longo da vida militar, pautada na mudança de hábitos, sendo entendida como treino ou educação do militar nas suas funções e cargos em um ambiente de respeito, a partir do acatamento das determinações de seus superiores para a realização das atividades-fim.

Na Marinha do Brasil, percebe-se que os militares detêm uma forma peculiar de se colocarem nas mais diversas situações, a partir de práticas, normas de cortesia, saudações, valores éticos e morais, honras e sinais de respeito, denominados de tradições navais, representadas, por exemplo, por meio do apito do contramestre, do uniforme do marinheiro, das batidas do sino assinalando o passar das horas, das honras de portaló e da terminologia marinheira (BRASIL, 2007).

Faz-se necessário ressaltar a importância acerca do cultivo às tradições navais entre os militares, pois estas representam um considerável patrimônio a ser mantido. Assim, fica atribuída aos centros de formação de oficiais e praças a responsabilidade de ensinar e aplicar

as normas constantes dos regulamentos e das publicações específicas da vida militar-naval, destacando, dentre eles, a Ordenança Geral para o Serviço da Armada e o Cerimonial da Marinha, sustentáculos das tradições navais.

A Ordenança Geral para o Serviço da Armada é regulamentada pelo decreto nº 95.480, de 13 de dezembro de 1987, e constitui um documento normativo para condução das atividades das Organizações Militares, o qual deve ser de conhecimento de todo militar para um desempenho profissional uniforme e eficiente. Seu propósito consiste em alicerçar preceitos relativos à organização das Forças Navais e demais Estabelecimentos da Marinha, assim como os ditames relacionados com pessoal, seus deveres e serviços, a fim de preservar valores baseados nas tradições navais para seguir uma desejável continuidade nos usos, costumes e linguagem naval (BRASIL, 1987).

Assim, o militar deve sempre manter seu comportamento pessoal com base na ética militar, uniformizado ou à paisana, em serviço oficial ou em caráter privado, pois sempre representará a instituição.

Um atributo de todo militar é o uniforme, o qual corresponde a uma das formas de expressão atribuída aos círculos hierárquicos, identificados por distintivos, insígnias e emblemas, simbolizando a autoridade, com as prerrogativas que lhe são inerentes (BRASIL, 1980). Entretanto, quando o militar está à paisana, deverá se vestir com discrição, usando o traje adequado para a ocasião ou recomendado para o evento social.

Outra atribuição pertinente aos deveres da atividade militar é a possibilidade de prestar serviço em qualquer parte do País ou no exterior, sendo ou não por interesse individual. Tal situação é regulamentada pelo decreto nº 2.040, de 21 de outubro de 1996, o qual dispõe sobre a aprovação do Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército (BRASIL, 1996).

O estudo de López-Araujo, Osca-Segovia e Rodríguez (2008), realizado com soldados das Forças Armadas Espanholas, apontou que, durante um ambiente de conflito armado, diversas situações podem potencializar o sofrimento emocional, dentre elas: longos turnos de serviço, falta de sono, aglomeração de pessoas, perda de contato com a família, operações em climas desérticos, entre outras. As atividades as quais lhes são confiadas exigem urgência da decisão do que fazer, podendo torná-los mais vulneráveis ao estado de tensão psíquica, necessitando de respostas corporais de força e desempenho pouco usuais nas situações cotidianas.

Diante disto, percebe-se que a vida do militar é permeada por inúmeros obstáculos e dificuldades que exigem higidez física e idoneidade moral e, ainda, frequentemente o coloca

em situações estressantes e/ou perigosas, como transferências para localidades distantes de familiares e amigos e vivências de combate.

Uso de substâncias psicoativas por militares

A literatura evidencia o uso e abuso de álcool e outras drogas por militares. Em 1986, as Instruções Preliminares para a Detecção e Prevenção do Uso Indevido de Drogas já alertava sobre a possibilidade de agravamento do problema devido às dezenas de expulsões de usuários de drogas que vinham ocorrendo nas Forças Armadas (BRASIL, 1986).

Segundo o Superior Tribunal Militar (2016), o número de crimes relativos ao tráfico ou posse de substâncias entorpecentes ou de efeito similar (art. 290 do Código Penal Militar) apresentou tendência exponencial de crescimento, alcançando aumento de 337,5% de 2003 a 2014.

Mehrazmay et al. (2015) constataram que ter relacionamento ruim com superiores, insatisfação com o local de serviço e se sentir sozinho são fatores que se associam a uma pior progressão de abuso de substâncias por militares, sobretudo se esses fatores forem acumulados.

White et al. (2016) identificaram uma taxa de 10,5% (3.685) de dispensa precoce do serviço por causa do abuso de drogas. Outro estudo revelou que, entre 2.351 militares e Fuzileiros Navais da Marinha americana, 39% a 54% apresentaram resultado positivo para uso perigoso, 27% para uso compulsivo e 15% para uso dependente de álcool. Além disso, 7% relataram histórico de consumo involuntário de drogas (HARBERTSON et al., 2016).

O Comitê de Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Gerenciamento de Transtornos por Uso de Substâncias nas Forças Armadas dos Estados Unidos apontou que os militares passaram a se envolver com o uso de drogas ilícitas ao perceberem que tais substâncias reduziam dor, fadiga, além de minimizarem o tédio e a angústia que os acompanhavam durante as batalhas, justificando seu uso (INSTITUTE OF MEDICINE, 2013).

O estudo de Kiernan et al. (2016), realizado em recrutas da Escola de Infantaria do Exército Britânico, no ano de 2013 e 2014, revelou que mais da metade consumia álcool em um nível perigoso antes do alistamento e 60% tinham usado cannabis antes de entrar para o Exército. O estudo também evidenciou baixo desempenho acadêmico, além de problemas com a polícia. Destarte, o estudo concluiu que é alta a prevalência de uso indevido de

substâncias e de mau comportamento entre os recrutas antes do alistamento, somada à suposição da existência de problemas semelhantes em militares no serviço ativo.

Hoopsick et al. (2019) identificaram que, em uma amostra de 9,2% dos soldados da Guarda Nacional do Exército dos EUA, 6,6% relataram uso de drogas ilícitas e 3,5% para o uso de medicamentos sem prescrição médica. Dos que relataram o uso de drogas ilícitas, 100% usaram cannabis, 13,3% cocaína, 6,7% inalantes e 6,7% alucinógenos. Os autores apontaram que o apoio social fornecido aos soldados durante a missão, seja por sua unidade seja por sua família e amigos, mostrou evidências de proteção contra o uso de drogas pós-missão.

Diante das evidências apresentadas, o tratamento do uso problemático de drogas assume posição importante nessa discussão, tendo em vista que esses militares adoecidos precisam estar hábeis para o desempenho das suas atribuições. Nessa perspectiva, em muitos casos, a internação hospitalar psiquiátrica é a alternativa de tratamento primordial. A meta da internação é intervir na crise e controlá-la a fim de estabilizar os pacientes gravemente doentes e garantir a sua segurança e das outras pessoas (FORTES, 2010).

As perdas causadas pelo uso das substâncias psicoativas constituem parte dos obstáculos que cerceiam esses militares a compreenderem seu potencial para a retomada das atividades cotidianas após sua alta hospitalar, corroborando com o estudo de Goffman (2003), que retrata os sentimentos de angústias e incertezas diante da liberação do paciente em sofrimento psíquico para seu convívio social.

Assim, a problemática emerge no momento em que o uso de substâncias psicoativas por militares vem expandindo seu alcance. Frisa-se que o serviço militar é dotado de peculiaridades, a exemplo do serviço armado, que potencializam os riscos relacionados ao uso problemático de substâncias psicoativas entre os trabalhadores.

Outro ponto de atenção é que o transtorno por uso de substâncias psicoativas carrega a imagem construída da doença mental associada à violência, agressividade e incapacidade, confundindo-se, muitas vezes, com a quebra de normas ou funcionamentos sociais, de sentimentos e de crenças ou valores religiosos ou morais de cada cultura (WEBER, 2012). Tal consideração pode ser atrelada à questão cultural de uma sociedade, de modo a emergir o preconceito e o estigma da doença mental, incluindo-se a dependência de substâncias psicoativas. Dessa forma, o estigma da doença mental torna-se uma barreira para a inclusão social (WEBER; JURUENA, 2017).

Martin (2012) afirma que a sociedade não está preparada para a compreensão sobre o que seria o adoecimento psíquico. Tal fato revela, dentro de um contexto cultural, a visão

preconceituosa e incapacitante da doença mental, contribuindo para marginalização afetiva e social reforçadora do estigma, da discriminação e da segregação dos portadores de transtornos psiquiátricos.

Pode-se perceber que o militar, necessariamente, está imerso em uma identidade social que o define dentro de um grupo. Para Berlatto (2009), a conservação da identidade é condicionada por processos sociais determinados pelas estruturas sociais, e que esta não se refere somente ao indivíduo e sim à relação que este constrói dentro de um grupo. Assim, a identidade social é, ao mesmo tempo, inclusão, fazendo parte do grupo aqueles que são idênticos sob certo ponto de vista, e exclusão, sob o mesmo ponto de vista, são diferentes de outros.

Diante do exposto, possuir um transtorno por uso de substâncias psicoativas acarreta ao militar um lugar estigmatizante e incapacitante dentro do grupo, carreando risco de prejuízo nas atividades laborais e relações com os pares e de desestímulo em buscar tratamento. Essa problemática constitui, portanto, tema de estudo relevante para a assistência em saúde, sobretudo no âmbito das Forças Armadas, tendo em vista que a higidez física e mental é condição fundamental e necessária para o exercício da profissão militar, tanto em sua preparação quanto em tempos de guerra.

Reforça a problemática da pesquisa o fato de que, no que tange ao militar egresso de uma internação psiquiátrica para tratamento do uso de drogas, o alcance da higidez se relaciona intimamente ao tratamento adequado e holístico, bem como aos esforços em dirimir preconceitos e estigmas e ao apoio da rede social, o que torna desejável discutir a vivência dos militares que experimentam essa realidade.

Questão norteadora e objetivos

Dando continuidade às reflexões sobre a presente pesquisa e às inquietações referentes ao objeto de estudo, me debrucei sobre a seguinte questão norteadora: Como o militar, na condição de serviço ativo, internado em uma unidade psiquiátrica, vivencia o transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas?

Para responder a essa questão, foram delimitados os seguintes objetivos geral e específicos. O objetivo geral busca compreender a vivência de militares em situação de tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas; como objetivos

específicos, tem-se: 1) Descrever a vivência de militares internados em unidade psiquiátrica em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas; 2) Analisar o impacto do tratamento e da internação na narrativa de vida dos militares; e 3) Discutir estratégias de cuidado de enfermagem aos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas.

Justificativa e relevância

Este estudo torna-se relevante por esta temática envolver um cuidado que está passando por um momento de reconfiguração no Brasil. Apesar das mudanças na política assistencial em saúde mental, mais especificamente com o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituída pela lei nº 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), a internação psiquiátrica, mesmo que imperativa, ainda se faz uma medida necessária quando o agir do doente mental se manifestar em sentido inconscientemente prejudicial contra a vida ou a integridade física e moral do próprio ser ou da pessoa do outro (FORTES, 2010).

Em 2017, o Ministério da Saúde e representantes dos Estados – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – e Municípios – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – anunciaram medidas para fortalecer o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, a partir de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Dentre as mudanças estabelecidas na nova Política Nacional de Saúde Mental, destacou-se a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que incluiu os hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes. A criação do referido CAPS objetivou o atendimento aos usuários de maior vulnerabilidade social a partir de um atendimento com equipes completas, mais próximo do cidadão e com o horário de funcionamento integral nas regiões de cracolândias (BRASIL, 2017).

Outra medida adotada foi a inclusão, na RPAS, do Hospital Psiquiátrico, a fim de atender pacientes com quadros clínicos agudizados. Entretanto, tal medida contou com a reformulação de protocolos, ressaltando para a permanência da importância da desinstitucionalização dos pacientes moradores, bem como a priorização da internação para casos extremamente necessários (BRASIL, 2017).

Vale reforçar que o Ministério da Saúde não mais incentiva ou estimula o fechamento de leitos psiquiátricos especializados nos Hospitais Gerais, mas a sua qualificação, elevando os padrões assistenciais.

Desta forma, por constituir opção terapêutica hodierna, é relevante estudar a vivência de militares em situação de tratamento para o transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas internados em uma unidade psiquiátrica, a fim de melhorar a abordagem para a construção de laços produtivos que propiciarão a autonomia para lidar com seu cotidiano e enfrentar as questões sociais atreladas a esse distúrbio.

Outro ponto que merece destaque é que o uso de drogas por militares é preocupação das Forças Armadas. Na Marinha do Brasil, ilustra essa assertiva a inauguração do Centro de Dependência Química (CEDEQ) – atualmente Espaço Consciência e Cuidado – no Hospital Central da Marinha, entretanto o número restrito de militares alcançados pelo serviço não traduz a dimensão do problema na Força (HALPERN; LEITE, 2014), justificando a realização de pesquisas sobre a temática.

Soma-se ao exposto a necessidade de se planejar ações sobre a prática profissional de enfermagem na tentativa de construir mudanças de paradigma sobre a dependência de substâncias psicoativas, minimizando suas implicações e o sofrimento que pode afetar a qualidade de vida desses indivíduos.

Concomitantemente, pode-se considerar que este estudo é relevante ao contribuir para novos saberes de diversas áreas da saúde mental, colaborando para decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde e por ser um estudo realizado no âmbito militar, no qual a produção científica está ganhando visão no Brasil.

Este estudo justifica-se, também, pela lacuna constatada na revisão de literatura realizada a partir da formulação da seguinte pergunta de pesquisa: quais as evidências científicas sobre o uso de drogas por militares do serviço ativo?

Em seguida, com a utilização dos operadores *booleanos* (delimitadores), representados pelos termos conectores AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) e descritores, procederam-se as buscas nas fontes de informação.

Os critérios de inclusão foram estudos com texto completo disponível, publicados nos últimos cinco anos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Foram excluídos os estudos repetidos; os que versavam sobre veteranos sem contemplar o serviço militar ativo; os que focavam outros problemas psiquiátricos, sociais ou de saúde e não o uso de substâncias; os que versavam sobre cônjuges ou parentes de militares; e, ainda, os que abordavam o uso de

drogas, mas não por militares. A estratégia de busca e os resultados estão dispostos no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Estratégia de busca na literatura e resultados

FONTE DE INFORMAÇÃO	EQUAÇÃO DE BUSCA E FILTROS	TOTAL	APÓS CRITÉRIOS INCLUSÃO E EXCLUSÃO
BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS)	Título, Resumo, Assunto (tw:(transtornos relacionados ao uso de substâncias)) AND (tw:(Militares)), Texto completo disponível, idiomas português, inglês ou espanhol e publicado de 2015 a 2010.	99	68

Fonte: A autora, 2020.

As principais temáticas identificadas nos estudos foram organizadas em categorias, conforme ilustrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorias resultantes da busca na literatura

Categorias	Quantidade de publicações	%
Prevalência do uso de drogas por militares	17	25,0
Tratamento / prevenção	11	16,1
Uso de drogas e fatores psicossociais / de resiliência	8	11,7
Uso de drogas e situações inerentes à carreira militar (missões, exposição ao combate, participação em guerras, entre outras)	7	10,2
Associação do uso de drogas e outros problemas de saúde (TEPT, suicídio, infecções sexualmente transmissíveis (IST), lesão cerebral traumática em serviço, entre outros)	9	13,2
Associação entre uso de drogas e trauma sexual	4	5,8
Rastreio ou triagem do uso de drogas em militares	7	10,2
Reflexão sobre o uso de drogas por militares	2	2,9
Associação entre traumas na infância e uso de drogas	1	1,4
Associações entre traumas na infância, traumas de combate e uso de drogas	1	1,4
Custos com a assistência médica	1	1,4
Total	68	100

Fonte: A autora, 2020.

Em um universo de 68 publicações, nenhuma explorou a vivência de militares internados para tratamento de transtorno associado ao consumo de substâncias psicoativas, o que corrobora a evidência da necessidade de pesquisas sobre essa temática.

Cabe destacar que este estudo se insere na Linha de Pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) e permitirá, portanto, ampliar e divulgar sua produção científica.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 A trajetória da saúde mental no Brasil

Visando contribuir para o contínuo repensar, traz-se ao estudo a trajetória da saúde mental no Brasil, considerando sua relevância histórica para o entendimento da mudança de paradigma do atendimento em saúde mental até os dias atuais.

Em meados do século XIX, inauguraram-se os primeiros manicômios brasileiros (GOULART, 2006). Os doentes com distúrbios mentais eram respaldados pelo decreto nº 24.559, datado de 1934, em vigor no Brasil até o ano de 2000, o qual discorria sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, refletindo as condições desumanas as quais eram submetidos os doentes com transtornos mentais. Nos artigos 4º e 10º, por exemplo, fica bem ilustrada a automaticidade e o despotismo ao qual se processavam as internações:

Art. 4º - São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins deste decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e às secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, *asilos de velhos*, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Art. 10. O psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, *perturbar a ordem* ou *ofender a moral pública*, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento (BRASIL, 1934).

Até este período, a assistência psiquiátrica era pautada no fenômeno de superlotação dos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares em que a doença mental significava, nos padrões tradicionais de assistência, uma coibição à cidadania (GOULART, 2006).

A partir dos anos 70, a saúde mental foi inserida no debate dos movimentos sociais. Influenciados pelos movimentos de reforma da psiquiatria que aconteciam na Europa e nos EUA, vários setores da sociedade foram mobilizados em prol da luta pelos direitos dos pacientes. Neste contexto, foram discutidos assuntos relativos às péssimas condições as quais os pacientes eram submetidos, o que revelava a destituição da cidadania desses indivíduos.

A reflexão sobre a loucura passou a compor a pauta de debates das universidades e de instituições psiquiátricas (GONDIM, 2001). Ainda nos anos 70, na cidade de Trieste, Basaglia inicia o processo de desmonte dos manicômios, introduzindo uma nova ideologia para lidar com a loucura e doença mental por meio de espaços reestruturados (AMARANTE, 1995). As experiências de reformas psiquiátricas no contexto internacional, principalmente a italiana

com a participação de Franco Basaglia em congressos brasileiros, influenciaram o processo de construção da reforma psiquiátrica no Brasil (CALDAS, 2012). Este processo de reforma concretizou-se em diversas iniciativas – mudanças e reorientações.

Como observado, as vicissitudes no modelo assistencial da saúde mental foram provenientes de um período obscuro, no qual o doente mental era visto como um perigo para a sociedade. Com o tempo, algumas alterações foram se concretizando na assistência e nos direitos ao doente mental. Após a Reforma Psiquiátrica, deu-se início a um novo período no campo da saúde mental, em que se vislumbrou a necessidade de maiores mudanças com a dignificação do ser humano rumo a novos saberes e práticas que promovessem o desenvolvimento psíquico dos indivíduos atribuindo um novo sentido à saúde mental brasileira.

Originou-se, dessa forma, um movimento que se constituiu na desinstitucionalização da loucura, objetivando a consolidação dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, conhecido como Movimento de Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA, 2012).

Nesse contexto, foi aprovada a lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida também como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001). Esta lei assegura assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família e estabelece que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Em 2004, o Ministério da Saúde apresentou a discussão sobre a saúde mental por meio do Relatório Mundial de Saúde, com o objetivo de conscientizar as pessoas e profissionais acerca dos transtornos mentais, buscando a quebra de barreiras, principalmente o estigma, a discriminação e carência de serviços fornecedores para o tratamento desses transtornos (BRASIL, 2004b). Desde o final do século XV e principalmente durante os séculos XIX e XX, desafios na tentativa de reverter processos de segregação do louco predominaram em todo mundo.

Concomitantemente à Reforma Psiquiátrica, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) reafirmou a discussão sobre a necessidade de reorientação do modelo assistencial com a publicação de portarias ministeriais, incluindo modalidades assistenciais substitutivas ao hospital psiquiátrico, além de assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (BRASIL, 2002c).

Nessa perspectiva, os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico incluem as redes de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas, as residências terapêuticas, respeitando-se as particularidades e necessidades de cada local (HIRDES, 2009).

Em 2002, diversas modalidades de CAPS, de acordo com o porte, foram criadas a partir da portaria nº 336 (BRASIL, 2002a), como CAPS I, CAPS II e CAPS III (este último funcionando 24 horas), ou com a finalidade: álcool e outras drogas (CAPS-AD) e crianças e adolescentes (CAPS-i) (DELGADO, 2011).

Em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental permitiu a convocação de diversos setores não só envolvidos diretamente com as políticas públicas, como outros setores com propostas a fazer sobre a saúde mental (BRASIL, 2010). A convocação da intersetorialidade constituiu um avanço em relação às conferências anteriores, atendendo às exigências propostas pelo modelo de atenção.

Os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de serviços de base comunitária; entretanto, também identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário (BRASIL, 2010).

Em 2011, projetos voltados para o cuidado de usuários de álcool e drogas são incorporados à Política Nacional de Saúde Mental a partir da instituição da portaria nº 3.088 que estabelece a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013).

A RAPS abrange, na atenção hospitalar, a enfermaria especializada em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência. Ambos oferecem tratamento, por meio de internações de curta duração, para usuários em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica (BRASIL, 2011).

A portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, acrescentou o hospital psiquiátrico especializado à RAPS, considerando, entre outros aspectos, a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a RAPS e Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2017).

1.2 Políticas públicas sobre drogas: paradigmas e tensões

Falar sobre o uso prejudicial de drogas simboliza contextualizar o indivíduo nas suas relações com diversos interlocutores, seu direito à cidadania e à condição sociocultural na qual está inserido. Tendo como base os resultados evidenciados no Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2017), é preciso considerar que determinados marcadores sociais (gênero, raça e pobreza) devem ser analisados como dificuldades vividas por parte da população brasileira, principalmente no que tange às implicações que as drogas representam em diversos contextos sociais (DALLA VECCHIA et al., 2017).

Dessa forma, faz-se necessário ressaltar que o tema em tela é um importante problema de saúde pública envolvendo dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais.

Atualmente, tensões acerca da realidade sociopolítica são expressas a partir de pobreza, miséria, violência, desemprego e/ou subemprego, supressão de grupos étnicos, assim como práticas de higienização e reclusão de grupos em que se inserem pobres, negros e usuários de drogas. No âmbito econômico, tal situação é expressa no cotidiano social, refletindo relações de poder e dominação entre sujeitos de classes sociais distintas.

A realidade excludente dos usuários de drogas atravessou preconceitos e estigmas que foram reforçados pela política proibicionista ou “Guerra às Drogas” que objetivava o combate ao tráfico e a criminalização de usuários e traficantes, visando um mundo livre de drogas, cujo compromisso se baseava na prevenção do consumo e na repressão da produção e da oferta (TEIXEIRA et al., 2017). Para Amarante e Guljor (2018), tal emenda, indubitavelmente, acirra a marginalização de parcelas da população mais vulneráveis que atingem um nível visto como perigoso para a sociedade.

O estudo de Dalla Vecchia et al. (2017) corrobora com o exposto anteriormente quando afirma que esses sujeitos têm seus *status* de cidadania parcialmente reconhecidos pelo Estado, não sendo vistos como indivíduos dignos de liberdade e autonomia.

Outro aspecto importante para essa discussão remete ao paradigma da patologização social, com a conseqüente medicalização da população em massa, refletindo a incapacidade dos usuários na sua autodeterminação, o que atribui ao Estado o poder de definir o destino desses sujeitos, colocando-os em instituições fechadas e fomentando, ainda mais, o estigma e o preconceito da periculosidade inerente ao usuário de drogas (AMARANTE; GULJOR, 2018).

Segundo Dalla Vecchia et al. (2017), criaram-se instituições de correção para sujeitos delinquentes, criminosos, loucos e desviantes, pobres e miseráveis, assim como diferentes instituições influenciaram discussões na busca para explicar o que ocasiona quadros de dependência e mesmo o porquê de as pessoas “escolherem” as drogas. Tais discussões analisaram apenas o sujeito de forma isolada, não estabelecendo uma relação dialética com sua realidade social, sendo, portanto, ignorada a discussão e o enfrentamento das desigualdades sociais em que tais sujeitos estão inseridos.

Tal prática de gerência da desigualdade termina por respaldar práticas de opressão em relação a diferentes sujeitos, grupos e categorias sociais. Decerto, é sabido que essas práticas podem ocultar a possibilidade de análise mais ampla de um contexto de desigualdades econômicas, sociais e políticas que precisam ser encaradas para que se possa atuar em relação às drogas, que produzem inúmeros prejuízos na vida de certas pessoas (DALLA VECCHIA et al., 2017).

No início dos anos 2000, surgem as primeiras políticas como mecanismos político-normativos para o enfrentamento da problemática que abrange o cenário do uso abusivo de drogas. A relevância da lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) normatizou o novo modelo assistencial em saúde mental, propondo a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais com a finalidade de reinserir socialmente a pessoa em sofrimento psíquico. Esta lei também estabeleceu que a internação, em qualquer de suas modalidades, só seria indicada quando recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes.

Embora essa lei não abordasse a temática das drogas, definiu os três tipos de internação psiquiátrica: a) voluntária, com o consentimento do usuário; b) involuntária, sem o consentimento do usuário e pedida por terceiro; e c) compulsória, aquela determinada pela Justiça. Uma vez internado, o usuário deverá contar com a assistência integral (serviços médicos, assistência social, psicológico, ocupacionais, lazer etc.), vedando a internação em locais em que não se ofereçam esses serviços (instituições com características asilares).

Ao longo desse período, transformações e avanços na política assistencial foram percebidos a partir da estruturação da rede de serviços psicossociais integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS.

