

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

SAMANTA JULIANA DOS SANTOS VITT

A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE NA RECUPERAÇÃO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS

São Leopoldo

2009

SAMANTA JULIANA DOS SANTOS VITT

A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE NA RECUPERAÇÃO DE
DEPENDENTES QUÍMICOS

Trabalho Final de Mestrado Profissional

Para obtenção do Grau de Mestre em
Teologia
Faculdades EST
Educação Comunitária com Infância e
Juventude

Orientadora: Gisela Isolde Waechter Streck

São Leopoldo

2009

Dedicatória

A todos aqueles que ainda duvidam da FÉ!

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso pai, pela graça da vida;

A meu amado paizinho, que tanta força tem por trás de toda sua fragilidade. Seu amor, caráter, bondade e valores me fazem agradecer todos os dias pela sua existência;

A minha super mãe, minha mãe guerreira, mãe incansável, mãe zelosa, base de sustentação da minha vida, por neste momento estar mais feliz e realizada do que eu;

A minha “mãena”, mana-mãe, Simone, pela vida;

A minha amada afilhada Júlia, razão do meu sorriso;

A minha querida dinda Cleide, pelo incentivo, atenção e apoio nas impressões desta pesquisa;

As minhas primas e irmãs por escolha, Deise e Denise, por estarem sempre comigo, desde sempre;

A minha incrível, dedicada e amada prima Natália, pela colaboração em tantos momentos na realização deste estudo, sua ajuda e incentivo fizeram toda diferença;

A estimada professora Gisela Streck, que além de ser minha orientadora, foi a mãe da turma do MPE II, que com toda sua humildade esteve sempre disponível, presente e disposta a ajudar e a compartilhar seus conhecimentos científicos. Guiou e segurou em minhas mãos desde os primeiros dias de EST;

A querida amiga, Luciana Marques, por sua generosidade e ajuda, por tantas vezes sanar minhas dúvidas de principiante. Por ser a minha verdadeira inspiradora no estudo da Espiritualidade;

A meus colegas do PRONTOPSIQUIATRIA, Selmar Sperling, Leandro Luz, Rogério Rocha, amigos que estiveram presentes, colaborando ao longo dessa caminhada;

As minhas amigas Ana Cristina Souza e Elisabete Maldaner, pela amizade, confiança e fidelidade. São os maiores presentes que o PRONTOPSIQUIATRIA me deu;

Aos amigos que, junto comigo organizaram o I Congresso de Espiritualidade e Religiosidade na Saúde Mental, por todo aprendizado, que juntos construímos.

A todos meus companheiros, colegas de mestrado, pela amizade e afeto construído ao longo desses dois anos;

Ao amigo Alexander Moreira Almeida, pelos ensinamentos no papel da espiritualidade nas questões de saúde, pela atenção e disponibilidade no envio de artigos científicos pertinentes;

A Raquel Panzini, que gentilmente permitiu que eu usasse a Escala de Coping Religioso Espiritual;

A todos pacientes que passaram pela UDQ (Unidade de Dependência Química), que me ensinaram a amar e trabalhar com Dependência Química, que a cada dia, em cada atendimento, a cada grupo terapêutico, me fizeram ver e acreditar que pra tudo na vida existe uma solução;

Em especial a todos entrevistados que permitiram a construção deste estudo, sem vocês essa conquista não seria possível;

A meu noivo Fabio, pela vida de alegrias que dividimos, sobretudo pelo seu amor;

Não seria possível agradecer nominalmente a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho, portanto a todos minha gratidão.

RESUMO

A presente pesquisa propõe investigar a influência da religiosidade e da espiritualidade na recuperação de dependentes químicos em abstinência, bem como compreender que fatores são apontados como importantes na recuperação, observar se há influência positiva do desenvolvimento da espiritualidade na recuperação da dependência química, além de pesquisar na literatura a importância do desenvolvimento da espiritualidade para a saúde mental. Este estudo adotou as metodologias qualitativa e quantitativa, e a amostra foi composta por 10 dependentes químicos em recuperação. Os instrumentos utilizados foram: Um breve protocolo com informações sócio-demográficas, escala de *coping* religioso espiritual (CRE) e um questionário individual, semi-estruturado criado pela autora. Os resultados obtidos nesse estudo demonstram que 70% dos entrevistados atribuíram a religiosidade/espiritualidade como principal fator para alcançar e manter-se abstinente. De modo geral, pelos resultados de pesquisas já realizadas nessa área, e pelos achados encontrados neste estudo, fica evidente a necessidade de os tratamentos médicos convencionais incluírem em suas abordagens terapêuticas a espiritualidade/religiosidade do paciente, não só como um item coadjuvante ao tratamento, mas como item indispensável para o bem-estar do ser humano em todos seus aspectos e dimensões.