Em fevereiro de 2002, ficou estabelecido, com a criação da portaria nº 336/GM/MS, que os CAPS poderiam constituir-se em diversas modalidades, segundo a complexidade e abrangência populacional, a saber: I, II, III, CAPS-i e Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas-CAPS-AD (BRASIL, 2002a).

Em 2004, a “Política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas/MS”, a partir da normatização da portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, propôs, como estratégia de intervenção prioritária, a política de Redução de Danos (RD) (BRASIL, 2004a). Essa política preconiza ações preventivas e de RD, bem como o entrelaçamento das iniciativas de RD com os serviços do SUS, sendo contrária à internação de usuários de álcool e drogas em hospitais psiquiátricos.

A lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabeleceu normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e definiu crimes (BRASIL, 2006).

Em 2011, com a publicação da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro, o Ministério da Saúde instituiu a RAPS, ofertando a ampliação do acesso à atenção psicossocial aos pontos de atenção da rede e incluindo as urgências para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. São componentes desta Rede: os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).

O CAPS-AD constitui um serviço de atenção diária, voltado tanto para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas quanto para reinserção familiar, social e comunitária, com o propósito de quebra do modelo de cuidado tradicional (LACERDA; FUENTES-ROJAS; 2017).

Os avanços propostos no Brasil rumo ao modelo da política de RD mostraram-se promissores, tendo em vista a conquista de espaços no campo das drogas com uma compreensão e abordagem mais humanizadas e abrangentes, como foi explicitado nas normativas. Entretanto, esse aparato enfrenta desafios que ainda não foram totalmente superados, pois se mantêm um olhar descontextualizado e reducionista sobre a questão das drogas.

Para Marlatt (1999), a política de RD tem como princípio o respeito à autonomia dos sujeitos sob o ponto de vista de um cuidado ampliado de saúde, que vai de encontro às práticas de recolhimento dos usuários em abrigos ou para a internação compulsória. Nesse sentido, a política de RD preconiza um tratamento diferenciado para o usuário, cujo uso de drogas não é eliminado completamente, como ocorria na política antiproibicionista. Tal princípio é reiterado por Teixeira et al. (2017), ao apontarem que o cerne primordial da

política de RD é baseado na oferta de cuidado integral para as pessoas que usam drogas e suas famílias por meio da redução dos prejuízos decorrentes do uso de drogas.

Gomes e Dalla Vecchia (2018) apontam que as estratégias de RD analisadas contribuíram para a melhoria das condições de vida e saúde e sobrevivência, mantendo os dependentes de drogas inseridos na rede de atenção à saúde e de assistência social, evitando a marginalização. O repensar da relação que o sujeito atribui às drogas foi colocado em pauta de discussão, oferecendo uma multiplicidade de caminhos para alterar esta relação problemática.

A política antiproibicionista tem como discussão central a descriminalização e a legalização das drogas, em que o uso das substâncias psicoativas não deve ser considerado crime e, para as pessoas que fazem uso prejudicial, deve ser ofertado tratamento e cuidado e não a reclusão em ambiente prisional (AMARANTE, 2007).

Em 2019, a lei nº 13.840 promoveu algumas mudanças no SISNAD, estabelecendo que o tratamento do usuário ou dependente de drogas deve ser realizado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, orientado por protocolos técnicos predefinidos, baseados em evidências científicas. Entretanto, a internação será em caráter excepcional, autorizada por médico devidamente registrado no Conselho, e só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com a referida lei, as instituições hospitalares que receberão usuários a serem internados devem ser dotadas de equipes multidisciplinares, a fim de assegurar o atendimento individualizado ao usuário, sendo considerados dois tipos de internação (BRASIL, 2019):

- a) Voluntária: aquela realizada com o consentimento do usuário, a partir de uma declaração escrita do solicitante, optando pela internação. Seu término poderá ser prescrito pelo médico ou pelo próprio usuário que manifeste o desejo de interromper a internação;
- b) Involuntária: aquela realizada sem o consentimento do usuário. Nesses casos, o pedido de internação deverá ser feito pelo familiar ou responsável legal, ou, na falta deste, o servidor público na área da saúde. Esta modalidade de internação seguirá pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 dias, com seu término determinado pelo médico responsável. Cabe ressaltar que os servidores da área de segurança pública não podem fazer pedido de internação involuntária.

Entretanto, para Amarante e Guljor (2018), o uso prejudicial de substâncias psicoativas é apenas parte da questão, uma vez que uma parcela significativa dos usuários não o faz, de modo a gerar danos para si ou para outrem.

1.3 A trajetória conceitual da dependência de substâncias psicoativas

Embora saibamos que não existe um fator preponderante e único que justifique e determine a dependência de substâncias psicoativas, é necessário pontuar algumas evoluções conceituais, a fim de evitar ideias reducionistas e entender as transformações acerca do fenômeno, o qual não se limita apenas à esfera biológica.

Ao contrário do que se pensa, o uso de substâncias psicoativas não é um evento novo na história da humanidade (MELO et al., 2017), mas sim uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, um fenômeno exclusivo da atualidade.

Diversas provas arqueológicas indicam o uso de drogas como uma prática antiga. As primeiras referências escritas de plantas e substâncias psicoativas foram descritas na Antiguidade para diversos fins, como: representação de antigas civilizações (a papoula, planta da espécie *Papaver somniferum L.*), incenso cerimonial (o cânhamo - *cannabis sativa*) (AVELINO, 2010) e no tratamento intestinal, de malária e dores reumáticas (SOUZA, 2015).

Para os incas, o hábito de mascar folhas de coca ajudava as classes mais baixas a tolerarem a fome e a fadiga, assim como o estresse ambiental. Entretanto, para esses povos, o uso fora dos padrões culturais (para fins nutritivos ou religiosos) simbolizava uma ameaça às normas da sociedade, em que o indivíduo deveria sofrer punições (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2017).

Na Idade Média, o Cristianismo exerce sua hegemonia ideológica e cultural, considerando como conhecimento pagão o uso recreativo e terapêutico das drogas (AVELINO, 2010; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2017).

Com o Renascimento, as drogas retomaram ao cenário ganhando palco de destaque para fins terapêuticos, sendo utilizadas por médicos e com fins recreativos. Com as Grandes Navegações (século XVI), novas plantas psicoativas (tabaco, café e coca) foram levadas para a Europa (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2017).

Para que essas plantas fossem aceitas culturalmente, fez-se necessária a separação da farmacologia e da religião, de modo que o uso dessas substâncias fosse visto como de

grande utilidade para a medicina (AVELINO, 2010). Nesse mesmo período, evidenciou-se a laicização do saber, levando ao surgimento da ciência moderna, a qual exigiu a sistematização do conhecimento, criando-se uma normatização a partir da observação, descrição e classificação (PRATTA; SANTOS, 2009).

Por fim, com o advento do Capitalismo, marcado pelas Revoluções Industrial (século XVIII) e Científica (Século XIX), tornou-se possível extrair os princípios ativos das plantas psicoativas, distribuídas mundialmente em grande quantidade (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2017). Desse modo, mudou-se a perspectiva em relação às drogas, que passaram a ser vistas como geradores de receita econômica aos países colonizadores (SOUZA, 2015). Nessa perspectiva, a droga passa a assumir a posição de mercadoria e seu uso transforma-se em fonte de grandes lucros. Com isso, a erva-mate, o cacau, o guaraná, e, principalmente, o tabaco passaram a ser explorados, além da cocaína, que já era produzida na América Espanhola (AVELINO, 2010).

Diante da larga comercialização das drogas, muitos indivíduos começaram a apresentar problemas relacionados ao consumo de álcool, opiáceos e cocaína, sendo vistos como fora do padrão pré-estabelecido pela sociedade. Percebe-se que o sentido atribuído às drogas acompanha as condições socioculturais da época, no que tange à frequência de uso e ao tipo de droga consumida.

No início do século XIX, finalmente é questionado, pela primeira vez na literatura, o conceito sobre a ingestão excessiva de bebida alcoólica como uma condição clínica. Tal problematização surge a partir de Benjamin Rush (1795), pai da psiquiatria americana, e Thomas Trotter (1804) (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Para Rush (1795), o modo de consumo para o indivíduo começava como uma escolha, porém, após certo tempo, a substância passava a controlar a vontade do usuário, tornando-se uma necessidade.

Assim, até meados do século XX, predominava o modelo biomédico, em que o termo dependência enfatizava mais as complicações clínicas do consumo do que o comportamento em si. Somente a partir da segunda metade do século, o conceito de dependência deixou de ser classificado como um desvio de caráter, ou apenas como um conjunto de sintomas para ganhar características de transtorno mental (PRATTA; SANTOS, 2009).

Atualmente, o Código Internacional de Doenças – CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993) – e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – em inglês, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) (APA, 2014) – constituem importantes códigos psiquiátricos que foram influenciados pelos três pressupostos propostos de Edwards e Gross sobre o conceito de “síndrome de dependência

do álcool”. O primeiro pressuposto refere-se à dependência como o conjunto de sinais e sintomas que são recorrentes em indivíduos que usam as mesmas substâncias. O segundo pressuposto está relacionado à estruturação da síndrome em níveis de gravidade. Por fim, o terceiro pressuposto estabelece que a síndrome é moldada por uma série de fatores de proteção e risco, podendo predispor, potencializar ou bloquear sua manifestação (GIGLIOTTI; GUIMARÃES, 2017).

No que tange à nomenclatura, Ribeiro e Laranjeira (2017) mencionaram a alteração proposta pelo DSM 5 sobre os conceitos de ‘dependência’ e ‘abuso’, com a substituição desses termos por ‘transtornos relacionados ao uso de substâncias’, dando ênfase aos diferentes níveis de gravidade. Todas as mudanças acerca das inúmeras definições e estágios do consumo de substâncias psicoativas até o último estágio, que refletem a própria dependência, são necessárias para fins diagnósticos. Entretanto, cabe ressaltar que as experiências vivenciadas pelos usuários também podem contribuir para a repetição desse consumo, posto que a ação dessas substâncias no organismo humano cria uma memória de prazer e satisfação.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) aponta, como característica de um transtorno por uso de substâncias, a presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que levam o indivíduo a continuar fazendo uso de drogas, apesar dos diversos prejuízos, resultando em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso da substância.

A explicação farmacológica apontada pauta-se na permanência das alterações cerebrais, mesmo após a desintoxicação, e que são exibidas por meio de comportamentos observados nos indivíduos ao serem expostos à substância, resultando em recaídas constantes e fissura intensa pela substância. Essas alterações cerebrais pelo uso da substância psicoativa ocorrem com a modificação da estrutura do neurônio, a produção dos efeitos deletérios no metabolismo e a reorganização de circuitos sinápticos, como consequência dos processos de tolerância e abstinência (ALMEIDA; BRESSAN; LACERDA, 2011).

O processo de tolerância é evidenciado quando uma dose maior da substância é necessária para a obtenção do efeito desejado, guardadas as especificidades de cada substância, assim como a variação de um indivíduo para o outro. A abstinência é uma síndrome caracterizada por uma diminuição das concentrações de uma determinada substância no organismo, cujo uso era intenso e prolongado e que, após a instauração desta

síndrome, o indivíduo tende a voltar a consumir a substância na tentativa de aliviar os sintomas (APA, 2014).

Entretanto, sabe-se que nem todos os indivíduos que têm contato com as substâncias psicoativas se tornarão dependentes, pois depende da forma como o usuário faz uso da substância, assim como sua frequência. Desse modo, é notório trazer para a discussão as distinções quanto ao padrão de uso da substância entre uso, abuso e dependência (LARANJEIRA et al., 2010):

- Uso – trata-se do consumo esporádico ou de forma episódica, sem acarretar prejuízos;
- Abuso ou uso nocivo – quando ocorre algum tipo de consequência prejudicial, seja social, psicológica ou biológica;
- Dependência – quando ocorre perda do controle no consumo e os prejuízos associados são mais evidentes.

Entretanto, a CID 10 define como “uso nocivo” aquele que resulta somente em dano físico ou mental, enquanto, no DSM V, “abuso” engloba, também, consequências sociais.

Quanto ao padrão de consumo, as substâncias são classificadas de acordo com a frequência de uso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993):

- Uso na vida – Uso da substância pelo menos uma vez na vida;
- Uso no ano – Uso pelo menos uma vez nos últimos 12 meses;
- Uso recente ou no mês – Uso pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;
- Uso frequente – Uso seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- Uso de risco – Alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, sem doença física ou psicológica; e
- Uso prejudicial – Uso com evidências de dano físico ou psicológico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

Este capítulo discorre sobre a teoria escolhida para nortear o cuidado de enfermagem, considerando as vivências dos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas. A escolha desta teoria se deu porque ela enfatiza o processo de transição para a terapêutica de enfermagem, o que é fundamental na recuperação de pessoas em uso de substâncias psicoativas. A terapêutica de enfermagem é desencadeada a partir da conscientização do transtorno para a condução da mudança de comportamento.

Afaf Ibrahim Meleis, nascida em 1942, enfermeira socióloga, catedrática da Escola de Enfermagem da Universidade da Pensilvânia, graduou-se na Universidade de Alexandria. Em 1964, foi intitulada Master of Science, pela Universidade da Califórnia, e Master Arts em sociologia dois anos depois. Em 1968, recebeu o título de Philosophiae Doctor em psicologia médico-social. Nesta instituição, atuou por cinco anos como Professora Assistente. Apenas em 1971, passou a desenvolver a Teoria da Transição (FELIPPE, 2015).

Meleis et al. (2010) afirmaram que mudanças na condição da saúde e doença propiciam a criação de um processo de transição no qual os indivíduos se tornam mais vulneráveis aos riscos, comprometendo ainda mais a saúde. Assim, a compreensão do processo de transição favorece o aprimoramento da descoberta desses riscos. Os autores ainda ressaltaram que a vulnerabilidade está relacionada a experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a danos, a dificuldades na recuperação, prolongamento do tratamento ou no enfrentamento retardado ou insalubre.

Assim, as transições resultam em mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e no ambiente. Nesse sentido, é papel do enfermeiro assistir o cuidado de enfermagem voltado para as necessidades e demandas que as transformações trouxeram para o cotidiano dos indivíduos e seus familiares, a partir do desenvolvimento do processo de aprendizado de novas habilidades oriundas das vivências de saúde e doença (MELEIS et al., 2010).

Cabe ressaltar que, para nortear suas intervenções, os enfermeiros precisam identificar os ambientes que apoiam ou dificultam transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais.

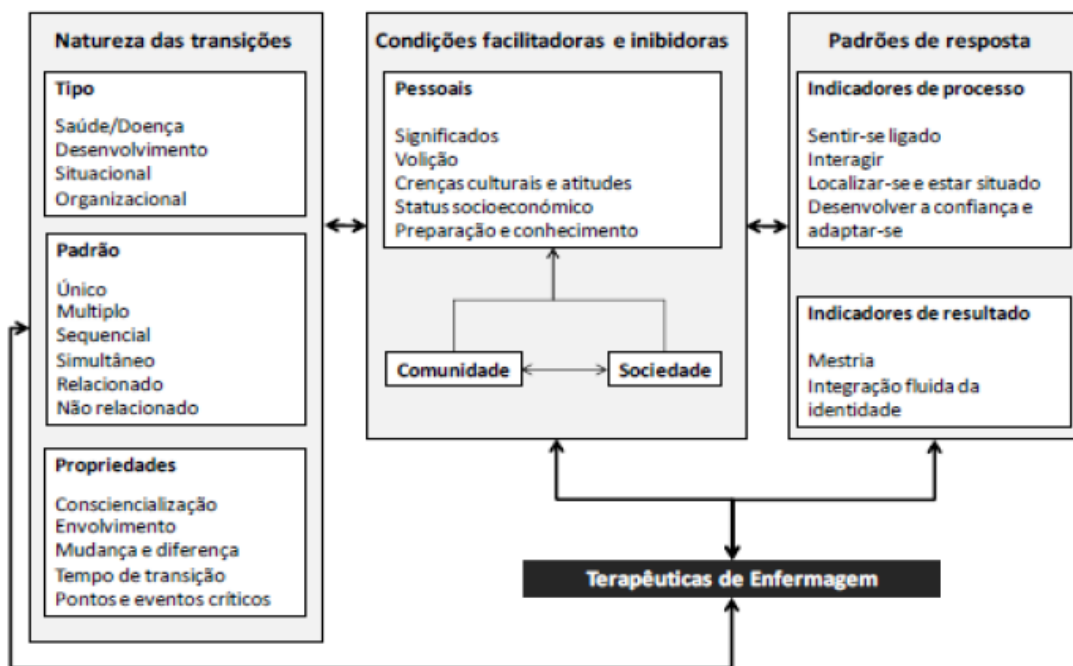
Para Meleis et al. (2010), a transição é um processo desencadeado por uma mudança, caracterizado por diversos estágios de dinâmica, marcos e pontos de inflexão. A transição pode ser delineada por meio de processos e / ou resultados terminais, que incorram na passagem de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável. A

definição mais comum de transição utilizada na enfermagem é de Chick e Meleis (1986, p. 239-240):

A passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra [...] refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta.

Meleis et al. (2010) criaram um modelo teórico que inclui os seguintes elementos: natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores de transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem, conforme a Figura 1 a seguir.

Figura 1 – Transições: a teoria de médio alcance



Fonte: MELEIS et al., 2010.

Trata-se de uma teoria de médio alcance, pois possibilita providenciar uma estrutura que viabilize a descrição, a compreensão, a interpretação e a explicação de fenômenos específicos da enfermagem que emergem da prática (MELEIS, 2012).

O estudo realizado por Chick e Meleis (1986) resultou na organização de quatro tipos de transição: desenvolvimental, saúde-doença, organizacional e situacional. A transição desenvolvimental compreende períodos de transição da vida do indivíduo; a situacional remete àquelas relacionadas aos diversos papéis educacionais e profissionais; a organizacional

descreve aquelas que estão relacionadas com o ambiente e são causadas por mudanças no contexto social, político e econômico; e a saúde-doença abarca as respostas dos indivíduos e seus familiares nos contextos da doença (MELEIS et al., 2010).

Os padrões de transição referem-se à multiplicidade e à complexidade e podem ser classificados como: simples (única transição) ou múltiplos; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneos; relacionados ou não relacionados. Destarte, Meleis et al. (2010) consideram que os enfermeiros precisam se atentar para os padrões de todas as transições na vida de um indivíduo ou família, evitando o olhar reducionista para um único padrão específico.

As propriedades das transições incluem: conscientização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição e, finalmente, pontos e eventos críticos (MELEIS et al., 2010). A consciencialização está relacionada à percepção, conhecimento e ao reconhecimento de uma experiência transicional, ou seja, a compreensão sobre os processos, bem como as respostas como consequência das mudanças, reflete o nível de consciência daquele indivíduo. A conscientização é uma característica definidora da transição, entretanto a falta dela não impede o início da vivência de transição (MELEIS et al., 2010).

Outra propriedade é o engajamento, o qual é definido como o grau em que uma pessoa demonstra envolvimento nos processos inerentes à transição, como por exemplo: a busca de informações ou a modificação pró-ativa das atividades. O nível de engajamento é influenciado pelo nível de consciência do indivíduo sobre o processo (MELEIS et al., 2010).

Mudança e diferença são propriedades essenciais das transições, mas não são sinônimas de transição. Todas as transições envolvem mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas à transição. As transições são o resultado e resultam em mudança. O processo de transição é compreendido quando se descrevem e se descobrem os significados e efeitos da mudança. Assim, a transição corresponde a um processo a longo prazo que envolve o indivíduo no seu mecanismo de adaptação a novos papéis e situações, resultando em novos significados. Esta pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilibradores, a rupturas em relacionamentos e rotinas ou ideias, percepções e identidades.

A diferença é outra propriedade das transições exemplificadas por expectativas não atendidas ou divergentes; por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (MELEIS et al., 2010).

O intervalo de tempo está relacionado com a duração da experiência transicional delimitada desde os primeiros sinais de mudança, marcados por um período de instabilidade e

angústia, até o período de estabilidade. Ao avaliar as experiências de transição, é importante considerar a possibilidade de fluxo e variabilidade ao longo do tempo (MELEIS et al., 2010).

Durante a experiência transicional, eventuais momentos podem marcar um determinado período, como o nascimento ou diagnóstico de uma doença. Tais momentos são elucidados como pontos e eventos críticos (MELEIS et al., 2010).

As condições de transição são as experiências adquiridas pelos indivíduos a partir de sua vivência, podendo ser facilitadoras ou inibidoras para o processo de transição as quais dependem diretamente da percepção do indivíduo e do significado que ele atribui a essa experiência. Faz-se necessário desvendar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou atrapalham o progresso em direção à obtenção de uma transição saudável para compreender as experiências dos indivíduos durante as transições (MELEIS et al., 2010).

Meleis et al. (2010) afirma que uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e de resultado. Assim, a identificação de indicadores de processo possibilita ao enfermeiro avaliar e intervir de forma precoce na movimentação de seus clientes em direção à saúde ou em direção à vulnerabilidade e risco, facilitando o processo para resultados saudáveis. Os padrões de resposta incluem sentir-se conectado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e enfrentamento.

O entendimento acerca da Teoria das Transições de Meleis possibilita ao profissional de Enfermagem compreender o processo de transição no que tange ao estabelecimento de orientações para a prática profissional de enfermagem, pondo em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição da vivência da pessoa (MELEIS et al., 2000).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, de base compreensiva e perspectiva etnossociológica das questões que envolvem a vivência de militares internados em uma unidade psiquiátrica em tratamento para transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas. A escolha pela abordagem qualitativa justifica-se pela possibilidade de um mergulho na subjetividade de toda uma vida, a partir do resgate de informações subliminares que surgem das narrativas.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa preocupa-se com os aspectos reais, centrando-se na compreensão e explicação das relações sociais. Portanto, qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que cada indivíduo faz a respeito de como vive, sente e pensa (MINAYO, 2010).

Polit, Becker e Hungler (2004) apontam, ainda, que os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana são salientados por meio da pesquisa qualitativa, com o objetivo de apreender o contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno.

Para Richardson et al. (2009, p.80):

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Nesse contexto, percebe-se a aplicabilidade da análise qualitativa no presente estudo, pois este tem como objeto situações complexas ou estritamente particulares.

Assim, a pesquisa etnossociológica, ao se apoiar na pesquisa de campo com base nas técnicas de observação, constrói objetos com base nas problemáticas sociológicas, trazendo à tona parte da realidade sócio-histórica de um grupo social, a qual ainda se mostra pouco conhecida. A partir dela, esses atores, que funcionarão como informantes, trarão vivências, adquiridas pela experiência, de determinadas realidades às quais será dado um olhar minucioso para os contextos sociais (BERTAUX, 2010).

Para viabilizar uma imersão profunda sobre esta temática do ponto de vista de quem

vivencia o problema, ou seja, os militares em tratamento para transtorno associado ao uso de substâncias psicoativas, optou-se por utilizar a técnica Narrativa de Vida, pois ela proporciona uma riqueza de informações e descrições de situações e interações a partir de uma dimensão diacrônica em que é possível perceber no discurso os fatos contados dentro de um contexto social reproduzido pelo indivíduo naquele momento (BERTAUX, 2010). Assim, torna-se importante dar voz ao sujeito, a fim de que este relate os fatos da forma que os vivenciou, sob sua perspectiva de mundo. Ao utilizar essa técnica, histórias de vida e experiências individuais traduzem a dimensão coletiva de grupos sociais.

A Narrativa de Vida consiste em uma narrativa, para outra pessoa, de um episódio qualquer de uma experiência vivida, considerando a relação dos fatos entre si e sua significância para o sujeito que conta. Logo, a narrativa se faz sustentada por uma sucessão temporal de acontecimentos e situações, sob a forma diacrônica, ou seja, os fatos são narrados independentemente da ordem cronológica (BERTAUX, 2010).

Esta técnica tem como precursor o sociólogo francês Daniel Bertaux (1980). Segundo o autor, a palavra história, traduzida de *histoire* (em francês) e de *story e history* (em inglês), tem significados diferentes.

O autor aponta que, em 1970, o sociólogo americano Norman K. Denzin propôs a distinção entre as terminologias *life history* e *life story*. A *life history* compreende o estudo aprofundado sobre a vida de um indivíduo a partir da sua própria narrativa, somado aos documentos e/ou entrevistas com outras pessoas que possam confirmar o que foi narrado pelo sujeito do estudo. Já a *life story* é aquela que designa a história de vida contada pela pessoa que a vivenciou.

A Narrativa de Vida, sob uma perspectiva etnossociológica, permite estudar um objeto social a partir de um fragmento particular da realidade social-histórica, compreendendo como se manifesta seu funcionamento e sua transformação, dando ênfase nas relações sociais e nos processos que as delimitam (BERTAUX, 2010).

A narrativa de vida etnossociológica tem forma oral e mais espontânea e nela o pesquisador orienta que o sujeito relate suas experiências passadas através de um “filtro”, o qual é designado pelo autor. Entretanto, o pesquisador deve respeitar a opinião do participante, dando-lhe voz, a fim de garantir que fatos de importância científica sejam elucidados sem a interrupção do pesquisador (BERTAUX, 2010).

Finalmente, a análise torna-se singular quando o pesquisador extrai das narrativas somente os elementos pertinentes de informações e de significações referentes ao objeto de estudo da pesquisa, após atingir o *status* de indícios, ou seja, fragmentos da narrativa que

tiveram maior recorrência (BERTAUX, 2010).

No presente estudo, a escolha desta técnica possibilitou aos participantes sentirem-se à vontade para expor suas vivências no tratamento do transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas, de modo a trazer à tona lembranças do passado a partir de uma reflexão do presente e planejando possíveis mudanças para o futuro.

3.2 Cenário

A pesquisa foi realizada na Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), unidade de internação psiquiátrica militar da Marinha do Brasil, no município do Rio de Janeiro. Na instituição selecionada, a pesquisadora está desenvolvendo atividades profissionais, o que facilitou a aproximação com os sujeitos da pesquisa e possibilitou, à pesquisadora, encorajar o entrevistado, conforme orienta Bertaux (2010).

Na Marinha do Brasil, a UISM é a referência na assistência em saúde mental e psiquiatria, sendo o único hospital psiquiátrico das Forças Armadas. Situada no município do Rio de Janeiro, tem o propósito de coordenar e executar as ações e atividades relacionadas à saúde mental do Sistema de Saúde da Marinha. Dispõe de ambulatórios de Psiquiatria, Psicologia e Nutrição, assim como emergência psiquiátrica 24 horas, quatro unidades de internação (feminina, masculina, de oficiais e de pacientes de longa permanência) e uma unidade de emergência que totalizam 61 leitos.

Atualmente, a UISM conta com 224 profissionais de variadas áreas de atuação, entre militares e servidores civis com estabilidade, aprovados por meio de concurso público. Destes, 104 compõem o Departamento de Saúde, ao qual estão subordinados a Clínica de Psiquiatria, Divisões de Apoio Hospitalar, Farmácia e Enfermagem e o Centro de Atenção Diária (CAD).

O CAD cumpre com o objetivo de atender aos usuários acima de 18 anos, portadores de transtornos mentais, com comprometimento de suas habilidades sociais e prejuízo da independência e autonomia a partir de uma abordagem terapêutica, seguindo o modelo de reabilitação psicossocial.

Quando a internação é indicada ao tratamento, a instituição recomenda que seja breve e seguida de acompanhamento ambulatorial. Os setores de internação hospitalar contam com 61 leitos distribuídos em cinco unidades: Emergência, Unidade de Internação I, Unidades de

Internação II Feminina e II Masculina e Unidade de Internação III. A Unidade I destina-se à internação de oficiais, de ambos os sexos; as Unidades II Feminina e II Masculina comportam as praças. Já a Unidade III é masculina, e é ocupada, predominantemente, pelos pacientes de longa internação.

Como cenário de pesquisa, optou-se pelas unidades de internação feminina e masculina, pois ambas comportam pacientes com características pertinentes aos critérios de inclusão da pesquisa.

Cabe exaltar que a instituição desenvolve um trabalho específico para os pacientes internados devido ao uso de drogas. Consiste em uma abordagem terapêutica multidisciplinar (enfermeiro, médico e psicóloga) em que o grupo aborda as principais questões levantadas pelos usuários durante a internação com o objetivo de desmistificar obstáculos e promover a manutenção do tratamento. O trabalho é realizado uma vez por semana com aqueles usuários que se sentem à vontade em sinalizar suas maiores dificuldades durante o tratamento. São abordados diversos assuntos como motivos do uso da substância, o porquê das recaídas, o abandono do tratamento medicamentoso e psicoterápico, dentre outros.

3.3 Participantes do estudo

Foram realizadas entrevistas abertas com 11 militares que estavam vivenciando o transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas na condição de tratamento em regime de internação em uma unidade psiquiátrica. Percebeu-se que os participantes se sentiram seguros e à vontade para falar sobre suas vidas, tendo em vista o vínculo prévio com a pesquisadora, que já trabalhava na referida unidade.

Os critérios de inclusão foram: militares de ambos os sexos, que estivessem na condição de serviço ativo na Marinha. Foram excluídos os militares que não tinham *insight*² preservado ou que apresentavam alguma condição que impossibilitasse a entrevista.

² Na teoria da Gestalt, o *insight* é definido como um evento cognitivo no qual a relação entre fatores psicológicos dá forma a uma figura compreensível para o sujeito.

3.4 Realização das entrevistas

Inicialmente, foi explicado aos participantes o objetivo da entrevista e o objeto de estudo para, posteriormente, dar início à coleta da história de vida dos militares. Bertaux (2010) aponta que, para se iniciar uma entrevista, faz-se necessário que o seu objetivo seja confirmado e que, pelo menos, uma pergunta seja feita.

Dessa forma, é necessário realizar uma aproximação do pesquisador com o pesquisado a partir do desenvolvimento de uma relação de confiança e o estabelecimento de vínculo para que informações importantes sobre a história de vida do pesquisado sejam acessadas. Nesta fase, o pesquisador deve informar ao participante a importância de sua narrativa e que somente ele poderá agregar valor à ciência, pois o relato de sua vida não está documentado (BERTAUX, 2010).

Nessa perspectiva, após a escolha dos participantes, respeitando os critérios da pesquisa, iniciou-se a coleta de dados com a aplicação de um instrumento (APÊNDICE A) com 12 perguntas fechadas sobre sua situação socioeconômica e sua vivência acerca do transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas.

Em seguida, foi realizada uma pergunta aberta solicitando que o participante falasse livremente sobre sua vida, com base na seguinte questão norteadora: fale-me sobre sua vida antes e depois do primeiro contato com as drogas. À medida que o pesquisador informa ao participante seu interesse e o convida a participar da pesquisa a partir de um primeiro contato, este se torna um pacto o qual irá filtrar, orientar e predeterminar a entrevista (BERTAUX, 2010).

Dando seguimento ao rigor metodológico, a Narrativa de Vida prevê a elaboração de filtros pelo pesquisador com a finalidade de nortear o entendimento dos participantes. Os filtros utilizados neste estudo consistiram em que o participante explicasse: o motivo que o levou para o uso de droga; como era a sua relação familiar e social antes e depois do uso problemático de drogas; qual foi a mudança percebida na sua autoimagem e na autoestima após o uso frequente de drogas; e como pretendia sair daquela situação. A seguir, iniciou-se a entrevista.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, conforme preconiza a técnica, possibilitando lembrar as falas e, conseqüentemente, organizar as ideias em unidades de significação (BERTAUX, 2010).

Durante a coleta de dados, foi oferecida aos participantes uma escuta sensível e atenta,

com a finalidade de apreender de forma qualificada e profunda aquilo que os sujeitos queriam falar, funcionando como medida terapêutica na prática de cuidar de vidas (REIS et al., 2012). Bertaux (2010) coloca que é permitido, em um momento oportuno, que o pesquisador questione sobre alguma fala ou colocação do participante, a qual não tenha ficado clara ou que o pesquisador considere importante esmiuçar, desde que o entrevistado tenha mencionado anteriormente.

Após a realização da primeira e da segunda entrevista, a partir de uma única questão, não houve necessidade de inclusão de mais filtros, pois ficou claro o entendimento por parte dos participantes acerca dos objetivos da pesquisa, narrando fatos e recordações importantes para o estudo. Cabe ressaltar, então, que nenhuma entrevista foi descartada ou até mesmo contaminada por interrupções intempestivas da pesquisadora.

Em um diálogo, a comunicação percorre três canais: a comunicação não verbal, as entonações e as próprias palavras (BERTAUX, 2010). Logo, a transcrição das entrevistas de forma minuciosa possibilita, ao pesquisador, aprofundar no discurso para captar todas as informações que não foram transmitidas por palavras, mas sim por gestos, emoções, suspiros e pausas. O autor ainda afirma que sua análise objetiva descobrir as passagens relativas a um tema.

Paralelamente, a coleta foi encerrada ao atingir o ponto de saturação. Bertaux (2010) entende como ponto de saturação aquele no qual as entrevistas não acrescentam mais valor ao conhecimento sociológico do objeto social. Desse modo, para o referido autor, não são necessárias dezenas de narrativas. Esta técnica possibilitou o exercício de ouvir o outro sem emitir qualquer tipo de opinião, trazendo a abertura de um vínculo estabelecido por uma escuta sensível e atenta da pesquisadora.

Finalmente, os conteúdos dos relatos foram lidos várias vezes para apreensão das categorias pertinentes ao objeto da pesquisa que surgiram das falas das entrevistas, como acrescentam Spindola e Santos (2003), e que tinham o *status* de indícios, ou seja, passagens ditas que remetessem a algum mecanismo social da experiência de vida (BERTAUX, 2010). Para a menção das narrativas nos resultados da pesquisa, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos: NV1; NV2; NV3 [...] até NV11.

3.5 Análise dos dados

Conforme orienta Bertaux (2010), a análise inicia na chegada ao lugar da pesquisa, onde o pesquisador deve atentar para tudo que o surpreenda, pois essas reações revelam sinais contraditórios àqueles pressupostos. Seguindo o procedimento metodológico, após a coleta dos primeiros relatos das narrativas de vida, deu-se início às transcrições. O autor recomenda que se transcrevam, de forma integral, as primeiras entrevistas, pois assim o pesquisador aprenderá não só sobre o objeto da pesquisa, como as possíveis falhas em seu roteiro de entrevista.

Com o material empírico, foi realizada a leitura flutuante, ou seja, leituras sucessivas das narrativas com o objetivo de identificar trechos das narrativas semelhantes a algum tema assinalado (BERTAUX, 2010). Após a transcrição e retranscrição das narrativas, foi iniciado o processo da análise temática manual, que consistiu em encontrar núcleos de significância nas narrativas cuja frequência de aparição tem relevância para o objeto escolhido. A comparação dos trechos das narrativas foi realizada, atribuindo-se cores a cada unidade temática. Essa etapa denomina-se codificação, a qual deu origem a 68 unidades de significação, as quais podem ser vistas no Apêndice B (Quadro 8). Após a codificação com o recurso de cores, foi realizada novamente uma leitura exaustiva das narrativas comparando-as com as unidades de significação. Após esse processo, emergiram três agrupamentos, fase denominada de recodificação. No capítulo 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS – serão exibidos uma figura e um quadro, elaborados com a finalidade de possibilitar uma melhor compreensão acerca das duas primeiras fases: codificação e recodificação.

O Quadro 3 foi elaborado com os seguintes dados retirados da identificação do instrumento de coleta de dados: faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, graduação, início do consumo da substância, frequência do uso e substância consumida. A confecção do referido Quadro teve o objetivo de facilitar a compreensão e análise das narrativas; também foi desenvolvido um historiograma com um breve resumo das histórias dos participantes (Quadro 4). Após os agrupamentos das unidades de significação, foi realizada nova leitura das narrativas, percebendo-se o surgimento de um grande tema: a vivência de militares em uso de substâncias psicoativas, o qual deu origem a uma única categoria analítica.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi desenvolvido segundo os preceitos da resolução nº CNS/MS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi submetido via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que foi a instituição proponente, sendo aprovado sob o parecer consubstanciado nº 3.573.931 (ANEXO A). O projeto de pesquisa também foi apresentado ao Instituto de Pesquisas Biomédicas (IPB) do Hospital Naval Marcílio Dias, com a anuência do diretor do Hospital (APÊNDICE C), CEP da instituição coparticipante, sendo aprovado sob o parecer consubstanciado nº 3.647.632 (ANEXO B). A pesquisa considerou os princípios éticos da beneficência e não maleficência, que fazem parte das pesquisas realizadas com seres humanos.

Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), com informações sobre a temática proposta, os objetivos da pesquisa e a técnica de coleta de dados, bem como de que não haveria qualquer tipo de custo ou remuneração pela participação. Os dados serão guardados por cinco anos após a finalização da pesquisa, conforme a resolução CNS/MS 466/12.

Esta pesquisa possui riscos mínimos, relacionados aos aspectos emocionais, psicológicos e socioculturais, que serão respeitados pela pesquisadora na individualidade de cada participante, a fim de serem evitados. A pesquisadora esclareceu aos participantes que a suspensão da entrevista era voluntária e que, diante de qualquer situação de incômodo vivenciado pelo usuário, seria garantida não só a interrupção da entrevista, mas também o encaminhamento para o profissional de referência (psicológica/psiquiátrica) da unidade de internação responsável pelo usuário.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

Para uma melhor compreensão do perfil sociodemográfico dos participantes, foi elaborado o Quadro 3, que apresenta os dados de identificação extraídos do instrumento de coleta de dados: faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, graduação, início do consumo da substância, frequência do uso e substância consumida.

Quadro 3 – Caracterização sociodemográfica dos militares entrevistados. Rio de Janeiro, 2020

Narrativa	Idade	Grau de escolaridade	Estado civil	Graduação	Início do consumo da substância	Frequência do uso	Substância
NV 1	36	SC	Solteiro	2ºSG	Há 6 anos	No pagamento	Cocaína
NV 2	23	EM	Solteiro	Soldado	Há 9 anos	Diária	Maconha e cocaína
NV 3	38	EM	Casado	2ºSG	Há 16 anos	No pagamento	Cocaína
NV 4	20	EM	Solteiro	Marinheiro	Há 8 anos	3x por semana	Cocaína
NV 5	34	EM	Casado	3ºSG	Há 9 anos	2x por semana	Cocaína
NV 6	32	EM	Solteiro	Cabo	Há 8 anos	Diária	Cocaína
NV 7	34	EM	Casado	3ºSG	Há 21 anos	Irregular	Cocaína e álcool
NV 8	38	SC	Solteiro	Cabo	Há 17 anos	Diária	Cocaína e álcool
NV 9	32	SI	Solteiro	3ºSG	Há 3 anos	Diária	Cocaína
NV 10	46	EM	Casado	Cabo	Há 25 anos	Diária	Cocaína
NV 11	47	EM	Casado	2ºSG	Há 20 anos	Diária	Cocaína

Fonte: A autora, 2020.

Legenda: Superior completo: SC; Superior Incompleto: SI; Ensino médio: EM; Solteiro: S; Casado: C.

A fim de estabelecer o período da vida em que esses militares iniciaram o uso problemático de substâncias, estabeleceram-se três recortes temporais: período da infância (até os 12 anos de idade), no qual não foi identificado nenhum caso; período da adolescência (13 a 20 anos), com apenas 9% dos casos (n=1); e fase adulta (21 a 64 anos), que concentrou maior número de casos: 91% (n=10). Assim, os dados do Quadro 3 demonstram que a maioria dos militares teve o primeiro contato com a substância psicoativa na idade adulta, com evolução para seu uso contínuo.

Com relação ao grau de escolaridade, oito participantes possuíam ensino médio; dois, o ensino superior completo e apenas um, superior incompleto. Quanto ao estado civil, seis são solteiros e cinco casados.

Com relação ao tempo de uso da substância 10 militares referiram usar há mais de cinco anos e apenas um faz uso há três anos. Quanto à substância consumida, todos os participantes referiram cocaína e apenas dois relataram o uso concomitante com álcool ou maconha.

4.2 Historiograma

O Quadro 4 apresenta no historiograma um breve resumo das histórias dos participantes, com o objetivo de facilitar a compreensão e a análise das narrativas.

Quadro 4 – Historiograma dos participantes do estudo (continua)

NARRATIVAS	BREVE RELATO DAS HISTÓRIAS
NV 1	Segundo-sargento, 36 anos de idade, solteiro, ensino superior completo, morando atualmente no quartel. Início do uso da cocaína aos 30 anos de idade. Relata usar a substância no início do mês, após o pagamento. No momento, encontra-se de licença para tratamento de saúde. Em seu relato, justificou que iniciou o uso por curiosidade.
NV 2	Soldado, 23 anos de idade, solteiro, ensino médio, residindo com avós e irmão. Início do uso da maconha aos 14 anos e da cocaína aos 17 anos de idade. Relata usar a substância (cocaína) todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que iniciou o uso por influência de amigos do colégio.
NV 3	Segundo-sargento, 38 anos de idade, casado, ensino médio, residindo com a esposa e três filhos. Início do uso da cocaína aos 22 anos de idade. Relata usar a substância no início do mês, após o pagamento, permanecendo o uso por, aproximadamente, três dias consecutivos. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que iniciou o uso devido à traição da esposa.
NV 4	Marinheiro, 20 anos de idade, solteiro, ensino médio, residindo com a esposa e dois filhos. Início do uso da cocaína aos 12 anos de idade. Relata usar a substância três vezes por semana. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que, no início, o uso foi por influência do irmão, somado a problemas familiares com a mãe e o padrasto.
NV 5	Terceiro-sargento, 34 anos de idade, casado, ensino médio, residindo com a esposa e um filho e um enteado. Iniciou o uso da cocaína aos 25 anos de idade. Relata usar a substância duas vezes por semana. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que iniciou o uso por curiosidade.
NV 6	Cabo, 32 anos de idade, solteiro, ensino médio, residindo com a mãe. Início do uso da cocaína aos 24 anos de idade. Relata usar a substância todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que o início do uso foi por influência de amigos e curiosidade.

Quadro 4 – Historiograma dos participantes do estudo (conclusão)

NV 7	Terceiro-sargento, 34 anos de idade, casado, ensino médio, residindo com os pais. Início do uso de álcool aos 16 anos e cocaína aos 21 anos de idade. Relata usar a substância todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que o início do uso ocorreu por influência de amigos.
NV 8	Cabo, 38 anos de idade, solteiro, ensino superior completo, morando sozinho. Início do uso de álcool aos 17 anos e cocaína aos 22 anos de idade. Relata usar as substâncias quase todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que iniciou o uso por frustração e proximidade (área de fronteira) com a droga.
NV 9	Terceiro-sargento, 32 anos de idade, solteiro, ensino superior incompleto, residindo com a esposa. Início do uso da cocaína aos 29 anos de idade. Relata usar a substância todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que o início do uso foi por distanciamento da família e influência de amigos.
NV 10	Cabo, 46 anos de idade, casado, ensino médio, residindo com a esposa e um filho, porém relata ter tido sete filhos e devido ao uso problemático das drogas, o conselho tutelar tirou a guarda das crianças. Início do uso da cocaína aos 21 anos de idade. Relata usar a substância todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que iniciou o uso por influência de amigos.
NV 11	Segundo-sargento, 47 anos de idade, casado, ensino médio, residindo com a esposa e dois filhos. Início do uso da cocaína aos 27 anos de idade. Relata usar a substância todos os dias. No momento, encontra-se trabalhando normalmente. Em seu relato, justificou que o início do uso foi por influência de amigos e curiosidade.

Fonte: A autora, 2020.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS

Neste capítulo, serão apresentadas as três subcategorias que emergiram das narrativas e integram a categoria “Vivência de militares em uso de substâncias psicoativas”: 1) “A vida dos militares antes do uso de substâncias psicoativas”; 2) “O uso de substâncias psicoativas e as consequências na vida pessoal, familiar e profissional dos militares”; e 3) “Estratégias adotadas pelos militares para o enfrentamento do transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas à luz da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis”.

A Figura 2 demonstra todo o processo analítico das narrativas e o Quadro 5, a categorização e síntese das unidades de significação.

Figura 2 – Processo analítico das narrativas



Fonte: A autora, 2020.

Quadro 5 – Categorização e síntese das unidades de significação (continua)

CATEGORIA A VIVÊNCIA DE MILITARES EM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	01. SUBCATEGORIA A vida dos militares antes do uso de substâncias psicoativas.
	02. SUBCATEGORIA O uso de substâncias psicoativas e as consequências na vida pessoal, familiar e profissional dos militares: - as consequências com o uso de substâncias psicoativas. - a relação da família no contexto das drogas. - o ato de usar as substâncias psicoativas.

Quadro 5 – Categorização e síntese das unidades de significação (conclusão)

	03. SUBCATEGORIA Estratégias adotadas pelos militares para o enfrentamento do transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas: - a saída: um novo recomeço.
--	---

Fonte: A autora, 2020.

As narrativas de vida dos militares participantes deste estudo possibilitaram perceber a complexidade do universo do transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas em militares da ativa.

As narrativas foram marcadas por muita emoção, períodos de angústia e, muitas vezes, pausas seguidas de momentos de reflexão. Os entrevistados demonstram arrependimentos, sentimentos de culpa, perdas financeiras e afastamento de familiares, fruto da mudança de comportamento oriunda do início do uso das substâncias. As falas transmitiram intenção de um novo recomeço, porém evidenciaram decepção, fracasso e frustração. Outras narrativas mostram a transferência de responsabilidade para justificar a permanência na condição atual, uso da substância.

5.1 A vida dos militares antes do uso de substâncias psicoativas

Nesta subcategoria, discutiu-se a vida dos militares antes do uso das substâncias psicoativas. Os resultados apontaram que antes do contato com as drogas, os militares gozavam de boas condições financeiras, atividades de lazer com amigos e familiares e uma vida social satisfatória.

[...] minha vida em si era uma vida ótima... ótima não; excelente! Muitas coisas eu poderia curtir, tinha uma vida social muito boa... tanto financeiramente como amigos [...] (NV1)

[...] eu era um ótimo aluno, tocava violão, fazia composição de músicas, gostava de sempre viajar para as praias, tinha um contato muito próximo com minha família, com meus amigos [...] (NV2)

[...] tinha minha bicicleta supermoderna... *downhill*... que eu gostava de andar pela cidade, andava... ia para Ponta Negra, ia pra Barra de Macharanguape... era muito feliz, muito feliz, apesar da saudade de casa... eu falava por telefone com a minha família [...] (NV5)

As falas denotam que os participantes, apesar da distância da família, conseguiam manter um grupo social agradável, com satisfação na realização das atividades de lazer, como ir à praia, viajar, ouvir e compor músicas, dentre outras. Percebe-se que, antes das drogas, os militares encontravam prazer e vontade em realizar suas atividades, sinalizando bem-estar psicológico evidenciado por sentimentos de alegria.

A qualidade de vida é influenciada por fatores objetivos (condições de saúde, relações sociais, realização de atividades, renda, entre outros) e fatores subjetivos, que incluem o bem-estar psicológico, a satisfação e a felicidade. A satisfação com a vida reflete o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (DIOGO, 2003).

As habilidades sociais são fundamentais para que a pessoa viva melhor em sociedade, possibilitando a sobrevivência do indivíduo e da espécie; por meio delas, aprendem-se formas de comunicação e regras para convívio, adquirindo conhecimento acerca de si e do mundo e dando-lhe significação, sendo possível, assim, a construção de uma identidade (RESENDE et al., 2006).

Dentre os 11 militares da ativa, seis relataram ter, antes do uso de drogas, reconhecimento por parte de seus superiores hierárquicos por sempre realizarem suas tarefas de forma assídua, com responsabilidade e comprometimento. As falas traduziam muita satisfação ao relembrar do reconhecimento no trabalho e, muitas vezes, vinham seguidas de pausa ao recordarem a mudança de comportamento no trabalho após o uso abusivo das substâncias.

[...] era um militar que produzia muito a bordo ali na parte Operativa [...] parte de serviço, na parte de dar serviço, na parte administrativa, trabalhar na secretaria. (NV5)

[...] Mas antes das drogas tudo fluía no trabalho, tudo era tranquilo, eu fui um dos melhores militares. Eu conseguia fazer tudo, a vida era mais prazerosa... eu já cheguei a ser um dos melhores militares em várias coisas... até ganhei inscrições em vários cursos. Então, antes das drogas eu era muito feliz. (NV9)

Percebeu-se, nos relatos, a importância do trabalho para esses militares, denotando muita satisfação em poder ocupar um lugar social dentro de um grupo evidenciado a partir do reconhecimento e prestígio por ser um bom militar, sinalizado por ganhos na carreira, como inscrições em cursos e confiança na assunção por posições importantes dentro do quartel. O trabalho ocupa lugar central na vida cotidiana e assume diversas conotações: é visto como

parte da identidade, é descrito como realização pessoal, assume papel social e constitui fonte de prazer e felicidade. Além disso, é centro de preocupações e investimentos individuais e coletivos, é fonte de renda, estrutura nosso calendário e é mecanismo de integração social (MONTEIRO, 2014).

O reconhecimento no trabalho coincide com as qualidades valorizadas pela organização do trabalho e coloca em evidência a importância do trabalho no processo de construção da identidade pessoal, bem como a importância do outro e dos coletivos de trabalho no estabelecimento de julgamentos sobre o valor do sujeito e daquilo que ele faz quando trabalha (BENDASSOLLI, 2012).

Entretanto, alguns relataram pontos importantes na infância e na adolescência, os quais se mostraram um meio fértil e propício para uma maior aproximação com as drogas, seja por falta de um dos membros da família seja pelo uso de drogas por outros familiares.

Em alguns relatos, percebeu-se uma dinâmica familiar conturbada, com conflitos que contribuíram para a ausência de acolhimento e levaram a comportamentos propícios para a aproximação com universo das drogas.

[...] eu nunca tive pai. Meu pai faleceu um mês de eu nascer, e desde então eu fui criado pelo meu padrasto e já vim de uma casa com violência. Meu padrasto agredia minha mãe [...] meu irmão não vivia com a gente [...] ele já, já saiu de casa bem cedo, já se envolveu com drogas bem cedo. A minha mãe começou a beber e aí eu comecei a conhecer esse mundo de bebida essas coisas aí. Comecei a conhecer esse mundo de bebida, comecei a ter... fui chegando mais perto dessas coisas [...] (NV4).

[...] eu sempre bebi, desde minha adolescência eu sempre bebi [...] (NV5).

Um dos participantes mencionou a ausência de seu pai desde a infância, sendo criado pelo padrasto. Durante sua infância, vivenciou momentos de brigas, confusões e até violência em casa. Mencionou, ainda, a saída de seu irmão de casa decorrente do envolvimento com as drogas, o que favoreceu a curiosidade para experimentar a substância. Evidências apontam que a presença de conflitos familiares e o consumo de substâncias psicoativas por familiares constituem um ambiente desarmônico de vida, o que pode contribuir para o uso de drogas ainda na adolescência. Por outro lado, quando há um ambiente com orientação e educação aos filhos, o risco de uso de drogas é afastado, sobretudo quando há diálogo entre pais e filhos, o apoio em momentos difíceis e maior contato com a rotina diária (ZAPPE; DAPPER, 2017).

Um participante mencionou a timidez e a baixa autoestima como sentimentos que o levaram à ansiedade e à angústia. Desta forma, percebeu-se que o uso de substâncias foi justificado como sendo um facilitador para melhora da autoestima e timidez, contribuindo para a interação interpessoal.