Palavras-chave: espiritualidade, religiosidade, dependência química

ABSTRACT

The present research proposes to investigate the influence of religiosity and spirituality in the recuperation of chemical dependents in abstinence, as well as to understand which factors are noted like important in the recuperation, noticing if there's some positive influence of spirituality development in the chemical dependents recuperation, in addition to research on literature about the importance of spirituality development on the mental health. This study adopted the quality and quantify methodologies, and the sample was composed of 10 (ten) chemical dependents in recuperation. The instruments used were: a short demographic-social protocol, a scale of religious spiritual coping (RCE) and an individual questionnaire, half-structure, created by author. The results obtained in this study demonstrate that 70% of the interviewed attribute the religiosity/spirituality as the main factor to reach and keep abstinent. In general, according to others researches made in this area and the finds of this study, it is evident the necessity of include spirituality/religiosity to conventional health treatments, not just like a coadjutant item of treatment, but like an indispensable item for human well-being, in all your appearances and dimensions.

Keywords: spirituality, religiosity, chemical dependence

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 DESENVOLVIMENTO.....	11
1.1 Dependência Química	11
1.2 Conceitos: espiritualidade, religiosidade e religião	13
1.2.1 <i>Espiritualidade</i>	13
1.2.2 <i>Religiosidade</i>	13
1.2.3 <i>Religião</i>	13
1.3 Religião e saúde	14
1.4 Religião e consumo de drogas	20
2 PESQUISA SOCIAL	29
2.1 Metodologia	29
2.2 Resultados	31
2.2.1 <i>Protocolo de informações sócio-demográficas</i>	31
2.2.2 <i>Escala de Coping Religioso/espiritual (CRE)</i>	32
2.2.3 <i>Questionário</i>	34
3 DISCUSSÃO	39
3.1 Informações sócio-demográficas	39
3.2 Relação entre denominação religiosa e enfrentamentos	40
3.3 A fé como fator protetor à recaída	41
3.4 A instituição religiosa como suporte social	41

3.5 O papel da oração	42
3.6 O despertar da fé	43
3.7 O tratamento	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO A	53
ANEXO B	54
ANEXO C	61
ANEXO D	62

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o consumo de drogas tem aumentado de maneira acelerada, bem como tem mobilizado organizações do mundo inteiro para tratar e discutir o assunto. A preocupação com o consumo abusivo e a dependência de drogas é devido ao prejuízo irreparável que elas causam, contribuindo para o crescimento dos gastos na área da saúde, para o aumento dos índices de acidentes de trânsito, de violência urbana, de mortes prematuras e ainda para a queda de produtividade dos trabalhadores.

Dentre toda repercussão das drogas no mundo e em nosso país, as áreas da saúde e da educação têm colaborado com estudos e produções científicas que buscam entender e tratar da melhor maneira possível a dependência química.

A relevância da prática da religião e da fé, bem como o desenvolvimento da dimensão da espiritualidade (não necessariamente religiosa, mas vinculada à prática de valores universais e experiências místicas) no estabelecimento adequado da saúde, em diversos níveis, vem sendo estudada e confirmada por muitos meios. Entre os muitos estudos que avaliam a influência da espiritualidade na saúde, vários se referem à religião como fator protetor ao uso de drogas e ao menor índice de recaídas em populações dependentes que usam a religiosidade ou a espiritualidade como forma de enfrentamento das situações difíceis (como a fissura, por exemplo). Porém, a maioria desses estudos é quantitativo, poucos avaliam a importância e o significado que os dependentes químicos dão à espiritualidade e à religiosidade.