[...] Então... eu sempre fui uma criança tímida e essa timidez me incomodava muito, me incomodava demais e isso eu era uma criança muito ansiosa. Sempre meus pais me ajudaram com os estudos, só que mesmo assim eu sentia falta de alguma coisa, alguma coisa para minha autoestima melhorar porque eu sempre tive baixa estima [...] (NV7).

Problemas de autoestima podem estar relacionados a alterações na saúde mental e ao abuso de substâncias, além da não adesão aos outros estilos de vida saudáveis (NADALETI et al., 2019). A timidez pode comprometer a aproximação com outras pessoas, impedindo a formação de laços de amizade e o desfrute de experiências enriquecedoras. Deste modo, o desenvolvimento adequado das habilidades sociais fica comprometido, predispondo a pessoa a problemas emocionais futuros e tornando-a vulnerável a assumir comportamento propício ao consumo de drogas (OLIVEIRA; SANTOS, 2017; CARRAPATO et al., 2020).

5.2 O uso de substâncias psicoativas e as consequências na vida pessoal, familiar e profissional dos militares

Esta subcategoria abordou o ato de usar substâncias, suas consequências e a relação da família nesse contexto. Os militares entrevistados expuseram os efeitos desejados provocados pelas substâncias em uso, destacando a sensação de poder e o efeito estimulante.

A primeira sensação foi ótima sim [...] (NV1).

É uma sensação boa [...] não sei [...] é uma sensação de poder [...] me sinto bem [...] é um momento ali de relaxamento [...] (NV4).

Na hora é bom, sempre na hora é bom, sempre a primeira vez é boa [...] só notei um pouquinho que eu fiquei meio falante e já estava bem de novo, estava aceso de novo [...] (NV6).

Experimentei a cocaína, como se diz na gíria, me deu uma onda diferente [...] passava de engraçado para inconveniente [...] e eu não percebia, não me dava conta, no êxtase da droga ali, eu não me dava conta [...] (NV11).

O uso da droga evoca reforço positivo rápido, seja como resultado da euforia produzida pela droga, seja como alívio da perturbação do afeto, alívio dos sintomas de abstinência ou uma combinação desses efeitos. Como consequências reforçadoras, tem-se a intensificação do humor, a facilitação psicossocial e a evitação ou alívio dos sintomas de abstinência (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os entrevistados também reconheceram as alterações psíquicas e físicas consequentes do uso da droga.

Só é boa quando você inala o pó [...] aí teve um dia lá que eu passei mal [...] comecei a vomitar sangue [...] comecei a vomitar sangue [...] (NV1).

[...] uma pessoa que usa droga não dorme bem, você passa várias, várias noites acordado [...] eu já passei três dias acordado, tenente [...] três dias acordado, usando [...] (NV9).

[...] você fica ruim do fígado, dá taquicardia, você não come, você não dorme direito, você não aguenta fazer uma atividade física, tá entendendo? Você leva mais ou menos quatro a cinco dias pra se recuperar, tá entendendo? [...] sem contar no psicológico, que você não fica legal com você mesmo [...] (NV11).

Outros reforçaram que se viam em precárias condições de higiene e sem moradia porque gastavam excessivamente com a compra de drogas, atribuindo tal situação como “fundo do poço”. Com o intuito de rastrear as situações citadas ou não pelos participantes que pudessem remeter a algum mecanismo social que houvesse marcado sua experiência de vida, ou seja, aquelas com uma significação sociológica (BERTAUX, 2010), pode-se observar que alguns desses *status* de indício puderam ser capturados nas narrativas. Na NV2, o participante fez menção da expressão “fundo do poço” o que significava estar sem condições mínimas para sobrevivência, sem moradia, sem roupa e sem comida, resultando em um intenso sofrimento psíquico. Nesta fala, o militar só percebeu a gravidade de sua doença após ter perdido tudo o que, dentro de um contexto social, julgou importante. Nesse momento, o participante conscientizou-se o quão estava dependente da substância. Já na NV8, “fundo do poço” foi descrito como uma sequência de punições disciplinares. Nota-se que, em ambas as narrativas, há uma distinção quanto à percepção para a expressão “fundo do poço”. Tal situação os remete a mecanismos sociais que marcaram experiências de vida ao assumir uma significação sociológica no contexto de vida desses militares.

[...] o fundo do poço pra mim [...] foi quando eu tava sem roupa nenhuma [...] já tinha que pedir roupa emprestado para os outros [...] morando na praia sem comida [...] sem nada [...] mas só que droga não faltava [...] eu ficava sem comer [...] ficava sem beber água [...] mas a droga nunca faltava [...] (NV2).

Esses achados vão ao encontro dos resultados alcançados no estudo de Silva et al. (2016), que revelou o impacto do uso de drogas na saúde dos usuários, destacando agravos como os tremores em mãos, convulsão, desmaios, hemoptise, náusea, vômito, problemas hepáticos e úlceras gástricas. O uso das drogas promove alterações na qualidade da alimentação – que ocasiona emagrecimento e debilidade do estado físico – e do sono, relacionada, principalmente, a episódios de insônia devido ao efeito excitatório de algumas drogas no sistema nervoso central. O consumo de substâncias psicoativas ocupa uma função central da vida dos dependentes químicos, perpassando atividades de autocuidado e promovendo descuido relacionado à higiene e à aparência pessoal (SILVA et al., 2016).

Os militares expressaram em suas falas diversos motivos que os levaram a usar pela primeira vez a substância. Percebeu-se que o principal foi a curiosidade dentro de um contexto de diversão e prazer.

[...] pô, curiosidade... experimentei (NV1).

[...] esse negócio é muito bom [...] aí eu ficava com aquele negócio na cabeça [...] o negócio deve ser bom pra caraca [...] aí eu fui lá e comprei o negócio [...] (NV5).

Foi observado, ainda, em algumas falas que o desejo de inserção em determinados grupos sociais motivou o uso da substância.

[...] eu notei que um amigo meu nunca ficava mal [...] aí eu cheguei e perguntei por que ele nunca ficava mal [...] aí ele me falou meio que na brincadeira [...] eu tenho uma fórmula mágica e tal [...] aí eu peguei ele no banheiro fazendo uma situação meio diferente [...] aí me apresentou essa situação [...] (NV6).

Quando eu fui a soldado, que eu já estava com 21 anos, confraternizando com amigos onde eu morava, uma conhecida minha estava com a cocaína [...] foi a primeira vez que eu experimentei, já estava sob o efeito do álcool e experimentei [...] (NV7)

[...] os colegas [...] foi um colega meu que me ofereceu, aí eu usei a primeira vez [...] (NV10).

[...] daí veio o experimentar a droga [...] experimentar a droga por um motivo de querer estar em um grupo diferente, por estar frequentando lugares com pessoas diferentes [...] experimentei a cocaína [...] (NV11).

Também emergiu como motivação a intenção de tornar-se mais extrovertido para uma melhor interação interpessoal, principalmente com mulheres.

[...] talvez por causa de querer me expor [...] de dizer que eu sou o cara pras meninas [...] (NV1).

O uso no seio familiar também foi evidenciado.

E por incrível que pareça eu é [...] o meu primeiro contato com as drogas foi com meu irmão [...] a gente em casa, bebendo, brincando [...] ele me apresentou as drogas [...] (NV4).

O primeiro contato com as drogas pode ser incentivado pela interação do grupo social do qual a pessoa faz parte. A experiência do primeiro uso da droga sofre influência direta do processo de interação sociocultural entre os indivíduos que compõem um grupo. O uso inicial e a trajetória do uso de álcool e outras drogas assume uma função social, uma vez que o consumo dessas substâncias está relacionado ao processo de aceitação em determinado grupo (BERNARDO; CARVALHO, 2012; LIMA et al., 2018).

A disponibilidade da droga, sua aceitação social e a pressão dos pares podem ser os determinantes principais da experimentação inicial. Outros fatores, como personalidade e biologia individual, são importantes para o modo pelo qual os efeitos de determinada droga são percebidos e o grau em que seu uso repetido produz nas alterações no Sistema Nervoso Central. (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os entrevistados complementaram seus relatos explicitando vários fatores que influenciaram a continuidade do uso das substâncias, destacando a influência de amigos, a aproximação com pessoas com o mesmo vício e o uso concomitante por familiares.

[...] aí eu conheci alguns amigos também de fora do quartel que ainda apresentaram outros tipos de droga [...] foi loló, LSD, êxtase [...] aí eu comecei a usar também essas drogas [...] aí ficava acampado com eles fim de semana só me drogando [...] (NV2).

[...] sentamos em um banquinho, eu, ele e o cunhado dele [...] aí ele, vou te dar um negócio aqui para você melhorar porque você tá muito ruim [...] aí foi quando eu conheci a cocaína [...] no caso [...] ele já conhecia [...] meu irmão já passou por umas quatro ou cinco clínicas, eu acho [...] (NV4).

[...] por eu ser dependente químico, era mais fácil eu ter amizade por pessoas que fazem o uso também do que pessoas que convidasse para ir para ambiente social diferente, um teatro, um *shopping*, um cinema, uma igreja [...] (NV8).

Eu comecei a lutar contra isso [...] não, isso tem que acabar. Então, eu há pouco tempo eu consegui ficar quatro meses sem uso [...] por esforço, sem tomar medicação, mas não foi fácil porque minha esposa faz uso também [...] (NV10).

Um militar atribuiu o uso de droga à necessidade de algo que o distraísse, mascarando sua realidade diante da incapacidade em solucionar determinados problemas ou até mesmo como forma de aliviar as tensões oriundas do trabalho.

[...] sente que tá faltando alguma coisa [...] ociosidade[...] se você não tiver aquela droga ali pra te entorpecer ou pra te distrair [...] pra te dar um levante [...] você se sente incapaz de fazer algumas coisas [...] tipo de beber e conversar com alguém [...] chamar uma menina pra dançar [...] Às vezes a droga te ajuda nisso [...] a te desinibir um pouco [...] eu fui usar a droga achando que eu ia ficar mais feliz [...] (NV2).

Alguns militares relataram que o uso da droga foi motivado por alguma insatisfação ou frustração, como briga conjugal, em que eles encontravam uma forma de fugir daquele acontecimento da vida.

[...] motivo para ter usado essa droga simplesmente foi mulher [...] depois da desilusão [...] me sentindo sozinho [...] quando eu bebo uma cerveja [...] a primeira coisa que vem à mente [...] ‘eu tenho que dar um teco’ [...] ‘eu tenho que dar um teco’ [...] (NV1).

[...] aí aconteceu um episódio na minha vida, né [...] de traição da minha esposa... eu resolvi perdoar pra não poder deixar meus filhos passar o que eu passei, mas só que esse perdoar tinha uma ferida... hoje eu vejo [...] eu fiquei descontando sempre em mim, descontando sempre em mim [...] foi aonde começou o uso da droga... era sempre uma fuga [...] eu comecei a fazer isso comigo [...] usar a droga de uma forma exagerada, entendeu? Querendo me matar [...] acabar comigo [...] ficar dias acordado [...] era sempre uma fuga [...] (NV3).

[...] aquilo parecia que, de alguma forma, aliviava aquela tensão que eu sentia a bordo, entendeu? Todos os problemas parecem que eu descarregava na droga [...] (NV10).

As falas vão ao encontro dos achados de Targino e Hayasida (2018), que revelaram, em seu estudo, diversos fatores envolvidos no uso de drogas, como: compensar os problemas afetivos e emocionais, aliviar o sofrimento, melhorar a socialização, ser aceito no grupo de pares, sentir prazer, assim como para outras formas de lazer.

Nesse contexto, percebe-se a complexidade da relação que o indivíduo vem estabelecendo com as drogas, em que o uso pode estar associado tanto a fatores intrínsecos (sintomas de depressão, ansiedade e insegurança) quanto a fatores extrínsecos (familiares usuários de drogas, violência ou conflitos familiares, baixo desempenho e disponibilidade da droga (MACEDO et al., 2014).

Ainda como fator contribuinte expressado pelos entrevistados, tem-se as facilidades para a obtenção da droga em seu contexto social. O militar afirmou que os vendedores de drogas as fornecem de maneira muito tranquila, quando sabem que será pago. Então, esse militar concluiu que, por ter um emprego estável, a aquisição da droga era facilitada. Outro militar referiu servir em área de fronteira, o que, na opinião dele, foi um facilitador para o uso.

[...] e pra eu conseguir isso é um estalo de dedo, pow [...] porque os traficantes sabem quem paga e quem não paga, sempre foi assim [...] eu sou militar da

Marinha e sou o pagodeiro [...] se eu não tiver renda de um lado, eu tenho do outro [...] então, eles sabem [...] se eu fizer isso aqui (estalou os dedos) vai ter [...] (NV6).

[...] lá na região, a facilidade é maior e a pureza é um fator importante... porque lá é a fronteira, Bolívia, Paraguai, enfim [...] é bem mais fácil se envolver com droga do que em outro lugar [...] (NV8).

Estudos reforçam essa relação ao afirmar que viver numa comunidade na qual a venda de substâncias é estimulada pode facilitar o uso de drogas, assim como uma condição social e econômica mais favorável (TARGINO; HAYASIDA, 2018).

Os participantes acrescentaram que o distanciamento do seio familiar também contribuiu para o uso das substâncias. Para eles, o sentimento de solidão e estar sem uma estrutura social para ampará-los agravaram ainda mais o quadro de abuso de drogas. Outro indício observado foi o distanciamento da família. Na NV2, quando o militar menciona que “não tinha contato com minha família mais”, mostra uma importante lacuna em relação à inserção a um grupo social o qual o conforto em suas dificuldades. Logo, ele exterioriza o distanciamento da família como solução para seu vazio emocional.

[...] aqui talvez pela solidão [...] me sinto carente. Quando você vê que não tem ninguém que te ama que tá se preocupando contigo você procura refúgio em droga [...] (NV1).

[...] não tinha contato com minha família mais [...] aí ficava meses sem falar com minha família [...] e aí foi só me afundando [...] (NV2).

[...] umas das coisas que levou às drogas também foi a distância da minha família. Eu me sentia muito sozinho [...] eu não sou daqui, eu sou de Pernambuco [...] aí chegava Dia dos Pais, Dia das Mães, eu ficava muito só [...] influência de amizades também, eu me envolvi com pessoas que não [...] aí eu sentia falta da família, eu sentia falta [...] aí eu quero usar [...] ia lá e usava [...] (NV9).

[...] e estou separado da minha esposa, dos meus filhos que eu tanto amo porque ela ficou sabendo que eu tive a internação e tal e ela não concorda, tá entendendo? [...] (NV11).

Nesse contexto, percebeu-se, nos relatos, que o apoio da família desperta o sentimento do “ser importante para alguém” e atua como fator de proteção para o uso da substância.

[...] talvez em Salvador eu me sinta mais forte pela presença da minha família [...] de meus amigos [...] entendeu? [...] de alguns amigos da época da escola [...] lá eu me sinto mais forte [...] da época que eu não usava drogas [...] entendeu? [...] (NV2).

[...] aí eu voltei a morar na minha mãe, dei o cartão pra ela, toma meu cartão, vigia meu dinheiro, controla meu dinheiro, faz tudo para eu não usar essa parada (NV6).

As redes sociais são constituídas pelos vínculos (parentesco, amizade ou conhecidos) relacionados ao indivíduo. Assumem expressiva importância, pois influenciam a autoimagem e são prementes para a experiência de identidade e competência, particularmente na atenção à saúde e adaptação em situações de crise. O fortalecimento desses vínculos repercute positivamente na esfera emocional e potencializa as chances de recuperação do dependente químico (CAVALCANTE et al., 2012).

Quando o núcleo familiar oferece uma estrutura sólida e consistente, torna-se menos propício a aproximação com as drogas, consubstanciando um desenvolvimento saudável. Deste modo, relações familiares saudáveis são fatores de proteção para evitar o uso dessas substâncias, enquanto relações familiares conflituosas, que envolvem distanciamento físico e/ou afetivo entre seus membros, são fatores de risco (RODRIGUES, KRINDGES, 2017; TAKAHARA et al., 2017).

A despeito do reconhecimento do apoio da rede social no combate ao uso de drogas, inicialmente, os participantes relataram esconder de suas famílias o uso frequente da substância, pois, até certo momento, conseguiam manter suas atividades diárias. Porém, essa condição tornou-se insustentável a partir do momento em que o uso se tornou problemático.

[...] mas chegou um tempo que não teve mais como esconder depois da minha segunda internação no UISM [...] (NV1).

[...] arrumei uma namorada [...] a gente pegou e fomos morar juntos [...] aí depois de um tempo, ainda assim, ela não sabia que eu usava [...] mas só que eu usava todos os dias [...] a gente morava junto, mas ela não sabia [...] aí até que um dia ela descobriu porque eu estava com a maconha no bolso e esqueci na minha bermuda [...] aí ela pegou e descobriu [...] (NV2).

Em outras situações, os participantes mencionaram deixar propositalmente a substância nas roupas pela falta de coragem em tratar o assunto e, também, como pedido de ajuda. A descoberta da família quanto ao uso das drogas gerava muito receio e vergonha aos militares.

[...] comecei a deixar algumas pistas, entendeu? Começava a deixar algumas pistas dentro de casa [...] isso [...] nas minhas viagens assim, eu comecei a deixar algumas pistas [...] coisas para alguém achar [...] isso, nas minhas viagens [...] até que a minha irmã achou, entendeu? Porque eu fiquei com medo da reação da minha mãe [...] a vergonha de falar que estava me afundando nesse negócio era maior, né [...] sempre fica maior. Como é que eu ia chegar pra minha mãe e pra minha irmã e falar, eu estou viciado no negócio aí que [...] sem saber a reação deles [...] como é que eles iam falar comigo? [...] (NV6).

O relacionamento entre os familiares é prejudicado quando algum membro faz uso abusivo ou é acometido por uma dependência química. Como consequência, a exclusão pela família é mais comum entre os jovens do sexo masculino e a violência, entre as mulheres. Tais comportamentos são influenciados pelo fato de que a experimentação da droga pode não causar dependência. Por conseguinte, produz-se uma falsa impressão social de que a perda de controle, os prejuízos e as dificuldades enfrentadas pelo dependente químico são uma escolha pessoal, e não um transtorno mental. Esse pensamento gera culpabilização, maus tratos e exclusão, agravando os estados de humor negativos e ansiedade e completando o ciclo vicioso necessário para justificar o consumo de drogas e a manutenção da dependência química (GARCIA, 2018).

Somado a esse contexto, as narrativas reforçaram consequências na vida pessoal, familiar e profissional desses militares. Com o uso frequente das drogas, conflitos familiares emergiam devido às mudanças de prioridade dentro de casa. Gastos financeiros com as drogas foram adquiridos e, conseqüentemente, responsabilidades com a família foram preteridas. Tal situação repercutia em constantes brigas e, muitas vezes, com perdas de vínculos afetivos.

[...] por que eu fiz isso? Eu tinha necessidade de estar fazendo isso? Aí eu sei que a briga ia começar, entendeu? Porque eu mentia muito, eu minto muito, entendeu? Acabava mentindo para usar droga! Hoje vou ficar um pouco mais tarde aqui, entendeu? Só que mentira acaba dando alguma coisa ruim, descobria [...] aí acabava descobrindo já tava na onda das drogas [...] ahhh, não quero saber então [...] já vou continuar por aqui [...] já estava estressado, já tava errado, aí que eu continuava mesmo e aí acabava piorando a situação, entendeu? [...] (NV4).

[...] isso afetava a minha família porque com o dinheiro que eu podia ter, não que faltasse nada em casa, mas eu poderia ter mais coisas [...] com o dinheiro da droga, gastar mil reais em droga, era um passeio em família que eu poderia fazer e poderia estar curtinho e não curtia [...] começou a gerar discussão familiar, tá entendendo? Começou a gerar conflitos com a minha esposa por conta disso [...] poxa, nunca sobra dinheiro. [...] e estou separado da minha esposa, dos meus filhos que eu tanto amo porque ela ficou sabendo que eu tive a internação e tal e ela não concorda? (NV11).

É patente que o uso problemático de drogas acarreta prejuízos na dinâmica familiar. As relações frequentemente passam a ser permeadas por negativismo na comunicação, o que a torna crítica e desagradável, propiciando, muitas vezes, situações de crise para atrair a atenção. Além disso, há perda de limites claros, incapacitando respostas parentais e ajustes de comportamentos. Traz-se ainda, como consequência para a família, o comprometimento da renda familiar e o uso de drogas como prioridade em relação ao cuidado, à educação, à alimentação e ao lazer (GARCIA, 2018).

Evidências apontam que a rejeição e o abandono familiar são comuns devido aos conflitos gerados pelo uso de substâncias psicoativas e, associativamente, o usuário tende a procurar em amigos, também dependentes químicos, o apoio faltoso pelos parentes. No contexto familiar, a falta de comunicação, conflitos e a dificuldade no funcionamento familiar podem gerar déficit de amor e proteção (TAKAHARA et al., 2017).

Os entrevistados reforçaram os danos aos relacionamentos interpessoais. O isolamento social do usuário de drogas ilícitas pode ser justificado tanto pela estigmatização da sociedade quanto pela autoestigmatização, contribuindo para o não merecimento de qualquer benefício. Assim, o processo de estigmatização reduz-se à categorização social, que é identificada de forma seletiva como uma característica negativa considerada fora da norma, gerando o comprometimento da identidade social do usuário no contexto das relações interpessoais (GARCIA; COSTA, 2016).

[...] porque eu não era assim, eu andava em tudo que era canto, ia pra tudo que era canto, jogava bola, ia pra bar, minha esposa me acompanhava, tinha prazer de ir com meus filhos nos lugares, depois passei a andar só, tá entendendo? [...] (NV11).

Outra consequência mencionada nas narrativas provocada pelo uso das drogas foi a diminuição do rendimento no trabalho.

[...] eu tive durante minha vida militar... fiz muitas coisas boas, mas o álcool e as drogas tiraram muito ali do meu potencial porque eu acho que eu tenho, pelas notas que eu tirava nos cursos que eu fiz, pela minha colocação no curso de soldado, minha colocação no curso de aperfeiçoamento de sargento. Dei palestra lá onde eu servi e tudo, uma palestra que eu peguei que foi complicada pra mim, porque foi para bastante comandante, eu consegui dar [...] eu sempre fiz minhas coisas na marca, porém o álcool e a droga me tirou, praticamente, o que eu poderia fazer 100%, eu fazia com 30% [...] (NV7).

Do ponto de vista neurobiológico, o uso de substâncias gera alterações comportamentais. Segundo Almeida, Bressan e Lacerda (2011), o uso abusivo de algumas substâncias pode provocar adaptações e alterações bioquímicas, sendo o córtex pré-frontal a área do cérebro mais afetada, responsável pelo planejamento das ações, tomada de decisão, memória operacional, flexibilidade cognitiva, dentre outras.

Os prejuízos nas atividades laborais acarretaram, a esses militares, punições administrativas adquiridas por falta ao serviço e perda de foco nas atividades exigidas.

[...] aí nessa fase aí eu já tomando parte, já tinha tomado duas partes, entendeu? Por ausência de serviço [...] aí perdi ponto, perdi 30 pontos [...] tomei uma prisão simples. Tive bastante problemas por causa de faltas [...] porque eu aumentei o uso no meio de semana, comecei a faltar [...] (NV6).

[...] Fundo do poço quando eu me vi com uma sequência de punições administrativas e disciplinares muito grandes e agravadas, justamente pela reincidência, ou seja, falta, atraso, falta, atraso [...] punição, punição, punição, e já via que eu já tinha perdido quase toda punição na carreira [...] (NV8).

[...] foi quando eu fui a sargento que eu vi que o barco começou a cair, foi quando eu vi que eu não tinha mais como poder sair, aí foi quando a minha carreira começou a despencar de uma forma [...] assim, de uma forma muito acelerada. Repreei no aperfeiçoamento, dois anos seguidos, desertei, fui preso, foi um momento que eu não consegui sair de casa [...] (NV9).

[...] Sofri pra caramba [...] Porque fui me arrastando, fiz curso de [...] curso de sargento que tem que estudar um pouco [...] sob o uso de cocaína [...] não é nem questão de estudar, mas é você aturar o militarismo, regra, horário, tudo [...] o ano todo de saco, tomando esporro. Você vira chacota, você se enrola na fala [...] você entende as coisas errado [...] perde horário direto, tomei cadeia no curso. Então essa foi a minha vida depois de 2012 pra cá na Marinha [...] só catapo, só tropeço, tropeço, tropeço (NV5).

[...] no serviço você acaba deixando coisas a desejar [...] (NV4).

Entretanto, as faltas no trabalho também foram justificadas pelo descrédito no serviço pelos superiores e demais militares.

[...] teve uma etapa que eu conseguia usar no meio de semana e ir para o trabalho, mas aí quando eu comecei a ver que, *pow*, também não era legal chegar lá daquele jeito, eu comecei a preferir ficar e continuar usando em casa e aí eu comecei a virar o mentiroso [...] (NV6).

[...] a confiança do pessoal do serviço não era mais a mesma [...] não tinha mais aquela expectativa [...] não, vamos contar com fulano, que no caso eu, que vai vir!!! Já não tinha mais isso [...] já não tinha mais essa expectativa [...] (NV8).

[...] hoje eu não dou serviço de guarda [...] tem uma missão na rua e eu não sou escalado [...] tem uma missão em Santos, eu dou meu nome e eles não me botam [...] tem uma em Belém, eu dou meu nome e eles não me botam, tá entendendo? Acredito que seja decorrente disso [...] (NV11).

Foi possível perceber com as narrativas que alguns militares preferiam continuar fazendo uso da substância a ir trabalhar, justificando não se sentirem confortáveis em se apresentarem no quartel sob o efeito da droga. Em outros relatos, foi reportada a perda da confiança por parte dos colegas de trabalho, com uma expressiva diminuição de expectativa quanto à conclusão das atividades dessas pessoas.

O uso habitual, abusivo e constante das drogas prejudica não só as relações sociais e familiares, mas também as de trabalho, afetando a qualidade de vida. Incide em uma condição de desorganização da vida, levando a faltas no trabalho, à impossibilidade de cumprir as tarefas e à perda do emprego (NIMTZ et al., 2016).

As drogas produzem uma corporalidade específica que será alvo de rejeição, culminando na produção de sujeitos marginalizados (ALMEIDA; AMARAL, 2017). De

acordo com Lopes (2016), trabalhadores que usam drogas não estão habituados a encontrar terreno para manifestarem e negociarem questões subjetivas que envolvem suas atividades laborais e uso de drogas. Este uso costuma representar, na prática, o oposto da noção de produtividade e funcionalidade.

Foi possível identificar, nos discursos de sete participantes, momentos de autocontrole em relação ao uso. Estes mencionaram que, inicialmente, não faziam uso diário da substância por não sentirem necessidade de usar ou porque tinham algum compromisso.

A partir daí comecei a usar [...] não todo dia, mas assim que elas me ligavam [...] (NV1).

A gente resolveu usar três vezes por semana, logo no começo [...] para não interferir na nossa vida [...] aí, a gente pegou e manteve essa ideia [...] ficamos umas quatro semanas assim [...] usando três vezes por semana só... com essa lei mesmo [...] (NV2).

Eu fiquei um mês sem fazer, um mês sem fazer [...] mas o troço ficou comigo, a herança. Aí um mês passou um mês, eu pedi mototáxi para comprar para mim [...] (NV5).

Algumas pessoas falam que não existe uso recreativo, mas eu acredito que exista uso recreativo porque eu usava aquilo ali e ficava um mês [...] às vezes, eu usava e ficava outros dois meses... que eu viajava pela Marinha [...] fazia outras viagens [...] já cheguei a ficar quase 1 ano sem usar, entendeu? (NV6).

Comecei a fazer o uso do álcool, da cocaína e quando aparecia eu usava outras drogas, maconha, eu comecei a usar o que aparecia, mas eu conseguia manter o trabalho militar normalmente [...] (NV7).

Entretanto, pode-se observar pelas narrativas que, posteriormente, o uso tornou-se mais intenso, com espaços de tempo menores entre os atos, acarretando perdas de prioridades na vida desses militares.

Em vez de elas me chamarem [...] eu que tava perturbando elas [...] ligando, chamando e aí, pô! Onde é que compra? Que eu não sei... Compra lá para mim [...] (NV1).

[...] acaba usando com outras pessoas [...] então foi aí que foi usando todos os dias da semana [...] praticamente [...] exceto final de semana quando eu estava em casa [...] (NV2).

[...] isso aí é fato e eu comecei a deixar rolar, eu aumentei o fluxo, aumentei [...] você com dinheiro no bolso, você vai além das estrelas, isso é fato [...] aí comecei a usar meio de semana, meio de semana [...] já gosto muito de jogar um videogame também, passava, virava a madrugada jogando videogame e usando a substância [...] (NV6).

Os militares também reforçaram que, com o tempo de uso das substâncias, ocorreu a necessidade de aumentar a quantidade consumida para obterem o mesmo efeito, fazendo com que perdessem o controle sobre a droga.

[...] pra mim sentir o mesmo efeito da cocaína de nove horas da manhã, eu ia ter que usar cocaína agora, daqui há dez minutos eu ia ter que usar de novo para sentir o mesmo efeito que eu senti agora [...] aí dez minutos eu usei, no máximo 20 minutos de novo eu ia ter que tá usando de novo [...] (NV4).

[...] se você nao parar de fato ali, sair fora, ir pra algum lugar e se entocar mesmo, alguém te trancar, você não [...] você continua, continua, continua, até o dinheiro acabar [...] ou até acontecer algo pior [...] (NV6).

[...] já não ligava mais se eu ia sair só final de semana pra usar droga ou se era durante a semana [...] já nem tinha essa noção e perdi a noção de ir para o trabalho [...] não tinha a noção que eu deveria trabalhar [...] interromper o uso e ir trabalhar, considerando a perda do controle [...] (NV8).

Segundo Laranjeira et al. (2010), tolerância é a perda do efeito da droga devido à administração repetida ou à necessidade de aumento da quantidade para a obtenção do mesmo efeito. Os autores destacam dois tipos de tolerância: inata e adquirida. A tolerância inata é aquela em que o indivíduo já nasce com os padrões mais resistentes de respostas para determinadas drogas. Já a adquirida, é aquela que necessita da adaptação do organismo à presença da droga.

Nesse contexto, dos 11 participantes, oito sinalizaram que, com o passar dos anos em uso contínuo da substância, perceberam que não conseguiam ter mais controle do uso, tampouco interrompê-lo, apenas o faziam quando o dinheiro acabava. Explicaram que, muitas vezes, não realizavam suas atividades de vida diária, como almoçar e tomar banho em prol do uso da substância. Quando ficavam sem usar durante um tempo, apresentavam sintomas indesejáveis, como taquicardia.

[...] eu saía do quartel de manhã cedo. Tinha dia que nem o café [...] quando era licença [...] nem o café da manhã a bordo eu pegava [...] eu passava no banco, pegava um dinheiro ali, sentia aquela vontade e necessidade, eu comprava droga, ia pra dentro de casa, me isolava e ali eu usava droga de manhã [...] saía de bordo umas oito horas, por volta de umas nove horas, no máximo, dez horas, eu estava usando droga [...] e isso daí se no outro dia eu não trabalhasse, mesmo assim eu trabalhando eu tava usando até umas sete horas da manhã, oito horas da manhã do outro dia direto [...] (NV4).

[...] Eu sonhava que tava usando droga [...] eu acordava querendo usar droga [...] eu acordava no meio da noite pra usar droga, na madrugada [...] (NV2).

[...] só que quando eu fui a cabo eu comecei a perder o controle, comecei a perder o controle, porque eu já estava bebendo muito [...] bebendo demais e quando eu bebia eu usava droga demais. Foi quando eu tive o primeiro problema no quartel [...] (NV7).

[...] pra mim, eu já não conseguia aguentar até quinta e sexta-feira para iniciar o uso e já segunda, terça ou quarta já iniciava o uso, já não conseguia ter esse [...] nem esse chamado controle [...] de deixar para o final de semana esse uso. Então, já vivia em uma situação sem controle de fato (NV8).

[...] Então, eu acho que eu percebi quando estava descontrolado foi quando eu percebi que eu não estava conseguindo parar mais [...] aí com o decorrer do tempo, com o decorrer dos anos eu vi que eu não conseguia mais parar, ou seja, ela começou a me dominar (NV9).

Nesse momento, merecem ser expostos os discursos de militares que apontaram o uso concomitante de drogas ilícitas e álcool e destacaram como esta associação agrava a perda do autocontrole sob o uso das substâncias. Um militar relatou, inclusive, que, muitas vezes, não podia sair com os amigos que iriam ingerir bebida alcoólica, pois sabia que, caso bebesse, necessariamente sentiria vontade de fazer o uso da substância psicoativa.

A partir de 2004, eu comecei a experimentar a cocaína, sempre após o uso do álcool e também julgava como recreativo [...] para mim era tudo brincadeira, farra e diversão [...] (NV8).

[...] vou tomar uma cerveja, é a pior desgraça que o viciado em cocaína pode fazer, se ele tomar uma cerveja, ele vai querer usar a droga, tá entendendo? E aí, eu saía pra tomar uma cerveja e não estava nem pensando em usar droga, muitas vezes evitava sair com os colegas pra beber porque eu estava com vontade de cheirar, mas eu sabia que se eu colocasse um gole de cerveja na boca, a vontade de usar cocaína ia ser maior e dito e feito doutora [...] eu saía e se eu tomasse um gole de cerveja, às vezes, eu saía com um colega que nem cheirava e nem usava, eu dava um jeito de ir buscar cigarro longe [...] (NV11).

Como consequência do descontrole do uso da substância, as narrativas evidenciaram total inabilidade para controlar o impulso ao consumo da droga e demonstraram que, juntamente com o processo de adoecimento, os militares se debruçaram sobre uma nova realidade caracterizada por dificuldades e perdas devido ao expressivo comprometimento financeiro em prol do uso da droga. Um dos militares chegou a pedir dinheiro emprestado, dispondo-se a pagar o dobro e, às vezes, o triplo da quantia, alegando falta do dinheiro naquele momento, somado à compulsão para o uso da substância. Outro comprometeu todo o salário no primeiro dia útil do mês.

[...] todo celular que eu pegava eu queria vender para poder acampar [...] eu comprava o celular e em uma semana já vendia pra ter dinheiro pra poder comprar a droga pra poder ir. Aí todo dia eu gastava mais de 100, 200 reais com cocaína, todos os dias [...] (NV2).

[...] quando eu recaio, às vezes, as pessoas lá fora se aproveitam [...] essas dívidas que ficaram aí fora que eu falei que vou pagar. Pessoas que me emprestam R\$100,00 pra mim pagar com R\$500,00; R\$20,00 pra pagar com R\$70,00, entendeu? Se aproveitam da minha situação [...] do estado que eu estou [...] (NV3).

[...] eu recebi no dia primeiro, eu fui pra rua 11 horas da manhã, 9h30 da noite, eu não tinha um centavo, eu gastei mil e oitocentos reais com droga [...] (NV11).

Emergiu nas narrativas que, para economizar dinheiro com o objetivo de custear o vício, alguns militares, muitas vezes, preferiam dormir no quartel a pagar um aluguel.

[...] comecei a morar a bordo pra começar a economizar dinheiro de aluguel pra poder gastar com bebida e cocaína [...] (NV2).

[...] ficava na rua [...] eu fiquei uns seis meses assim, morando na rua, recebendo pagamento sem ter onde ficar. A gente ficou nessa, andando na rua, usando droga [...] e eu protegendo ela na rua, surtada e a única coisa que ela me pedia era droga, toda hora ela queria droga (NV10).

O descontrole sob o uso de drogas associa-se ao descompromisso financeiro, à subvalorização da autoimagem e ao cultivo de sentimentos negativos pelas perdas econômicas (NIMTZ et al., 2016).

O baixo controle sobre o uso da substância é o primeiro grupo de critérios geral estabelecido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5, em que o indivíduo está sujeito a consumir quantidades superiores da substância, por um período de tempo maior do que o estabelecido. Nesses casos, o indivíduo tenta manter o uso regular ou até mesmo reduzir o consumo, sem sucesso. Em casos mais graves, algumas pessoas substituem quase todas as atividades diárias para a obtenção da substância (APA, 2014).

O mecanismo de ação de algumas substâncias, como a cocaína, consiste no comportamento simpatomimético, aumentando a concentração de catecolaminas na fenda sináptica, atuando sobre o sistema mesolímbico, podendo desencadear dependência, dano psíquico e complicações sobre o sistema cardiovascular no uso agudo (LIMA NETO et al., 2019).

As características reforçadoras das drogas psicoativas são a ativação do sistema mesocorticolímbico da dopamina. A sua ação neurofisiológica ativa as vias neuronais de recompensa, que geram comportamentos de dependência, além de causar sensações de prazer. A toxicidade das drogas, especificamente a cocaína, pode provocar dependência, tolerância e abstinência quando o sujeito faz a interrupção abrupta da droga, causando sintomas físicos e psicológicos inversos quando do abuso da cocaína, provocando grande sofrimento no indivíduo (MELO et al., 2017).

Em seis narrativas, foram retratados alguns episódios de recaídas, justificados por inúmeros motivos, como sentimentos de frustração, angústia ou por momentos de felicidade e euforia.

Um participante mencionou que o motivo de sua recaída foi o fato de estar imerso no problema, mesmo sabendo que aquilo traria prejuízos para sua vida. Outro justificou inúmeras recaídas durante a gravidez de sua esposa e outra recaída com o uso pesado de drogas, por um período longo e intermitente, devido à perda do bebê.

[...] você vê que é ruim, entendeu? [...] que você fez, entendeu? [...] e você vê que não foi certo, mas por já tá naquele consumo depois que você melhora você acaba cometendo um erro de novo e isso vai ficando consequente, consequente, entendeu? [...] (NV4).

[...] quando a minha mulher engravidou, foi ano passado, foi um outro momento que eu me senti muito mal, que até hoje eu sinto porque eu queria muito ser pai. Ela engravidou, durante a gravidez dela, eu tive poucas recaídas, tive poucas recaídas, quando ela perdeu o bebê, eu fiquei muito mal, fiquei muito mal, eu tive uma recaída bastante pesada [...] (NV7).

[...] mas era só ter um tempinho, passar aquela culpa, um dinheirinho no bolso e lá estava eu de novo [...] uma festinha, um copo de cerveja, procurando a droga [...] (NV11).

Assim, conforme mencionado por Almeida, Bressan e Lacerda (2011), a vulnerabilidade crônica à recaída é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas pessoas no tratamento da dependência química. Os autores justificam que a fissura pela droga, ou *craving*³ (grifo do autor), consiste no fator precipitador para a recaída, podendo ser de ordem intrínseca (estresse, ansiedade e sentimentos disfóricos), ou extrínseca (ambiente).

A fissura é um fenômeno que integra o próprio conceito de transtorno por uso de substâncias psicoativas, manifestando-se pela intensa necessidade ou desejo em usar a droga, com intensificação da probabilidade de consumo no ambiente em que a droga já foi consumida anteriormente (APA, 2014). A fissura também tem sido comparada a mecanismos de memória, sendo resultado de ativações paralelas ao circuito ativado pela droga. Assim, a estimulação da liberação da dopamina causada pela droga, remete ao indivíduo uma atenção voltada para os eventos a ela relacionados, enfatizando as oportunidades de uso da droga, justificando os gatilhos ambientais para o desencadeamento do *craving* (ALMEIDA; BRESSAN; LACERDA, 2011).

As entrevistas também trouxeram a associação do uso de substâncias com alterações psíquicas. Um participante mencionou que, durante uma missão militar, havia feito uso de várias substâncias ao mesmo tempo e percebeu que desenvolvera a sensação de perseguição. Outro mencionou a mudança de humor pela falta da droga.

³ Intenso desejo para consumir a substância.

[...] a falta da droga, às vezes, faz você mudar seu humor [...] por você está sem a droga, faz você mudar seu humor, faz você ficar ansioso, entendeu? Você afasta as pessoas, você acaba tratando pessoas de forma que você não queria tratar [...] (NV4).

[...] Nessa missão, eu misturei hidrolítico, álcool em gel com repositor e bebi [...] eu passei mal nessa manobra, fui desembarcado dela [...] um suboficial pegou meu fuzil e foi daí que eu tive a primeira baixa aqui na UISM e começou a me afetar [...] eu comecei a ficar em pânico. No começo da cocaína eu levava de boa, mas depois de um tempo eu já começava a sentir pânico, sensação de perseguição [...] que sempre tinha alguém me perseguindo e que eu não ia mais conseguir cursar a sargento [...] eu fiquei com isso na cabeça [...] (NV7).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5 (APA, 2014), o transtorno psicótico, caracterizado pela presença de delírios ou alucinações, pode ser induzido por uso de substâncias, como, por exemplo, a cocaína. Sua identificação dar-se-á pela análise do início dos sintomas, bem como do seu curso cujas evidências históricas, exame físico e exames laboratoriais são necessários.

O surgimento dos sintomas pode ocorrer durante a exposição prolongada da substância, podendo perdurar por semanas após sua interrupção. Cabe ressaltar que a presença de um transtorno psicótico primário com características atípicas, ou seja, idade superior a 35 anos e ausência de história pregressa de transtorno psicótico primário, pode ser sugestivo de um transtorno psicótico induzido por substâncias.

Outro ponto que merece atenção é que se observa a sobreposição entre transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas. O duplo diagnóstico

psiquiátrico emerge como perfil crescente para usuários de drogas, configurando a extensão desse grave problema que incrementa o número de reinternações e o tempo de reabilitação e interfere na adesão ao tratamento, além de haver a possibilidade de comportamentos de risco e ideação suicida. Estudo revelou 21,25% de prevalência de comorbidade psiquiátrica em usuários com transtornos mentais devido a substâncias psicoativas, sendo a esquizofrenia paranoide a mais prevalente (5,6%) (FERNANDES et al., 2018).

Nessa perspectiva, a bipolaridade é um fator de risco para indivíduos que possuem predisposição em serem dependentes químicos, assim como o contrário. Desse modo, tem-se a hipótese de que o uso de álcool e outras drogas podem desencadear uma crise maníaca ou depressiva. Outra hipótese supõe que o abuso de drogas pode ocasionar ou potencializar os episódios de humor no transtorno bipolar. Neste caso, a doença já existe, as drogas apenas irão agravar os sintomas (PASTORIS, 2017).

Somado a este contexto, os entrevistados enaltecem sentimentos negativos que reforçam o intenso sofrimento psíquico atrelado à dependência química.

[...] hoje em dia [...] eu quando vou dar um teco, eu dou um teco e já bate tristeza. Eu ao mesmo tempo usando e ao mesmo tempo me martirizando [...] porque eu tô fazendo isso? [...] depressão [...] pra mim isso é depressão [...] porque eu não quero tá fazendo isso [...] a sensação não é boa não [...] (NV1).

[...] acabou que remeteu eu ficar triste [...] porque é algo viciante [...] se você não tiver, você fica deprimido [...] (NV2).

[...] no mês passado, quando eu tive a recaída, eu cheguei em casa [...] quando eu chego em casa [...] eu não quero que ninguém me veja [...] eu vou para um outro quarto [...] (NV3).

[...] o final dela, ela causa uma depressão [...] a cocaína traz uma depressão na pessoa e o final dela, do efeito dela te causa depressão tremenda [...] (NV4).

[...] aí virou depressão total [...] Eu só ficava em casa, quarto banheiro, quarto banheiro... fiquei numa depressão do caramba [...] usando droga pra caramba [...] (NV5).

[...] depois quando isso acaba [...] a depressão que bate é muito grande [...] aí isso vem junto com a autoestima também [...] é tudo ao mesmo tempo [...] (NV6).

[...] quando você acorda com ressaca de drogas, você acorda com mau humor, você já acorda com depressão, já acorda chorando, aí quer tomar um banho e já quer fazer de novo [...] (NV9).

[...] Como eu me sentia? Eu me sentia traindo a minha família, tá entendendo? [...] aí vem aquele sentimento, fazendo alguma coisa errada, ao passo que eu poderia ter comprado alguma coisa pra dentro de casa, ter feito outra coisa, tá entendendo? [...] e a cocaína te leva de zero a cem em fração de segundos, teu corpo [...] ‘bum! [...] vai lá em cima e no outro dia teu corpo tem que desacelerar. Então você fica deprimido, tá entendendo? [...] porque teu corpo quer baixar de novo e com isso vem aquele pensamento: gastei o dinheiro todo ontem, to liso hoje, não tem nada pra comprar, tá entendendo? [...] (NV11).

Os sentimentos de tristeza e culpa corroboram com os achados de Cantão e Botti (2017) e Corrêa et al. (2020). Para Cantão e Botti (2017), é comum que adultos em tratamento para transtorno por uso de drogas apresentem sintomas de afeto negativo e transtorno depressivo. Desespero, sofrimento e descrédito pessoal expressam o sofrimento psíquico que essas pessoas vivenciam.

Quatro participantes mencionaram expressiva vulnerabilidade em relação ao uso da substância. Alguns relataram ter entrado em favelas para buscar drogas ou até mesmo para sanarem dívidas antigas a fim de manterem a credibilidade com o fornecedor da droga. Outro participante referiu já ter morado com mendigo e ter precisado catar latas de alumínio na rua para obter dinheiro. Tais situações reforçam as situações de risco as quais essas pessoas se submeteram.

[...] eu fiquei preso na favela porque o bandido não deixava sair [...] porque eu tinha que pagar a dívida toda que eu tava devendo [...] aí teve uma operação policial que eu fugi [...] sem documento [...] só de short e camiseta andando pela Brasil até na rodoviária [...] aí um homem foi me ajudou [...] eu contando a história [...] ele me ajudou [...] tirou foto minha [...] magrelo, feio, cabelo desse tamanho e mandou para ela [...] (NV1).

[...] resolvi comprar um pouquinho de pó [...] comprar mais pó [...] e resolvi ir na favela... depois resolvi comprar loló [...] aí comprei mais maconha [...] aí saí bebendo por aí até não aguentar mais [...] (NV2).

[...] mas por dentro de mim, eu não queria saber de mais nada [...] eu não queria saber de mais nada [...] eu esquecia de mim... cheguei a morar com mendigo... ficar no meio de mendigo [...] acabava o dinheiro e eu catando latinha no meio da rua, papelão, entendeu? Cheguei a um estado deplorável [...] (NV3).

[...] eu já me coloquei em várias situações de risco. Encontrar com pessoas erradas, mulheres que só queriam se aproveitar, aí quando você vai ver no outro dia está sem dinheiro, perder a dignidade [...] (NV7).

A facilidade de acesso a lugares que disponibilizam drogas contribui para que essas pessoas se tornem mais vulneráveis à permanência no cenário das drogas, culminando em riscos significativos para a saúde, como, por exemplo, a perda da própria segurança física. Faz-se necessário esclarecer a diferença entre vulnerabilidade e risco para a saúde.

A vulnerabilidade tangencia várias dimensões da vida do indivíduo, a partir de uma perspectiva biológica, ambiental e cultural. Garcia e Costa (2016) afirmam que os transtornos por uso de substâncias estão relacionados a três níveis de vulnerabilidade, a saber: o primeiro nível é o mais amplo, abrangendo os fatores sociodemográficos, como cultura, localização geográfica, idade, sexo, escolaridade, raça, dentre outros. O segundo nível inclui aspectos psicológicos e psiquiátricos que podem definir escolhas por usar ou não a substância, preferências pelo tipo da droga, bem como a relação do usuário com a droga e o valor atribuído a ela. O terceiro nível engloba os fatores biológicos e genéticos que irão determinar os efeitos que a droga gera no indivíduo.

Logo, a compreensão de vulnerabilidade no campo da saúde dentro do contexto das drogas vai muito além da simples condição de fragilidade e adoecimento do indivíduo, pois envolve as conjunturas que esse indivíduo detém para o enfrentamento dessa condição.

Considerando os inúmeros prejuízos ocasionados pelo uso abusivo das substâncias, um militar mencionou que tanto ele quanto sua esposa consumiam tais substâncias em grandes quantidades. Em uma ocasião, sua esposa, sob efeito da droga e perambulando na rua, havia abandonado seus filhos, desamparados e sozinhos enquanto ia à procura de mais droga.

[...] a minha esposa estava muito viciada na pasta base [...] ela não queria sair de lá de jeito nenhum [...] ela chegou a ficar perdida na rua, largar as crianças na rua [...]

por causa da droga, eu perdi meus filhos para o conselho tutelar... essa foi a maior perda que eu tive foi essa [...] o conselho tutelar levar meus filhos, duas vezes [...] (NV10).

Como consequência, ocorreu a perda da guarda dos filhos para a instituição. Esse procedimento é chamado de acolhimento institucional pela Nova Lei Federal de Adoção nº 12010/2009 (BRASIL, 2009). Tal fato merece ênfase quando se trata da salvaguarda dos direitos da criança.

Assim, percebe-se nitidamente a violação da missão profícua de zelar pela vida e pela integridade dessas crianças, indo de encontro ao que é preconizado no artigo 227 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e ao artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), ambos versando sobre os deveres da família para com as crianças. Faz-se necessário pontuar que a existência ou não do tráfico de drogas pode influenciar o comportamento das famílias e, conseqüentemente, a relação com as crianças (FERREIRA, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) ressalta que o acolhimento institucional, como medida protetiva, só deve ser utilizado quando crianças e adolescentes são submetidos a situações de grave risco à sua integridade física ou psíquica. Tal medida contempla esgotar todos os recursos para a manutenção do convívio familiar da criança ou do adolescente em sua família de origem, extensão ou comunidade.

5.3 A saída e um novo recomeço

A partir desta subcategoria, foi possível perceber, nas falas, que os militares sentiam necessidade de sair daquele contexto os quais estavam imersos. Eles pontuaram diversas alternativas que poderiam ajudá-los a superar essa grande dificuldade em suas vidas: sair das drogas.

Dos 11 participantes, nove mencionaram que a internação hospitalar seria o único modo de superar e tratar os transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas. Apenas um militar pontuou o tratamento concomitante da psicoterapia com a internação.

[...] até pra vir me internar no UISM [...] eu não quero mais [...] mas é a única solução que eu vejo que eu me sinto melhor [...] que minha autoestima melhora [...] porque aqui eu acabo construindo uma família com esses novos [...] esses novos pacientes... aí eu vejo que não é só eu que tem problemas [...] (NV1).

[...] queria me matar [...] aí foi aí que eu recorri à UISM a primeira vez [...] que eu vi que eu não estava mais conseguindo mais me livrar da droga [...] vi que a vida não [...] não ia conseguir seguir mais em frente [...] aí tive que vir pra cá [...] pra tentar dar um basta [...] (NV2).

[...] essa é a última vez que eu estou internado aqui! Eu vim com o pensamento de sair daqui totalmente recuperado [...] (NV3).

[...] e eu só cheguei a esse ponto porque eu acho que foi a última solução de que eu achei que por mim não tá conseguindo sozinho eu tinha que estar procurando alguém especializado, alguém que soubesse o medicamento [...] só quando eu fui chegar aqui que eu fui parar pra ter noção e ali eu na rua [...] eu em casa trabalhando fazendo minhas coisas eu não tava conseguindo ter essa capacidade [...] (NV4).

[...] eu pedia ajuda à Marinha, eu estou precisando de internação, aí foi quando eles conseguiram me internar [...] mas com a medicação vai me dar mais força ainda [...] vai ser mais uma força que de repente ficou faltando [...] (NV10).

Apesar das inúmeras discussões que permeiam o tema, ainda se percebe a visão biogenicista nos indivíduos. Nota-se grande dificuldade quanto à percepção dos diversos fatores que norteiam o uso problemático das substâncias, dentre eles a própria conscientização quanto à responsabilização pelos próprios atos e quanto à gerência das dificuldades da vida, no que tange ao estado de frustração em atividades malsucedidas.

As indicações de internação psiquiátrica associada ao abuso de substâncias relacionam-se a riscos à própria integridade ou à de terceiros, intoxicação grave ou abstinência grave por drogas, sintomas psicóticos e/ou instabilização do humor que levam à perda da autodeterminação, exposição social secundária a alterações psíquicas e planejamento de heteroagressão ou homicídio. A finalidade do tratamento é, então, a de propor ações terapêuticas para que essas alterações se esvaíam, os riscos diminuam progressivamente, levando à estabilização física e psíquica e ao engajamento do paciente na recuperação (MARCHETTI; ZOLDAN; RIBEIRO, 2017).

O tratamento / reabilitação inclui estratégias de prevenção de recaídas e a prestação de cuidados para ajudar o paciente a se abster do uso de substâncias e minimizar os danos físicos por elas causados. Desse modo, busca atingir um nível mais alto de funcionamento social, de forma a reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção (CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, 2006).

Percebeu-se, nas narrativas, que cinco militares mencionaram, com muita segurança e confiança, que a aproximação com Deus, através da religião e da fé, os ajudaria na recuperação do uso problemático das substâncias psicoativas.

[...] que dá vontade de se matar [...] mas eu nunca vou fazer isso [...] porque eu tenho temor de Deus, tenente! [...] minha mãe está velhinha lá [...] e eu ainda quero dar orgulho para ela [...] e estar a cada dia pedindo a Deus e se fortalecendo [...] (NV4).

[...] e outra coisa que eu falei com minha esposa, a gente vai [...] já estamos indo [...] se apegar na religião [...] eu estando na igreja, jamais faria isso. Então, hoje é o jeito que eu pretendo para sair disso [...] mas eu pretendo sair disso sim por meio da fé [...] (NV5).

[...] eu tenho muita dificuldade pra sair [...] já fui naquela igreja universal, fui na cura dos vícios [...] minha esperança é essa, a minha esperança é essa e eu estou tentando buscar Deus agora, né! Pra sair disso [...] minha mulher vai comigo na cura dos vícios, às terças feiras e eu vou também, só que mesmo assim é difícil sair [...] (NV7).

Os dados corroboram com pesquisa sobre espiritualidade e religiosidade que apontou passagens de livros sagrados como fontes de aprendizado e conforto, bem como o reforço na mudança de comportamento do indivíduo (CLAUS et al., 2018). Nesse contexto, Ribeiro e Minayo (2015) também evidenciaram em pesquisa com ex-dependentes químicos trajetórias pessoais relacionadas às vivências de reorientação de vida a partir da ligação com a fé.

Um participante, muito emocionado, referiu o incentivo de seu irmão em ajudá-lo a superar seu vício, aproximando-se do militar, apesar de residir em outro estado. Nesse caso, no que tange ao acolhimento do usuário, foi notória a importância do familiar, evitando que o militar em tratamento se sentisse desamparado naquele momento tão conturbado de sua vida: a internação hospitalar para tratamento da dependência química.

[...] é igual o meu irmão falou [nesse momento, ele bate na mesa, se autoafirmando] tu é mais homem do que eu [...] porque tu passou por isso [...] e saiu... então meu irmão!!! Tu é mais homem do que eu! [...] isso meu irmão mais novo falou... eu até me emocionei [olhos pouco avermelhados] O que é isso Hudson? Ele: É filho! [...] ele me chama de filho [...] saia dessa situação que eu vou dizer que tu é muito mais homem do que eu [bate na mesa, se autoafirmando] porque eu não sei como é que é essa sensação [...] se tu tá nessa dependência [...] dessa droga que está te matando aos poucos [...] e se tu conseguir vencer [...] para mim tu é muito mais homem do que eu [...] eu vou ter o prazer de dizer que tu é meu irmão!!! [...] (NV1).

Logo, foi possível perceber o quão motivado este militar se mostrou em vencer sua grande fraqueza, buscando uma tentativa de trazer orgulho para sua família, principalmente para sua mãe.

Outro militar associou a superação da sua doença com o retorno para próximo de sua de família, condicionado à transferência para seu Estado de origem, somado à própria força de vontade.

Além de remédio [...] tudo isso é a força de vontade porque é muito tempo [...] a vontade de fazer não vai passar de uma hora para outra [...] sempre vai bater a vontade de fazer, mas é a força de vontade [...] e a família, entendeu? A vontade de um futuro melhor [...] (NV4).

Eu pretendo sair dessa situação [...] indo embora do Rio de Janeiro [...] não tem outra alternativa [...] eu não quero [...] eu não quero ficar no Rio de Janeiro! [balança a cabeça, reforçando a negação] [...] (NV4).

Claus et al. (2018) citam que a família constitui forças positivas e facilitadoras por intermédio da união para a resolução do problema, assim como a credibilidade no tratamento. Os autores mencionaram que as famílias identificam forças facilitadoras provenientes de práticas religiosas e espirituais, de suporte do serviço de saúde mental e rede social, de crenças de família e das relações intrafamiliares.

Entretanto, a exclusão pela família é uma realidade entre os usuários de drogas (GARCIA, 2018) e os relatos dos militares evidenciaram que o abandono do vício é condição *sine qua non*⁴ para o restabelecimento dos laços afetivos no seio familiar.

E o meu objetivo é esse [...] o que eu posso, a minha linha de ação pra parar com a cocaína é resgatar minha família e eu só vou resgatar minha família se eu deixar o uso de cocaína e é o meu objetivo de vida [...] eu preciso recuperar minha família! Porque eu amo minha família de paixão (mostrou uma tatuagem no braço da família) [...] só eles que vão me fazer largar esse vício maldito [...] (NV11).

Os discursos também atrelaram o tratamento do vício ao desejo de um novo recomeço, prezando pelo autocuidado e com planejamentos para um futuro livre do transtorno por uso de substâncias psicoativas.

[...] eu já estou me programando para acabar com as minhas dívidas e começar uma vida nova [...] eu resolvi agora cuidar de mim [...] na moral, eu resolvi agora cuidar de mim [...] (NV3).

[...] quero voltar assim [...] quero voltar a estudar [...] voltar a estudar, entrar na faculdade semipresencial [...] vou tentar esse Enem 2020 e começar como se eu tivesse [...] infelizmente o leite derramado né, mas eu vou pensar assim [...] vou recomeçar como se eu tivesse meus vinte anos [...] não tenho, mas vou botar isso na minha cabeça [...] estudar [...] (NV5).

O exposto evidencia motivações para a mudança do comportamento de uso abusivo de substâncias. Prochaska e DiClemente (1982), a partir do Modelo Transteórico de Mudança Comportamental, revelam os estágios de motivação para a mudança de comportamento do dependente químico, que assume protagonismo nesse processo: pré-contemplanção, contemplanção, preparação ou determinação e, por fim, ação. Na pré-contemplanção, o usuário não considera a necessidade de mudança de comportamento; na contemplanção, cogita a possibilidade de mudança, mas ainda não há compromisso para tal. Na preparação ou determinação, o usuário está determinado e compromissado com a mudança comportamental,

⁴ Indispensável.

porém não há ação. Finalmente, na ação, há um engajamento em ações e situações para alcançar a mudança de comportamento.

Desta forma, os relatos anteriores expõem que os entrevistados se encontram no estágio de Ação, pois têm consciência da sua dependência química e decidem concluir o tratamento, verbalizando planejamentos e atitudes sugestivas de que farão mudanças no estilo de vida. É razoável pontuar que, ao buscar tratamento, os dependentes químicos se encontram em estágios motivacionais diferentes e cabe aos profissionais de saúde planejar o cuidado pertinente a cada momento (FERREIRA et al., 2015).

6 A TEORIA DAS TRANSIÇÕES: APLICAÇÃO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS MILITARES EM TRATAMENTO PARA TRANSTORNO RELACIONADO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Ao longo da vida, um indivíduo passa por muitas transições que envolvem uma ampla mobilização de recursos pessoais para lidar com tensões resultantes. Diante dos resultados obtidos em decorrência das narrativas de vida dos participantes, pode-se identificar e compreender a natureza das transições, as condições favorecedoras e inibidoras do processo e os padrões de resposta. Assim, a partir desta identificação, as necessidades desses militares foram utilizadas para o processo de compreensão e conseqüente discussão sobre a instituição da terapêutica de enfermagem, contribuindo para um processo transicional saudável, pautado na Teoria da Transição de Afaf Ibrahim Meleis.

6.1 Natureza das transições

Quanto ao tipo das transições, militares internados por transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas apresentaram três tipos de transição: situacional, organizacional e saúde-doença. A transição situacional é evidenciada pelo afastamento das atividades diárias oriundas da necessidade de uma internação hospitalar. Os militares identificaram que somente com a internação poderiam ter limites quanto ao seu descontrole em relação ao uso abusivo das substâncias psicoativas, bem como uma possibilidade de tratamento prolongado e recuperação da doença.

[...] e eu só cheguei a esse ponto porque eu acho que foi a última solução de que eu achei que por mim não tá conseguindo sozinho eu tinha que estar procurando alguém especializado, alguém que soubesse o medicamento [...] (NV4).

Percebe-se, nas narrativas, outro ponto de transição situacional quando os militares abordam conseqüências econômicas pelo comprometimento financeiro com a compra da droga, como: precárias condições de higiene e perda da moradia. Os militares constatam uma nova realidade de vida caracterizada por dificuldades e perdas. Nesse momento, eles atribuem esse estágio da vida como “fundo do poço”.

[...] o fundo do poço pra mim [...] foi quando eu tava sem roupa nenhuma [...] já tinha que pedir roupa emprestada para os outros [...] morando na praia, sem comida [...] sem nada [...] mas só que droga não faltava [...] eu ficava sem comer [...] ficava sem beber água [...] mas a droga nunca faltava [...] (NV2).

Já a transição organizacional é representada por mudanças no ambiente institucional e são causadas por transformações no contexto social, político e econômico, interferindo na vida dos trabalhadores (MELEIS et al., 2010). Assim, esse tipo de transição ficou evidenciado na substituição do ambiente de trabalho para o ambiente hospitalar e ambulatorial. Trata-se de uma mudança organizacional que representou uma proteção e um acolhimento que facilitou o processo de recuperação do militar quando teve acesso ao Serviço de Saúde da Marinha.

A transição saúde-doença foi evidenciada pelo sofrimento psíquico causado pela associação do uso de substâncias com alterações psíquicas. Um dos militares referiu desenvolver sensação de perseguição pelo uso de múltiplas substâncias, enquanto outro mencionou a mudança de humor pela falta da droga.

[...] a falta da droga, às vezes, faz você mudar seu humor [...] por você estar sem a droga, faz você mudar seu humor, faz você ficar ansioso, entendeu? Você afasta as pessoas, você acaba tratando pessoas de forma que você não queria tratar [...] (NV4).

[...] Nessa missão, eu misturei hidrolítico, álcool em gel com repositores e bebi [...] eu passei mal nessa manobra, fui desembarcado dela [...] um suboficial pegou meu fuzil e foi daí que eu tive a primeira baixa aqui na UISM e começou a me afetar [...] eu comecei a ficar em pânico. No começo da cocaína, eu levava de boa, mas depois de um tempo eu já começava a sentir pânico, sensação de perseguição [...] que sempre tinha alguém me perseguindo e que eu não ia mais conseguir cursar a sargento [...] eu fiquei com isso na cabeça [...] (NV7).

As transições saúde-doença exploram as respostas de indivíduos e famílias em contextos de doença (MELEIS et al., 2010). Tal fato pode ser evidenciado pelo enaltecimento de sentimentos negativos pelo uso prolongado da droga, traduzindo um intenso sofrimento psíquico.

Meleis et al. (2010) afirmam que esta categoria de transições resulta na mudança de papel de um estado de saúde para uma doença aguda porque a natureza gradual permite tempo para a incorporação gradual do comportamento e sentimentos do novo papel.

[...] hoje em dia [...] eu quando vou dar um teco, eu dou um teco e já bate tristeza. Eu ao mesmo tempo usando e ao mesmo tempo me martirizando [...] porque eu tô fazendo isso? [...] depressão [...] pra mim isso é depressão [...] porque eu não quero tá fazendo isso [...] a sensação não é boa não [...] (NV1).

Deve-se notar que os tipos de transições não são mutuamente exclusivos. As transições são processos complexos e várias transições podem ocorrer simultaneamente durante um determinado período de tempo.

Em relação ao padrão das transições dos militares, estes foram sequenciais, simultâneos e relacionados, pois ocorreram vários tipos de transição simultaneamente e um foi desencadeado pelo outro. Vale evidenciar que as transições simultâneas são agrupamentos de transições relacionadas ou não relacionadas que ocorrem juntas durante um determinado período de tempo. Dessa forma, nas transições simultâneas relacionadas, um evento marcador precipita numerosas transições (MELEIS et al., 2010).

Conforme apontam Meleis et al. (2010), as transições também podem vir acompanhadas por incertezas, sofrimento emocional, conflitos interpessoais e preocupação. Nesse contexto, um militar mencionou a relação da recaída representada pelo uso pesado de substâncias com a perda do seu bebê. Assim, percebeu-se uma transição sequencial, ou seja, ocorreu um efeito cascata em que uma transição levou a outra ao longo do tempo.

[...] durante a gravidez dela, eu tive poucas recaídas, tive poucas recaídas. Quando ela perdeu o bebê, eu fiquei muito mal, fiquei muito mal, eu tive uma recaída bastante pesada [...] (NV7).

Como evidenciado, cada pessoa pode experimentar mais de um tipo de transição ao mesmo tempo, dependendo das condições que são vivenciadas. Assim, as transições podem ser únicas, múltiplas e simultâneas, de acordo com a insuficiência de papéis (MELEIS et al., 2010). Ainda em relação à natureza das transições, pode-se dizer que são complexas e multidimensionais, ditas como propriedades da transição. São elas a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, tempo da transição e os pontos críticos e eventos (MELEIS et al., 2010).

A consciência é um acontecimento próprio de cada pessoa cujos processos e resultados estão relacionados à maneira como ela define ou redefine a construção de si mesma ou da situação vivenciada. Assim, o indivíduo que passa pela transição deve ter consciência das mudanças que estão ocorrendo. Caso tais transformações tenham sido negadas ou não tenham atingido um nível de consciência, então o indivíduo ainda não está em processo de transição. Neste caso, diz-se que a pessoa está um estado de pré-transição, sendo necessário solucionar as barreiras que bloqueiam a percepção da transição (MELEIS et al., 2010).

Ao analisar a fala da NV4, pode-se identificar que esse militar obteve seu nível de consciência atingido, ao perceber a gravidade da doença, bem como as consequências que

causaram impacto em sua vida. Ele reconheceu que sozinho não conseguiria atingir seus objetivos quanto ao seu tratamento, nem mesmo a conscientização necessária para sair desta situação, decidindo procurar profissionais especializados.

[...] e eu só cheguei a esse ponto porque eu acho que foi a última solução de que eu achei que por mim não tá conseguindo sozinho. Eu tinha que estar procurando alguém especializado, alguém que soubesse o medicamento [...] só quando eu fui chegar aqui que eu fui parar pra ter noção e ali eu na rua [...] eu em casa trabalhando fazendo minhas coisas eu não tava conseguindo ter essa capacidade [...] (NV4).

Ainda em relação às propriedades da transição, apontam-se a mudança e a diferença. Meleis et al. (2010) mencionam que, embora a mudança e a diferença sejam semelhantes, não são sinônimos de transição. Todas as transições vivenciadas pelo indivíduo levam à mudança, ao passo que nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição. Para que um indivíduo compreenda o processo de transição, faz-se necessário que este descubra e descreva os efeitos e significados das transformações envolvidas.

Eventos críticos de desequilíbrio, ruptura nas relações, rotinas, ideias, percepções e identidades podem estar relacionados com as mudanças (MELEIS et al., 2010). Na análise do discurso da NV6, podem-se identificar as alterações na rotina do militar, ao mencionar os prejuízos nas suas atividades laborais, punições administrativas por falta ao serviço e perda de foco nas atividades exigidas.

[...] aí nessa fase aí eu já tomando parte, já tinha tomado duas partes, entendeu? Por ausência de serviço [...] aí perdi ponto, perdi 30 pontos [...] tomei uma prisão simples (NV6).

Quanto aos eventos relacionados à ruptura nas relações, danos aos relacionamentos interpessoais foram narrados e representados pelo isolamento social do usuário de drogas ilícitas, bem como conflitos familiares devido às mudanças de prioridade dentro de casa.

[...] porque eu não era assim, eu andava em tudo que era canto, ia pra tudo que era canto, jogava bola, ia pra bar, minha esposa me acompanhava, tinha prazer de ir com meus filhos nos lugares, depois passei a andar só e isso afetava a minha família porque com o dinheiro que eu podia ter, [...] era um passeio em família que eu poderia fazer e poderia estar curtinho e não curtia [...] começou a gerar discussão familiar (NV11).

Ainda sobre os eventos críticos de desequilíbrio, os militares tiveram a percepção de que as faltas no trabalho geravam descrédito no serviço pelos superiores e demais militares.

[...] a confiança do pessoal do serviço não era mais a mesma [...] não tinha mais aquela expectativa [...] não, vamos contar com fulano, que no caso eu, que vai vir! Já não tinha mais isso [...] já não tinha mais essa expectativa [...] (NV8).

Outra propriedade das transições é a diferença, exemplificada por expectativas não atendidas ou divergentes, sentir-se ou ser percebido como diferente – ou ver o mundo e os outros de maneiras diversas (MELEIS et al., 2010). Tal característica foi observada quando alguns militares percebiam a internação como a solução para seu vício, enquanto outros militares assumiam uma postura vitimizada diante da internação, expressando não saber como assumir suas responsabilidades após a alta hospitalar. As distinções percebidas, às vezes, resultaram em mudanças de comportamento ou percepções, mas nem todas as diferenças afetaram os militares da mesma forma ou tiveram os mesmos significados.

Assim, as experiências de transição podem ser úteis para os enfermeiros considerarem o nível de conforto e domínio do cliente ao lidar com mudanças e diferenças (MELEIS et al., 2010).

6.2 Condições facilitadoras e inibidoras do processo transicional

Os indivíduos atribuem significados as suas próprias percepções que, por sua vez, influenciam as condições sob as quais ocorre uma transição. Assim, para compreender suas experiências no processo de transições, faz-se necessário descobrir as condições pessoais e ambientais (comunitárias ou sociais) que facilitam ou dificultam uma transição saudável.

As condições pessoais compreendem os significados, as crenças e atitudes culturais, o estado socioeconômico, a preparação e o conhecimento sustentado nos elementos comunitários e sociais, podendo facilitar ou dificultar os processos de transições saudáveis e seus resultados (MELEIS et al., 2010).

Meleis et al. (2000) afirmam que os significados atribuídos a eventos precipitantes de uma mudança podem facilitar ou inibir transições saudáveis. Quando os indivíduos não relacionam os problemas com a situação vivenciada, significa que não perceberam qualquer adversidade. Assim, nenhum significado especial foi atribuído para facilitar a transição.

No presente estudo, os militares não atribuíram nenhum significado especial ao uso inicial das substâncias psicoativas a um possível desenvolvimento para o uso problemático das drogas. Tal situação foi mencionada pelos militares quando referiram não fazer uso diário da substância, exteriorizando autocontrole em relação ao uso. Logo, essa condição foi inibitória para o processo de transição saudável.

Em relação às crenças e atitudes culturais, os militares consideram vergonhoso o uso problemático de substâncias, tendendo a esconder tal prática de outras pessoas, tanto no trabalho quanto no âmbito familiar, o que os faz vivenciar uma experiência solitária. É patente perceber que essa atitude contribuiu para dificultar o processo de transição saudável, visto que o indivíduo permanece com o uso. Outro inibidor da transição saudável foi a condição financeira dos militares. Estes, por terem seus salários mensalmente, apresentam total segurança e tranquilidade para gastarem seu dinheiro com a compra da droga.

Meleis et al. (2010) apontam a preparação antecipatória como um fator facilitador para uma transição saudável. Assim, desenvolver atividades educativas e discussões em grupo durante a internação pode contribuir para o esclarecimento de dúvidas, bem como para a melhoria da qualidade e quantidade de informações prestadas aos militares acerca da doença.

As condições comunitárias podem dificultar ou facilitar a vivência da transição (MELEIS et al., 2000). Assim, neste estudo, a família pode contribuir como facilitador ou inibidor para o processo de transição saudável. A contribuição é facilitadora caso a família ofereça apoio durante o tratamento, incentivo para o uso das medicações, bem como ajude na manutenção da observação constante para futuras recaídas. A contribuição é inibidora quando outros membros da família também fazem uso de substâncias psicoativas. Ambos os casos aparecem nos resultados deste estudo.

[...] não tinha contato com minha família mais [...] aí ficava meses sem falar com minha família [...] e aí foi só me afundando [...] (NV2).

E por incrível que pareça eu é [...] o meu primeiro contato com as drogas foi com meu irmão [...] a gente em casa, bebendo, brincando [...] ele me apresentou as drogas [...] (NV4).

Outros fatores vivenciados pelo indivíduo também podem dificultar o processo de transição (MELEIS et al., 2000). Algumas narrativas deste estudo expuseram certas vulnerabilidades, as quais constituíram condições inibidoras do processo transicional. A exposição a lugares de risco (comunidades onde não há repressão da venda e consumo de drogas) e as facilidades de acesso à droga compuseram algumas vulnerabilidades neste estudo, contribuindo para inibir o processo para uma transição saudável.

6.3 Padrões de resposta: indicadores de processo e indicadores de resultado

Meleis e Trangenstein (1994, p. 257) afirmam que a enfermagem se preocupa “com o processo e as experiências de seres humanos em transições onde a saúde e o bem-estar percebido são o resultado”. As transições prolongam-se ao longo do tempo e a identificação de indicadores de processo, que levam os indivíduos em direção à saúde ou à vulnerabilidade e risco, são facilitados a partir de uma avaliação precoce e intervenção de enfermagem, possibilitando resultados saudáveis (MELEIS et al., 2010).

Os indicadores de processo incluem: sentir-se conectado, interagir/relacionar-se, estar localizado/situado e desenvolver confiança e enfrentamento (Meleis et al., 2000).

A necessidade de se sentir e permanecer conectado por meio da formação de uma rede de apoio, seja pelo estreitamento das relações entre familiares e o militar, seja pelo desenvolvimento do vínculo entre os enfermeiros e profissionais de saúde quanto ao desenvolvimento da relação de confiança para o esclarecimento de dúvidas e para o surgimento de uma sensação confortável durante todo o processo transicional. Essa relação os faz se sentirem conectados, o que possibilita a exteriorização de suas dificuldades e necessidades.

Este tema foi proeminente em muitas narrativas, quando os militares mencionaram que o apoio da família despertava o sentimento de “ser importante para alguém”, possibilitando-os a ficarem sem usar a droga.

[...] talvez em Salvador eu me sinta mais forte pela presença da minha família [...] de meus amigos [...] entendeu? [...] de alguns amigos da época da escola [...] lá eu me sinto mais forte [...] da época que eu não usava drogas [...] (NV2).

Por meio da interação entre os militares e enfermeiros, é possível perceber pontos de conflito e dificuldades para a continuidade do tratamento após a alta hospitalar e, assim, desenvolver estratégias para uma nova reflexão da realidade. Nesse sentido, comportamentos são descobertos e esclarecidos em resposta à transição (MELEIS et al., 2010).

A localização é outro importante elemento do padrão de resposta. Ela é importante para a maioria das experiências de transição, podendo ser vista em alguns indivíduos. Em suas narrativas, os militares constantemente faziam comparações. Eles comparavam suas vidas, experiências, práticas e atitudes antes e depois do início do uso das substâncias. Assim, as comparações foram uma das maneiras pelas quais os militares apresentaram, examinaram e

deram sentido às suas experiências. Eles compreenderam sua nova vida comparando-a com a antiga. Fazer comparações também foi uma maneira de se “situar” no tempo, no espaço e relacionamentos, ou seja, uma forma de explicar – e talvez justificar – como ou qual o motivo de estarem naquela situação, onde estiveram, quem e o que são. Meleis et al. (2010) afirmam que uma das características das transições é a criação de novos significados e percepções.

[...] Mas antes das drogas tudo fluía no trabalho, tudo era tranquilo, eu fui um dos melhores militares. Eu conseguia fazer tudo, a vida era mais prazerosa... eu já cheguei a ser um dos melhores militares em várias coisas... até ganhei inscrições em vários cursos. Então, antes das drogas eu era muito feliz. (NV9)

[...] quero voltar assim [...] quero voltar a estudar [...] voltar a estudar, entrar na faculdade semipresencial [...] vou recomeçar como se eu tivesse meus vinte anos [...] não tenho, mas vou botar isso na minha cabeça [...] estudar [...] (NV5).

O desenvolvimento da confiança é um padrão indicativo no qual os indivíduos experimentam um aumento no nível de confiança, manifestado a partir do grau de compreensão dos diferentes processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação, na utilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias de gestão. As dimensões do desenvolvimento e da manifestação da confiança são progressivas ao longo da trajetória de transição (MELEIS et al., 2010).

À medida que ocorre o amadurecimento e a compreensão da doença, os militares desenvolvem o desejo de um novo recomeço, prezando pelo autocuidado e com planejamentos para um futuro. Tal circunstância é fruto da compreensão dos pontos críticos e decisivos e um senso de sabedoria resultante de suas experiências vividas.

[...] eu já estou me programando para acabar com as minhas dívidas e começar uma vida nova [...] eu resolvi agora cuidar de mim [...] na moral, eu resolvi agora cuidar de mim [...] (NV3).

6.4 Indicadores de resultado

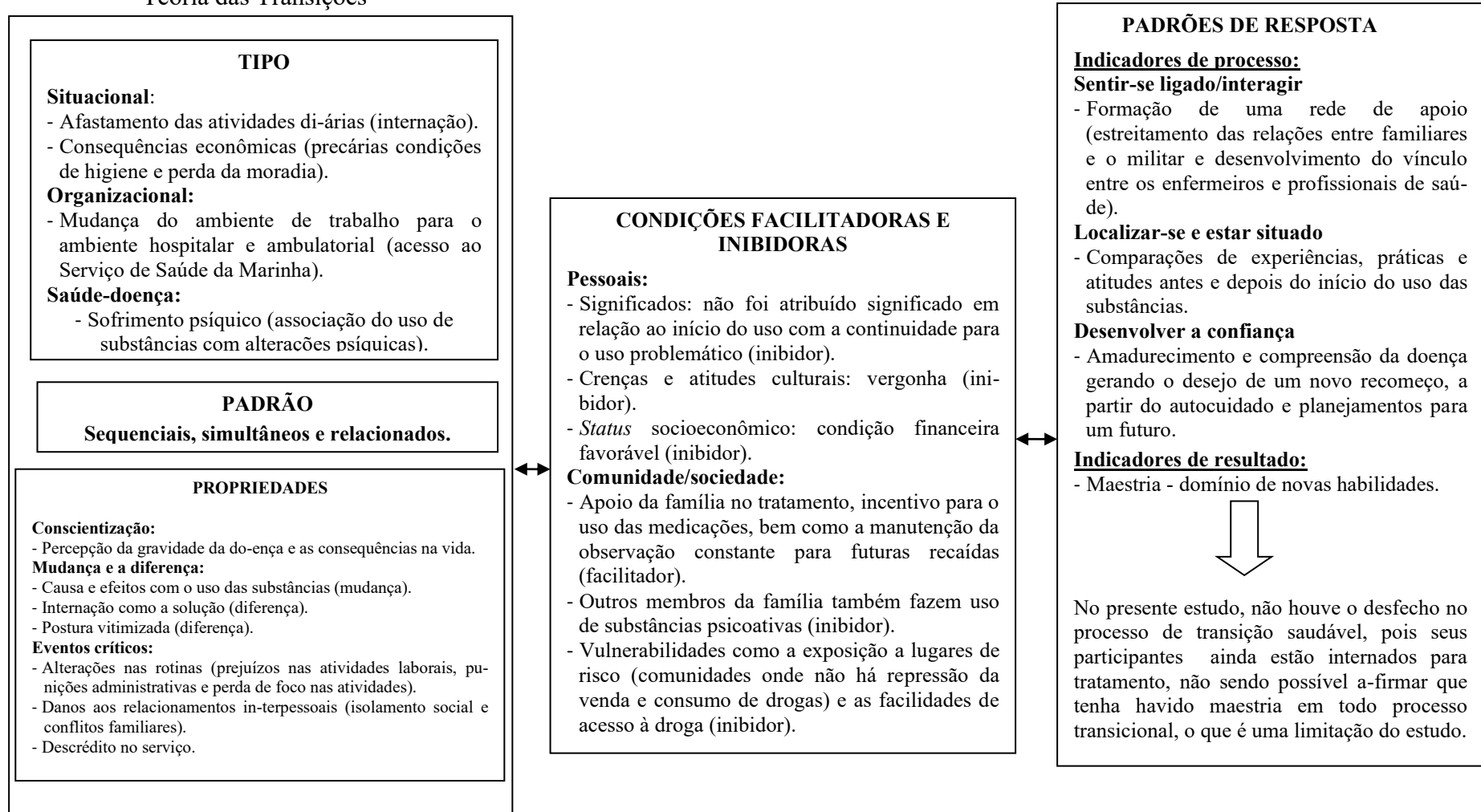
Os indicadores de resultado incluem: a maestria e identidade fluida (MELEIS et al, 2010). Para que haja o desfecho de uma transição saudável é necessário que o indivíduo atinja o domínio de novas habilidades para gerenciar suas novas situações.

As habilidades necessárias para alcançar o domínio na situação são: monitoração e interpretação dos sintomas, tomada de decisão, realização de ajustes, acesso a recursos (MELEIS et al., 2010).

Entretanto, no presente estudo, não houve o desfecho no processo de transição saudável, pois seus participantes ainda estão internados para tratamento, não sendo possível afirmar que tenha havido maestria em todo processo transicional, o que é uma limitação do estudo.

Delineou-se a análise das transições dos militares à luz da Teoria das Transições, conforme exibido no Quadro 6.

Quadro 6 – Análise transicional dos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas de acordo com a Teoria das Transições



Fonte: A autora, 2020.

7 TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

Diante do processo de transição que envolve os militares em uso problemático de substâncias psicoativas, a enfermagem deve implementar ações que contribuam para a desejada transição saudável.

Meleis et al. (2010) apontam que a transição é o motivo de captação para a enfermagem pelo risco que os indivíduos vivenciam durante esse processo. Entretanto, os autores afirmam que não existe um modelo rígido de intervenção de enfermagem neste processo, mas uma adaptação das variáveis, tanto individuais quanto sociais e ambientais, de modo que sejam percebidos os elementos (facilitadores e inibidores) que desencadearam a transição.

Cabe ressaltar que a enfermeira deve estar apta para selecionar as ações mais proveitosas e as intervenções mais efetivas para atingir o objetivo de manter e/ou promover a saúde, a partir da identificação dos primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança que os militares em tratamento estiverem vivenciando durante o processo. As dimensões de tempo, padrão, tipo de transição e momento da intervenção devem ser levadas em consideração para o desenvolvimento da terapêutica de enfermagem (MELEIS et al., 2010).

É patente que a enfermeira tenha cautela ao assistir seu cliente, no que tange à compreensão das evidências que surjam das transições experimentadas pelos seus clientes, ao invés da colocação de explicações pessoais na terapêutica. Faz-se necessário à enfermeira extrair significados com base nas narrativas do cliente. Meleis et al. (2010) sugerem que esforços na terapêutica de enfermagem poderiam ser direcionados com a finalidade de estabelecer e reforçar as defesas, modificando os perigos, a partir da antecipação dos pontos em que o indivíduo atinja picos de vulnerabilidade.

Diante disso, os enfermeiros devem avaliar as variações que ocorrem entre indivíduos, famílias ou organizações em transição a fim de compreender o processo de transição de seus clientes. Meleis et al. (2010) identificam três medidas de enfermagem que são amplamente aplicáveis à intervenção terapêutica durante as transições. São elas: avaliação da prontidão, preparação para a transição e suplementação de papéis.

Na avaliação da prontidão, a enfermeira precisa compreender amplamente o cliente a partir da criação de perfis individuais de prontidão. Tais perfis são identificados pela observação e identificação das condições de transição.

No modelo de Chick e Meleis (1986), foram identificados fatores pessoais e ambientais que afetaram o processo de transição. São condições de transição: os significados, as expectativas, o nível de conhecimento e habilidade, o ambiente, o nível de planejamento e o bem-estar físico e emocional.

O Significado diz respeito à avaliação subjetiva de uma transição antecipada ou experimentada e à avaliação de seu provável efeito na vida de alguém. Assim, o entendimento do significado de uma transição para os indivíduos torna-se importante para a compreensão de sua experiência, bem como de suas consequências para a saúde. Neste estudo, foi possível perceber que os militares conseguiram identificar os significados positivos e negativos inerentes ao ato de usar as substâncias ao perceberem os efeitos provocados pelo uso das substâncias psicoativas e as alterações psíquicas e físicas consequentes do uso da droga.

É uma sensação boa [...] não sei [...] é uma sensação de poder [...] me sinto bem [...] é um momento ali de relaxamento [...] (NV4).

Só é boa quando você inala o pó [...] aí teve um dia lá que eu passei mal [...] comecei a vomitar sangue [...] comecei a vomitar sangue [...] (NV1).

A expectativa é outra condição da transição. Para Meleis et al. (2010), as expectativas são outros fenômenos subjetivos que influenciam coletivamente a experiência de transição. Ao analisar a NV6, observou-se que o militar gerou expectativa de conseguir se inserir em grupos sociais por constatar a experiência de outra pessoa que já fazia o uso. Assim, o quadro de referência criado por meio de experiências anteriores foi aplicado a uma nova transição.

[...] eu notei que um amigo meu nunca ficava mal [...] aí eu cheguei e perguntei por que ele nunca ficava mal [...] aí ele me falou meio que na brincadeira [...] eu tenho uma fórmula mágica e tal [...] aí eu peguei ele no banheiro fazendo uma situação meio diferente [...] aí me apresentou essa situação [...] (NV6).

O ambiente foi outra condição importante para o processo transicional. No estudo da teoria fundamentada sobre a transição para a paternidade, Imle (1990) definiu ambiente como recursos facilitadores externos. Estes foram descritos como recursos percebidos e avaliados que pudessem ser úteis para o apoio externo ao indivíduo, a fim de ajudá-lo durante a transição.

Nas narrativas de alguns militares, foi mencionado que o apoio da família contribuía para o surgimento do sentimento de força e segurança para superar o desejo quanto ao uso das substâncias, repercutindo positivamente na esfera emocional e potencializando as possibilidades de recuperação. O apoio da família também contribuiu para o nível de

planejamento. Ao se tratar de um evento de crise, o planejamento pode ocorrer durante o processo de transição, de modo que a preparação ideal para cada fase seja alcançada (MELEIS et al., 2010).

Uma ampla gama de emoções acompanha as transições, como o estresse, ansiedade, insegurança, frustração, depressão, apreensão e solidão (MELEIS et al., 2010). Alguns militares acrescentaram que o distanciamento da família e a insatisfação ou frustração por brigas conjugais culminavam em sofrimento emocional, contribuindo para um agravamento no uso das substâncias.

Portanto, a enfermeira deve fomentar a participação da família junto à terapêutica de enfermagem com seu ente querido, a fim de ampliar os conhecimentos acerca da doença quanto aos fatores determinantes e as consequências acarretadas pela doença. Com a introdução da família nessa abordagem, o paciente se sentirá seguro e amparado para o desenvolvimento de habilidades que refletirão em mudança de comportamento e hábitos, caminhando para uma transição saudável.

Outra terapêutica de enfermagem é a preparação para a transição, cuja educação é a principal modalidade para a criação de condições ideais para uma transição saudável (MELEIS et al., 2010). À medida que ocorre a oferta de conhecimento acerca das dificuldades e necessidades do indivíduo, a enfermeira consegue perceber seus diferentes momentos de vida, avançando no planejamento da terapêutica de enfermagem.

A terceira terapêutica de enfermagem é a suplementação de papéis, definida como “[...] as informações ou experiências necessárias para alocar o papel dos determinantes históricos e significativos à plena conscientização dos padrões, unidades, sentimentos, sensações e objetivos de comportamento” (MELEIS et al., 2010, p. 267).

A terapêutica de enfermagem visa promover e restaurar essas dimensões da saúde individual, familiar e organizacional a partir da compreensão holística das condições que influenciam as experiências de transição (MELEIS et al., 2010).

Ao dar voz aos militares internados, foi possível descobrir os significados que permeiam o complexo contexto do uso problemático das substâncias psicoativas vivenciados por esses militares. A partir destes significados e à luz da teoria das transições, foi possível planejar a terapêutica de enfermagem, conforme sintetizado no Quadro 7.

Quadro 7 – Terapêutica de enfermagem aos militares em tratamento para transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas de acordo com a Teoria das Transições

Terapêutica de Enfermagem	
Avaliação da prontidão	<ul style="list-style-type: none"> -Compreender amplamente o cliente a partir da criação de perfis individuais de prontidão; -Facilitar a compreensão dos diversos significados da doença; -Desconstruir expectativas que dificultam o processo transicional; -Fortalecer a reconstrução de laços familiares a partir de reuniões com a família durante a internação; -Fomentar a participação da família junto à terapêutica de enfermagem com seu ente querido, a fim de ampliar os conhecimentos acerca da doença quanto aos fatores determinantes e as consequências acarretadas pela doença.
Preparação para a transição	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar junto ao indivíduo suas dificuldades e necessidades para o esclarecimento de possíveis condições facilitadoras para o processo de transição. -Estabelecer e reforçar as defesas, modificando os perigos, a partir da antecipação dos pontos em que o indivíduo atinja picos de vulnerabilidade; -Avaliar variações entre indivíduos, famílias ou organizações em transição a fim de compreender o processo de transição de seus clientes.
Suplementação de papéis	<ul style="list-style-type: none"> -Propagar novos conhecimentos e habilidades, a fim de resgatar o papel dos determinantes históricos e significativos para retomada de padrões, sentimentos em uma determinada função com mudanças de comportamento.

Fonte: A autora, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica investigativa “narrativa de vida” mostrou-se pertinente e adequada para este estudo, pois possibilitou a compreensão acerca da vivência de militares da ativa, internados em uma unidade psiquiátrica para tratamento de transtorno relacionado a substâncias psicoativas. As narrativas que emergiram foram marcadas por muita emoção, momentos de angústia e reflexões pelas quais os participantes expuseram suas vivências quanto ao uso problemático de substâncias psicoativas, bem como sobre a internação.

As narrativas evidenciaram que antes do uso problemático das substâncias psicoativas, os militares desfrutavam de uma vida com hábitos saudáveis associados à condição financeira estável, além da satisfação pelo reconhecimento dos superiores no trabalho. Entretanto, após o uso problemático, os militares sofreram consequências na vida pessoal, familiar e profissional repercutindo em comprometimento financeiro, instabilidade nos relacionamentos e déficit na realização das atividades do trabalho, dentre outras.

Com a aplicação da Teoria das Transições de Afaf Meleis aos cuidados de enfermagem, foi possível enfatizar o processo de transição para a terapêutica de enfermagem com a identificação dos tipos, padrões e propriedades da transição, bem como as condições facilitadoras e inibidoras para o processo transicional. Os padrões de respostas identificados permitiram o desenvolvimento da terapêutica de enfermagem voltada para as necessidades do grupo.

É importante destacar a importância da enfermeira durante e após a internação desses militares no que tange às orientações quanto ao significado da doença e suas causas. A terapêutica de enfermagem envolve a escuta atenta ao indivíduo a fim de identificar as suas necessidades para que seja possível esclarecer dúvidas, bem como certificar a adesão ao tratamento. Assim, a enfermeira torna-se agente facilitadora do complexo processo transicional que os militares precisam fazer, ao perceberem as suas atuais condições de vida.

A enfermeira deve planejar, desenvolver e implantar ações estratégicas que abordem práticas educacionais, possibilitando o processo de mudança e envolvimento com o processo transicional para que, assim, os militares avancem para uma transição saudável.

A enfermeira também deve fomentar a participação da família junto à terapêutica de enfermagem adotada para seu ente querido, no sentido de fortalecer a reconstrução de laços familiares a partir de reuniões com a família durante a internação e, desse modo, ampliar os

conhecimentos acerca da doença quanto aos seus fatores determinantes e suas respectivas consequências.

Com a participação da família nessa abordagem, o paciente sentir-se-á mais seguro e amparado para o desenvolvimento de habilidades que refletirão em mudanças de comportamento e de hábitos, caminhando para uma transição saudável. A avaliação ampla do cliente a partir da criação de perfis individuais facilita a compreensão dos diversos significados da doença, possibilitando a desconstrução de expectativas que dificultam o processo transicional. Portanto, a atuação da enfermeira frente ao indivíduo e seus familiares deve estar pautada em um cuidar sensível e integral.

Esta atuação da enfermeira permite que a pessoa se conscientize e identifique as dificuldades e condições facilitadoras ao longo do processo de transição, de modo a estabelecer e reforçar suas defesas, bem como modificar os perigos, a partir da antecipação dos pontos de vulnerabilidade. Assim, é possível restabelecer o papel dos determinantes históricos e significativos para retomada de padrões e sentimentos construtivos para funções anteriormente prejudicadas, gerando mudanças de comportamento.

Nesse sentido, o presente estudo alcançou seu objetivo geral de compreender a vivência de militares em situação de tratamento para transtorno associado ao uso de substâncias psicoativas. Também foram alcançados os objetivos específicos de descrever a vivência destas pessoas; analisar o impacto do tratamento e da internação a partir das suas narrativas de vida e; discutir estratégias de cuidado de enfermagem a esses militares à luz da Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Rachel Sayko et al. The association of combat exposure with post deployment behavioral health problems among U.S. Army enlisted women returning from Afghanistan or Iraq. **J Trauma Stress**. v. 29, n. 4, p. 356-364, 2016.
- ALMEIDA, D. T.; AMARAL, T. V. F. Drogas: paradoxos no campo do trabalho. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 374-386, jan. 2017.
- ALMEIDA, P. P.; BRESSAN, R. A.; LACERDA, A. L. T. Neurobiologia e neuroimagem dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. e cols. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 35-42.
- ALMEIDA, R. B. F et al. Treatment for dependency from the perspective of people who use crack. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 745-756, 2018.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; GULJOR, A. P. Política sobre drogas no Brasil: decidir e mudar. In: MOREIRA, A. C. G.; BRIGAGÃO, J. I. M.; PIANI, P. P. F. (Orgs.). **Direitos Humanos, Saúde Mental e Drogas**. Belém (PA): Editora PAKA-TATU. 2018. p. 13-29.
- ANDREASEN, N. C.; BLACK, D. W. **Introdução à Psiquiatria**. [recurso eletrônico]. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- APA. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.
- AVELINO, V. P. A evolução do consumo de drogas: aspectos históricos, axiológicos e legislativos. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 15, n. 2439, 2010. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/14469>>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
- BECK, L. M; DAVID, H. M. S. L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 4, p. 706-711, 2007.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2020.

BERLATTO, O. A construção da identidade social. **Revista do Curso de Direito da Faculdade da Serra Gaúcha**, Caxias do Sul, v. 3, n. 5, jan./jun., p. 141-151, 2009. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/direito/article/viewFile/242/210>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BERNARDO, M; CARVALHO, M. C. O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses. **Salud y Drogas**. v. 12, n. 2, p. 227-252, 2012.

BERTAUX, D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. **Cahiers int sociol.** v. 69, p. 197-225, 1980.

BERTAUX, D. **Narrativas de Vida**: a pesquisa e seus métodos. Tradução de Zuleide Alves Cardoso, Denise Maria Gurgel Lavallée. 2. ed. Natal: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde / MS, 2002c.

BRASIL. **Decreto nº 2.040, de 21 de outubro de 1996**. Aprova o Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército. Brasília: Presidência da República. Disponível em: <[BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 maio 2018.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D2040.htm#:~:text=D2040&text=DECRETO%20N%C2%BA%202.040%2C%20DE%2021,que%20lhe%20confere%20o%20art.>>. Acesso em: 24 nov. 2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL. **Decreto nº 95.480, de 13 de dezembro de 1987**. Dá nova redação para a Ordenança Geral para o Serviço da Armada. Brasília: Câmara dos Deputados, 1987. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-95480-13-dezembro-1987-446244-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. Estado Maior das Forças Armadas. **Portaria nº 04203/FA-43, de 17 de dezembro de 1986**. Aprova as Instruções Preliminares para a Detecção e Prevenção do Uso Indevido de Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 1986.

BRASIL. Estado-Maior da Armada, **EMA – 136. Normas a respeito das tradições navais, do comportamento pessoal e dos cuidados marinheiros**. Brasília, 2007.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os decretos-lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: Presidência da República. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 8 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 fev. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 6 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 out. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 abr. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009.** Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.010%2C%20DE%203%20DE%20AGOSTO%20DE%202009.&text=%C2%A7%20o%20Na%20impossibilidade,1990%2C%20e%20na%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal.>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.** Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Brasília, DF: Congresso Nacional, 11 dez. 1980. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6880.htm. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

CALDAS, A. A.; NOBRE, J. C. A. Saúde mental e Reforma Psiquiátrica brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. **Cadernos UniFOA.** Edição nº 20, dez. 2012.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Av Enferm.** v. 35, n. 2, p. 146-156, 2017.

CARRAPATO et al. Dependência de substâncias psicoativas na adolescência: um fenômeno exclusivamente biológico ou biopsicossocial? **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** Florianópolis, v. 12, n. 31, p.353-373, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69778/43304>>. Acesso em: 28 dez. 2020.

CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene.** v. 13, n. 2, p. 321-331, 2012.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. Detoxification and substance abuse treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2006. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45.) 1 Overview, Essential Concepts, and Definitions in Detoxification.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. Transition: a nursing concern. In: CHINN, P. L. **Nursing research methodology: issues and implantation**. Gaithersburg: Aspen Publishers, 1986. p. 237-257.

CLAUS, M. I. S. et al. As forças familiares no contexto da dependência de substâncias psicoativas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400224&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 nov. 2020.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Revista Polis e Psique**, v. 3, n. 1, p. 80-99, 2013.

COELHO, G. T; SOUZA, P. V. S. Uso de drogas e autonomia: limites jurídico-penais e bioéticos. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, v. 126, dez. 2016. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RBCCrim_n.126.03.PDF>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CORRÊA, I. L. et al. Adolescência e drogas: Representações Sociais e Atribuições de Causalidade ao Uso. **PSI UNISC**, v. 4, n. 2, p. 43-61, 2020.

DALLA VECCHIA, M. et al. (Org.). **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas** [recurso eletrônico]. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e Direitos Humanos: 10 anos da lei 10.2126/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/713/529>>. Acesso em: 20 maio. 2018.

DIOGO, M. J. D'e. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 13, p. 395-400, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

DORNELES, A. J. A.; DALMOLIN, G. L.; MOREIRA M. G. S. Saúde do trabalhador militar: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Contemp**. v. 6, n. 1, p. 73-80, 2017.

FELIPPE, T. D. G. **O uso abusivo de álcool: em servidores militares contribuição para ciências do cuidado**. 2015. 133f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) — Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2015.

FERNANDES, M. A. et al. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 2, p. 64-70, 2018.

FERREIRA, A. C. Z et al. Drug addicts treatment motivations: perception of family members. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 3, p. 415-422, 2015.

FERREIRA, F. P. M. Crianças e adolescentes em abrigos: uma regionalização para Minas Gerais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 142-168, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2020.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, p. S321-S330, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>.

GARCIA, F. Juventude, família e o uso abusivo de drogas. **Leitura EM Revista**, n. 11, p. 49, 21 set. 2018.

GARCIA, F.; COSTA, M. R. Conceito de vulnerabilidade e sua aplicação nos transtornos do uso de drogas. In: GARCIA et al. **Vulnerabilidade e dependência química**. Belo Horizonte: 3 i Editora, 2016. p. 19-26.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. **Adição, dependência, compulsão e impulsividade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, T. B; DALLA VECCHIA, M. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 7, p. 2327-2338, 2018. Doi: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>>.

GONDIM, D. S. M. Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial? 2001, 130f. (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

HALPERN, E. E; LEITE, L. C. Etilismo na jornada laboral: peculiaridades da vida naval. **Saúde Soc.**, São Paulo. v. 23, n. 1, p. 131-145, 2014.

HARBERTSON, J. et al. Pre-deployment alcohol misuse among shipboard active-duty U.S. military personnel. **Am J PrevMed**, v. 51, n. 2, p. 185-194, 2016.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul. v.14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOOPSICK et al. Resiliency factors that protect against post-deployment drug use among male US Army Reserve and National Guard soldiers. **Drug and Alcohol Dependence**. v. 199, p. 42-49, 2019.

IMLE, M. A. Third trimester concerns of expectant parents in transition to parenthood. **Holistic Nursing Practice**, v. 4, n. 3, p. 25-36, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Substance use disorders in the U.S. Armed Forces**. Washington (DC): National Academies Press (US), fev. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24901183/>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

KIERNAN, M. D. et al. Identifying British Army infantry recruit population characteristics using biographical data. **Occupational Medicine**, v. 66, n. 3, p. 252-254, 2016.

LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200363&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2019.

LARANJEIRA, R. et al. Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In: LARANJEIRA, R.; BORDIN, S.; FIGLIE, N. B. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-5.

LIMA NETO, J. B et al. Cocaína: toxicidade, tolerância e dependência. Uma abordagem neuropsicológica dos usuários. **MOSTRA CIENTÍFICA DE BIOMEDICINA**, v. 4, n. 1. 2019.

LIMA, D. W. C. et al. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas**. v. 14, n. 3, p. 151-158, 2018.

LOPES, F. Drogas e trabalho: considerações sobre atenção a trabalhadores usuários de drogas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 19, n. 2, p. 209-220, 2016.

LÓPEZ-ARAUJO, B.; OSCA-SEGOVIA, A.; RODRÍGUEZ, M. F. M. Estrés de rol, implicación con el trabajo y burnout en soldados profesionales españoles. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 40, n. 2, p. 293-304, 2008.

MACEDO, J. et al. Concepções e vivências de estudantes quanto ao envolvimento com substâncias psicoativas em uma escola pública de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 20, n. 3, p. 95-107, dez. 2014. Disponível em <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2020.

MARCHETTI, L. C.; ZOLDAN, L. G. V.; RIBEIRO, M. A avaliação psiquiátrica na emergência, critérios para internação em leito de observação e o manejo em leitos breves de

desintoxicação. In: ZOLDAN, L. G. V.; RIBEIRO, M. **CRATOD 15 anos**: uma proposta de cuidado ao Dependente Químico. Centro de Referência Cratod, álcool, tabaco e outras drogas. São Paulo, 2017. p. 241-252.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARTIN, D. Abordagem antropológica em Saúde Mental: deslocamentos conceituais para ampliar o debate. In: WEBER, C. A. T. **Residenciais Terapêuticos**: o dilema da inclusão social de doentes mentais. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. p.18-36.

MEHRAZMAY, A. et al. Predictors of change in substance abuse status in soldiers. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 17, n. 9, e16305, 2015.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Adv. Nurs. Sci.**, Germantown, v. 23, n. 1, p.12-28, Sept. 2000.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In: MELEIS, A. I. **Transitions theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. p. 52-65.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**: development and progress. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELEIS, A. I.; TRANGENSTEIN, P. A. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nurs Outlook**. v. 42, n. 6, p. 255-259, 1994.

MELO, B. A. et al. O uso e abuso da cocaína: efeitos neurofisiológicos. **Caderno de Graduação, Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, v. 4, n. 2, p. 359-370. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4572>>. Acesso em: 20 maio 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, R. A. P. A importância do trabalho na transição para a vida adulta. **Desidades**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 20-29, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822014000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2020.

NADALETI, N. P. et al. Autoestima e o consumo de álcool, de tabaco e de outras substâncias em trabalhadores terceirizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3199, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2020.

NIMTZ, M. et al. Impactos legais e no trabalho na vida do dependente químico. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 2, p. 68-74, 2016.

OLIVEIRA, A. J. Disparidade das concepções de tratamento da dependência de substâncias psicoativas: reflexos e implicações entre profissionais, modelos e instituições presentes nos

serviços de atendimento. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 93-100, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2020.

OLIVEIRA, M. R.; SANTOS, W. D. V. Timidez infantil no contexto familiar e escolar: suas consequências. **Psicologia.pt.** 25.02.2018. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1177.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2020.

OLIVEIRA, W. F. Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial: contextualização sócio-histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PASTORIS, A. G. Reflexões sobre fatores causais da comorbidade entre transtorno bipolar e dependência química. **Diaphora, Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 66-70, 2017.

PECINO, Cristina; CASTELLANO, Enrique; TRUJILLO, Humberto. Factores asociados al consumo de drogas en una muestra de militares españoles desplegados en “Bosnia-Herzegovina”. **Adicciones**, v. 29, n. 3. p. 163-171. 2017. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/734>>. Acesso em: 10 jun 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre Artmed, 2004.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2021.

PROCHASKA, J. O; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory Research Practice.**, v. 19, n. 3, p. 276-288, 1982. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/232461028_Trans-Theoretical_Therapy_-_Toward_A_More_Integrative_Model_of_Change>. Acesso em: 17 abr. 2020.

REIS, A. T. et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. **Rev. Mineira Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 617-622, out./dez. 2012.

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicol. Am. Lat.**, México, n. 5, fev. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2020.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA R. A evolução do conceito de dependência química. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES Â. **Adição, dependência, compulsão e impulsividade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2017. p.432.

RIBEIRO, M.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2004.

RICHARDSON, R. J. et al. Métodos quantitativos e qualitativos. In: RICHARDSON, R. J.; et al. (Org.). **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2009. p.79-80.

RODRIGUES, G.; KRINDGES, C. A. Consequências psicossociais atreladas ao consumo precoce de bebida alcoólica. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 61-76, dez. 2017. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2087/1514>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, E. R. et al. Impacto das drogas na saúde física e mental de dependentes químicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p.101-108, 2016.

SILVA, V. A.; JAYASEKERA, N.; HANWELLA, R. Cannabis use among Navy personnel in Sri Lanka: a cross sectional study. **BMC Res Notes**, v. 9, n. 174, 2016. doi: 10.1186 / s13104-016-1988-4.

SOUZA, D. O. A questão do “consumo de drogas”: contribuições para o debate. **Serviço Social e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 269-286, 20 maio 2015.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003.

SUPERIOR TRIBUNAL MILITAR. **STM aprecia oito casos por uso de drogas em quartéis das Forças Armadas**. 17 out. 2016. Disponível em: <<https://www.stm.jus.br/informacao/agencia-de-noticias/item/6589-nunca-unica-sessao-de-julgamento-no-stm-metade-dos-casos-apreciados-foi-por-uso-de-drogas-em-quarteis-das-forcas-armadas>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

TAKAHARA, A. H et al. Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. **Rev. APS**. v. 20, n. 3, p. 434-443, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15999>>. Acesso em: 24 nov. 2020.

TARGINO, R.; HAYASIDA, N. Risk and protection in drug's use: a literature review. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 724-742, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p.1455-1466, 2017. Doi: 10.1590/1413-81232017225.32772016. Acesso em: 20 nov. 2018.

UNODC. **World Drug Report United Nations 2017** [Internet]. Vienna: United Nations publication. 2017. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2017/field/Booklet_2_HEALTH.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2019.

WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia Saúde & Doenças**. São Paulo. v. 18, n. 3, p. 640-656. 2017.

WEBER, C. A.T. **Residenciais Terapêuticos**: o dilema da inclusão social de doentes mentais. Porto Alegre: Editora: PUCRS, 2012.

WHITE, M. R et al. Demographic and psychosocial predictors of early attrition for drug use in U.S. marines. **Mil Med**. v. 181, n. 11-12, e1540-1545, 2016.

ZAPPE, J. G.; DAPPER, F. Drogadição na adolescência: família como fator de risco ou proteção. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 140-158, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1616>.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**IDENTIFICAÇÃO**

1. Iniciais do nome: _____ Número da entrevista: _____
2. Sexo: () F () M
3. Idade: _____
4. Grau de escolaridade:
 - () Ensino médio
 - () Superior Incompleto
 - () Superior Completo
5. Estado civil:
 - () casado (a)
 - () viúvo (a)
 - () separado (a)
 - () solteiro (a)
6. Graduação:
 - () Sub-oficial
 - () Primeiro- sargento
 - () Segundo-sargento
 - () terceiro-sargento
 - () cabo
7. Situação funcional:
 - () trabalhando normalmente
 - () licença para tratamento de saúde
8. Quantas pessoas residem em sua casa? _____ Grau de parentesco: _____
9. Renda familiar:
 - () Até 1 salário mínimo.
 - () 1 a 3 salários mínimos.
 - () Mais de 3 salários mínimos.
10. Possui filhos?
 - () não () sim Quantos? _____
11. Início do consumo da substância (em tempo): _____
12. Qual a frequência do uso da substância:
 - () Todos os dias
 - () quatro vezes por semana

() três vezes por semana

() duas vezes por semana

13. Qual é a substância utilizada? _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1ª ETAPA: Esclarecimento aos militares sobre questionamentos em relação à pesquisa e os termos utilizados na mesma (com o gravador desligado)

2ª ETAPA: Entrevista com o militar (com o gravador ligado)

- Fale-me sobre sua vida antes e depois do primeiro contato com as drogas.

- Filtros:

- motivo para o uso da droga

- relação familiar

- relação social

- autoimagem

- autoestima

- como pretende sair da situação

APÊNDICE B – Recorrência das narrativas conforme as unidades de significação

Quadro 8 – Recorrência das narrativas conforme as unidades de significação (continua)

68 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO		RECORRÊNCIA NAS NARRATIVAS DE VIDA										
1º GRUPAMENTO: A VIDA ANTES DAS DROGAS												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Condições financeiras iniciais (antes do uso)	x										
2	Preservação da confiança no trabalho (no 1º momento)	x				x						
3	Cumprimento das responsabilidades			x	x	x				x	x	x
4	Contato próximo de familiares		x	x							x	x
5	Lazer		x	x	x	x	x			x		x
6	Envolvimento de familiares com as drogas				x							
7	Timidez na infância							x				
8	Baixa estima							x				
9	Infância comprometida				x	x						
10	Adolescência associada ao vício				x	x						
2º GRUPAMENTO: O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E AS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA PESSOAL, FAMILIAR E PROFISSIONAL DOS MILITARES.												
A RELAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DAS DROGAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
11	Apoio da família	x					x	x				
12	Como a família soube	x	x				x					
13	Distância da família como fator de risco para o uso	x	x	x					x			x
14	Família abalada	x	x	x		x						
15	Família como porto seguro						x					
16	Condição emocional longe da família	x										
17	Família como fator de proteção para não usar droga	x	x	x		x	x					
AS CONSEQUÊNCIAS COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
18	Conflitos familiares decorrentes do uso da substância				x							x
19	Punições administrativas e disciplinares						x		x	x	x	
20	Noites mal dormidas									x		x
21	Perda do local para morar		x								x	
22	Solidão											x
23	Psicológico abalado											x
24	Descrédito no trabalho	x					x		x			x
25	Desenvolveu tolerância em relação à substância				x		x					
26	Discriminação e estigma	x		x		x						x
27	O medo de ser reformado							x				
28	Perda de foco no trabalho				x	x				x		
29	Planejamento suicida			x								
30	Condições de higiene precárias		x								x	
31	Sintomas psicóticos							x				
32	Falta de controle do uso	x	x		x	x		x	x	x		x
33	Ausência do trabalho	x		x		x	x					

Quadro 8 – Recorrência das narrativas conforme as unidades de significação (conclusão)

34	Gastos com a droga (financeiro)	x	x	x				x			x	x
35	Mudança de humor pela falta da droga				x							x
36	Perdas com o uso	x	x	x			x	x			x	x
37	Perdas dos vínculos antigos e amigos e familiares		x		x							x
38	Recaída			x	x	x		x			x	x
39	Receio da reação da família						x		x			
40	Sentimento pós uso da substância (culpa e depressão)	x	x	x	x	x	x			x		x
41	Situação de risco para conseguir a substância (vulnerabilidade)	x	x	x				x				
42	Vergonha	x	x			x	x	x				x
O ATO DE USAR AS SUBSTANCIAS PSICOATIVAS												
43	Ansiedade para usar a substância							x				
44	Alcool atrelado à droga											x
45	Aumento na frequência do uso	x	x	x	x		x	x	x		x	x
46	Condição atual com o uso da droga	x	x								x	
47	Conscientização da doença			x	x	x						x
48	Conscientização dos efeitos da droga				x	x	x				x	x
49	Facilidades para acesso à substância						x		x			
50	Frequência inicial do uso	x	x			x	x	x		x	x	
51	Influência para o uso da droga (meio/família/amigos)	x	x		x		x		x	x	x	x
52	Motivo para uso	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
53	Objetivo com o uso	x		x	x							
54	O ato											x
55	Primeiro contato com a substância	x	x	x	x		x	x		x		
56	Sensação do 1º contato	x									x	x
57	Sensação no ato do uso	x			x	x	x				x	x
3º GRUPAMENTO: A SAIDA E UM NOVO RECOMEÇO												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
58	Resgate da família											x
59	Apoio da família				x							
60	Força de vontade				x	x						
61	Transferência para cidade de origem	x										
62	Cuidar de si			x								
63	Estudar					x						
64	Saída da Marinha para retornar para perto da família	x										
65	Internação como solução e melhora	x	x	x	x	x	x			x	x	x
66	Medicação ajudando no tratamento										x	
67	Procura por psicoterapia e psiquiatria como solução para o problema								x			
68	Religião	x			x	x		x			x	

Fonte: A autora, 2020.

APÊNDICE C – Carta de anuência

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sr. Dr. CMG (Md) Almir Marcelo Camelo Figueira dos Santos

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MILITARES: O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PARTIR DO MODELO DAS MARÉS**, a ser realizada na Unidade Integrada de Saúde Mental pela mestrandia Andréia Lucas Ferrari, sob orientação da Prof. Dr.ª Célia Pereira Caldas. A pesquisa tem como objetivo geral conhecer a vivência da Dependência Química (DQ) por militares, e específicos: 1) Analisar a vivência da DQ de militares internados em unidade psiquiátrica; 2) Discutir possíveis estratégias de cuidado de enfermagem aos militares internados em unidade psiquiátrica que vivenciam a DQ, à luz da Teoria das Marés, necessitando, portanto, a autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científicos.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo ou serão mantidos permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, para utilização em pesquisas futuras.

Na certeza de contarmos com a colaboração e o empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2019


 Andréia Lucas Ferrari
 Pesquisadora responsável pelo projeto

(x) Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação


 CMG (Md) Almir Marcelo Camelo Figueira dos Santos
 Diretor da Unidade Integrada de Saúde Mental

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) militar,

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Dependência química em militares: o cuidado de enfermagem a partir do Modelo das Marés**”, de responsabilidade da pesquisadora Andréia Lucas Ferrari, orientada pela Prof^a. Dr^a. Célia Pereira Caldas, vinculada ao programa de mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e que tem como objetivos: analisar a vivência da dependência química de militares internados em unidade psiquiátrica; e discutir possíveis estratégias de cuidado de enfermagem aos militares internados em unidade psiquiátrica que vivenciam a dependência química, à luz da Teoria das Marés. Sua seleção ocorreu por estar em tratamento para dependência química nesta unidade hospitalar. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo à assistência prestada nesta unidade. Com esta pesquisa esperamos compreender a vivência da dependência química por militares, em serviço ativo, internados em unidade psiquiátrica, possibilitando com isso a melhoria na qualidade de assistência prestada. Esta terá duração de dois anos e a coleta de dados será realizada no último ano. Esclarecemos que suas respostas serão tratadas e mantidas de forma **anônima e confidencial**, ou seja, sua identidade não será revelada em nenhum momento, pois utilizaremos números na divulgação dos resultados. Solicitamos a autorização para uma entrevista que será gravada, transcrita e posteriormente publicada neste trabalho e em artigos científicos. Sua participação consiste em responder a uma pergunta norteadora. Após um período de cinco anos, todas as gravações serão destruídas. Esclarecemos que os participantes não terão nenhum custo ou compensação financeira. Os riscos relacionados a sua participação serão mínimos e respeitados pela pesquisadora na individualidade de cada participante, a fim de serem evitados. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço da instituição do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

- Pesquisadora: Andréia Lucas Ferrari – Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Tel: (21) 969190910. E-mail: andreialucasferrari@gmail.com
- Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Pereira Caldas. Bvd. 28 de Setembro, 157/sala 827. Vila Izabel. CEP: 20551-030. Rio de Janeiro – RJ. E-mail: celpcaldas@hotmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E, 3º andar-Maracanã. Rio de Janeiro. Cep: 20550-900. Tel: (21) 2334- 2180. E-mail: etica@uerj.br

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MILITARES: O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PARTIR DO MODELO DAS MARÉS.

Pesquisador: ANDREIA LUCAS FERRARI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18066119.3.0000.5262

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.573.931

Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base compreensiva das questões que envolvem a vivência da dependência química de militares em serviço ativo, internados em uma unidade psiquiátrica. A pesquisa será realizada em uma Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), a qual se caracteriza por ser uma unidade de internação psiquiátrica militar da Marinha do Brasil, no município do Rio de Janeiro. Dentre as unidades de internação desta unidade, optou-se pela Unidade feminina e a Unidade masculina como cenário desta pesquisa, pois em ambas são encontrados pacientes internados com características pertinentes ao critério de inclusão da pesquisa. Escolheu-se como participantes do estudo militares que estejam vivenciando a dependência química na internação em unidade psiquiátrica. Como critério de inclusão: serem militares de ambos os sexos, não sendo delimitado faixa etária, mas que estejam na condição de serviço ativo na Marinha. A escolha por ambos os sexos se deu na intenção de não formar grupos e sim compreender melhor como esses militares vivenciam a dependência química. Como critério de exclusão: militares que não tiverem insight preservado, ou alguma dificuldade que impossibilite a entrevista. Para a coleta de dados, optou-se por utilizar a técnica da Narrativa de Vida, a qual possibilita o narrador, por intermédio das entrevistas, realizar sua interpretação pessoal sobre fatos da própria vida. Serão realizadas entrevistas abertas solicitando que o participante fale livremente sobre sua vida a partir de uma questão norteadora. Para isto, elaborou-se a seguinte

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.573.931

questão: 1) Fale-me sobre sua vida antes e depois do contato com as drogas. A análise dos dados seguirá os procedimentos metodológicos à luz da análise proposta por Bertaux. Após a coleta dos primeiros relatos das narrativas de vida, dar-se-á início as transcrições. Estas serão transcritas de forma integral e a coleta será encerrada após atingir o ponto de saturação. Os conteúdos dos relatos serão lidos várias vezes para que o pesquisador consiga apreender as categorias que surgirão das falas das entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

Objetivo Primário:

Compreender a vivência da Dependência Química por militares em uma unidade psiquiátrica.

Objetivo Secundário:

1) Conhecer a vivência da Dependência Química de militares Internados em unidade psiquiátrica; 2) Discutir estratégias de cuidado de enfermagem para os militares que vivenciam a Dependência Química, à luz do Modelo das Marés.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Riscos:

Esta pesquisa possui riscos mínimos, relacionados aos aspectos emocionais, psicológicos e sócio-culturais, que serão respeitados pela pesquisadora na individualidade de cada participante, a fim de serem evitados. A pesquisadora esclarece que a suspensão da entrevista é voluntária, de acordo com a vontade do participante. Diante de qualquer situação de incômodo vivenciado pelo usuário, será garantido não só a interrupção da entrevista quanto o encaminhamento para o profissional de referência (psicológica/psiquiátrica) da unidade de internação responsável pelo usuário.

Benefícios:

Reformulações quanto à prática de enfermagem no tratamento de dependentes químicos Internados no hospital psiquiátrico militar na tentativa de construir mudanças de paradigma sobre a dependência química, minimizando suas implicações e o sofrimento que podem afetar a qualidade de vida desses militares Internados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

Caracterização do estudo: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base compreensiva das questões que envolvem a vivência da dependência química de militares em serviço ativo.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 5ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.573.931

Internados em uma unidade psiquiátrica. Cenário- A pesquisa será realizada em uma Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), a qual se caracteriza por ser uma unidade de Internação psiquiátrica militar da Marinha do Brasil, no município do Rio de Janeiro. Instituição selecionada onde a pesquisadora encontra-se desenvolvendo atividades profissionais, o que facilitará a aproximação com os sujeitos da pesquisa, possibilitando o pesquisador encorajar o entrevistado. Neste universo, a UISM é a referência na assistência em saúde mental e psiquiatria, sendo o único hospital psiquiátrico das forças armadas. Esta unidade tem o propósito de coordenar e executar as ações e atividades relacionadas à saúde mental dispondo de ambulatorios de Psiquiatria, Psicologia e Nutrição, assim como emergência psiquiátrica 24 horas, 4 unidades de Internação (unidade feminina, unidade masculina, emergência, unidade de oficiais e unidades de pacientes crônicos) totalizando 61 leitos de Internação. Dentre as unidades de Internação desta unidade, optou-se pela Unidade feminina e a Unidade masculina como cenário desta pesquisa, pois em ambas são encontrados pacientes internados com características pertinentes ao critério de inclusão da pesquisa. A UISM encontra-se localizada na região oeste do município do Rio de Janeiro, atendendo somente militares e seus dependentes diretos. Participantes do Estudo- Escolheu-se como participantes do estudo militares que estejam vivenciando a dependência química na internação em unidade psiquiátrica. Técnica de coleta de dados- Optou-se por utilizar a técnica da Narrativa de Vida, a qual possibilita o narrador, por intermédio das entrevistas, realizar sua interpretação pessoal sobre fatos da própria vida a partir de suas crenças e valores, possibilitando o pesquisador compreender e interpretar as variáveis que influenciam o sofrimento psíquico desses militares. Nessa perspectiva, após a escolha dos participantes, respeitando os critérios da pesquisa, pretende-se iniciar a coleta de dados com a aplicação de um instrumento de coleta de dados. Posteriormente, iniciar-se-á a coleta da história de vida dos militares participantes da pesquisa. Serão realizadas entrevistas abertas solicitando que o participante fale livremente sobre sua vida a partir de uma questão norteadora. Para isto, elaborou-se a seguinte questão: 1) Fale-me sobre sua vida antes e depois do contato com as drogas. Para que se consiga atender aos objetivos da pesquisa a partir de uma única pergunta, serão colocados pontos que funcionarão como filtros para uma orientação e predeterminação da entrevista. Os filtros para esta orientação abordarão a contextualização da vida dos militares dependentes químicos a partir do motivo para o uso da droga; da relação familiar; da relação social; da autoimagem; da autoestima; e como pretendem sair da situação. As entrevistas serão gravadas em uma sala, a fim de preservar a manutenção do sigilo das informações pertinentes à vida de cada participante. Posteriormente,

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 9018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.573.931

transcritas, na íntegra, pela pesquisadora para preservação do conteúdo por um período de cinco anos. Após a coleta dos primeiros relatos das narrativas de vida, dar-se-á início às transcrições. Esta será encerrada após atingir o ponto de saturação. Bertaux (2010) entende como ponto de saturação "quando as entrevistas não agregam mais valor ao conhecimento sociológico do objeto social, [...] não sendo necessárias dezenas de entrevistas narrativas [...]". Os conteúdos dos relatos devem ser lidos várias vezes para que o pesquisador consiga apreender as categorias que surgirão das falas das entrevistas.

A análise se inicia desde a chegada ao lugar da pesquisa onde o pesquisador deve atentar-se para tudo que o surpreenda, pois essas reações revelam sinais contraditórios àqueles pressupostos (BERTAUX, 2010). Seguindo o procedimento metodológico, após a coleta dos primeiros relatos das narrativas de vida, dar-se-á início às transcrições. O autor recomenda que se transcrevam, de forma integral, as primeiras entrevistas, pois

assim o pesquisador aprenderá não só sobre o objeto da pesquisa, como as possíveis falhas em seu roteiro de entrevista. Paralelamente, a coleta só é encerrada ao atingir o ponto de saturação. Bertaux (2010) entende como ponto de saturação "quando as entrevistas não agregam mais valor ao conhecimento sociológico do objeto social, [...] não sendo necessárias dezenas de entrevistas narrativas [...]". Em um diálogo, a comunicação

percorre três canais: a comunicação não verbal, as entonações e as próprias palavras (BERTAUX, 2010). Logo, a transcrição das entrevistas de forma minuciosa possibilita a pesquisadora aprofundar no discurso para captar todas as informações que não foram transmitidas por palavras, mas sim por gestos, emoções, suspiros e pausas. O autor ainda afirma que sua análise objetiva descobrir as passagens relativas a um tema com o objetivo de comparar os conteúdos a fim de encontrar pontos de congruência que permitam representar os sentimentos e pensamentos desses militares. Dessa forma, os conteúdos dos relatos devem ser lidos várias vezes para que o pesquisador consiga apreender as categorias que surgirão das falas das entrevistas (SPINDOLA E SANTOS, 2003), pertinentes ao objeto da pesquisa e que tenham o status de indícios, ou seja, passagens ditas que remetam a algum mecanismo social da experiência de vida (BERTAUX, 2010).

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimentos necessários para sua realização.

O projeto pode ser realizado como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS Nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria de APROVADO.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda à Pesquisadora:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. Sl 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.573.931

- comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no termo de consentimento livre e esclarecido para análise das mudanças;
- Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa;
- o comitê de ética solicita à Pesquisadora que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.
- os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê de ética, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética, tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para setembro de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_1394193.pdf	26/08/2019 14:41:08		Aceito
Outros	CartarespostaCEP.pdf	21/08/2019 22:21:49	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLECORRIGIDO.pdf	21/08/2019 22:18:03	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.573.001

Ausência	TCLECORRIGIDO.pdf	21/08/2019 22:18:03	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/07/2019 13:49:36	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/07/2019 11:40:56	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	08/07/2019 11:36:29	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/07/2019 11:25:15	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Outros	oficiodapresentacao.pdf	08/07/2019 11:25:04	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	08/07/2019 11:21:46	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	08/07/2019 11:21:22	ANDREIA LUCAS FERRARI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

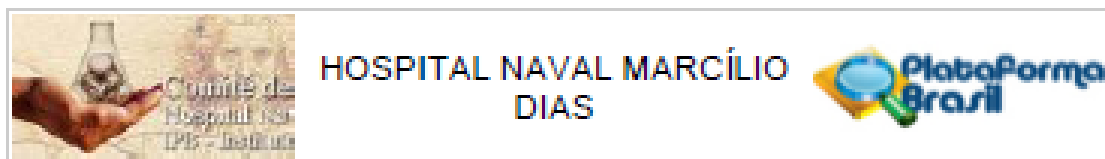
RIO DE JANEIRO, 13 de Setembro de 2019

Assinado por:

Patrícia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética do Hospital Naval Marcílio Dias



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM MILITARES: O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PARTIR DO MODELO DAS MARÉS.

Pesquisador: ANDREIA LUCAS FERRARI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18066119.3.3001.5256

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PESQUISAS BIOMÉDICAS (IPB) DO HOSPITAL NAVAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.647.632

Apresentação do Projeto:

Atualização de retorno de pendências.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base compreensiva das questões que envolvem a vivência da dependência química de militares em serviço ativo, internados em uma unidade psiquiátrica, tendo em vista os nuances que envolvem ser militar, aspectos sócio-culturais, aspectos pessoais em um olhar holístico.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a vivência da dependência química de militares em serviço ativo, internados em uma unidade psiquiátrica através da Narrativa de Vida e a teoria Modelo das Marés.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos relacionados à sua participação serão mínimos. Diante de qualquer situação de desconforto será garantido não só a interrupção da entrevista quanto o encaminhamento para o profissional de referência psicológica e ou psiquiátrica) da unidade de internação. Contudo a pesquisadora não se refere aos benefícios da pesquisa ao entrevistado, apesar da relevância da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa e de suma importância a Saúde Mental e reabilitação dos militares internados na UIISM, bem como acrescentará a experiência futura do cuidado.

Endereço: Rua Cezar Zama nº 185
 Bairro: Lins de Vasconcelos CEP: 20.725-090
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2500-5452 Fax: (21)2500-5452 E-mail: jacqueline@marinha.mil.br