Alguns autores e a prática clínica têm mostrado as influências positivas que o desenvolvimento da espiritualidade e a prática da religiosidade exercem na recuperação dos dependentes químicos. Porém, ainda é escassa a abordagem da fé, espiritualidade e religiosidade nos tratamentos médicos convencionais.

A autora da presente pesquisa trabalhou por cinco anos em uma unidade específica de dependência química e observou empiricamente a necessidade da fé na recuperação dessa população, bem como de toda a família. Por não ter, ainda, nenhum aporte espiritual como base de recuperação nesta instituição, assim como acontece na maioria das instituições psiquiátricas, o problema investigado neste trabalho é o significado da religião e da espiritualidade para o dependente químico em recuperação, uma vez que, se a espiritualidade e a religiosidade são importantes na recuperação da dependência química, como vêm sendo confirmado por meio de estudos científicos, os tratamentos devem incluir essas dimensões de uma forma não religiosa ou voltada para a religião do paciente.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral investigar a influência da religiosidade e da espiritualidade na recuperação de dependentes químicos em abstinência, bem como compreender que fatores são apontados como importantes na recuperação, observar se há influência positiva do desenvolvimento da espiritualidade na recuperação da dependência química, além de pesquisar na literatura a importância do desenvolvimento da espiritualidade para a saúde mental.

Para localizar o leitor, informo que a presente pesquisa está dividida em duas partes distintas: o desenvolvimento e a conclusão. A primeira delas, o desenvolvimento, está organizada em três capítulos que segue a ordem: revisão bibliográfica, pesquisa social, com a metodologia do trabalho e os resultados da pesquisa e, por último, a discussão dos resultados obtidos. A segunda parte, diz respeito às considerações finais do presente estudo.

1 DESENVOLVIMENTO

Na primeira parte deste capítulo, será apresentado ao leitor o referencial teórico em que este estudo está baseado. Para facilitar a leitura e entendimento, as pesquisas serão colocadas em ordem cronológica e, em algumas vezes, por assunto.

1.1 Dependência Química

A dependência química é uma síndrome resultante de uma interação complexa entre comportamentos e contextos ambientais. Por sua vez, essas variáveis também sofrem influências culturais e sociais, concomitantemente com a ocorrência de processos biológicos e fisiológicos. A condição necessária para o início da dependência é o consumo da substância se tornar excessivo e constante, acarretando prejuízos, físicos, psicológicos e sociais.¹

O quadro 1.1 mostra os critérios de dependência de substância segundo o DSM-V² e o quadro 1.2, segundo o CID-10:³

Quadro 1.1

Critérios do DSM-IV para Dependência de Substância

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

¹ LARANJEIRA, R. et al. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 540.

² American Psychiatric Association (Org.). **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

³ Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

- (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância
- (2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
- (a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas)
- (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
- (3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
- (4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância
- (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos
- (6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância
- (7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Fonte: American Psychiatric Association, 1995.

Quadro 1.2

Diretrizes Diagnósticas CID -10: Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior

- a) um forte desejo ou um senso de compulsão para consumir a substância;
- b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimidade relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade do tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1993.

1.2 Conceitos: espiritualidade, religiosidade e religião

De maneira geral, as definições de espiritualidade, religiosidade e religião vêm ganhando destaque na literatura internacional e brasileira. A seguir, disponho tais conceitos, explicados por diversos autores.

1.2.1 Espiritualidade

É a propensão humana para encontrar um significado para a vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que a si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal. É aquilo que dá sentido à vida, e é um conceito mais amplo que religião. Espiritualidade é um sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes, de culpa, raiva e ansiedade.⁴ Conforme alguns estudiosos, espiritualidade é um fenômeno apenas individual, identificado com aspectos como transcendência pessoal, sensibilidade “extraconsciente” e fonte de sentidos para eventos na vida.⁵

1.2.2 Religiosidade

É a crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião.⁶ De acordo com Simmel, religiosidade é um ser particular, uma qualidade funcional da humanidade, que determina inteiramente a vida de alguns indivíduos, mas que existe apenas como forma rudimentar em outros.⁷

1.2.3 Religião

É um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar a aproximação ao sagrado ou transcendente (Deus ou poder superior).⁸

⁴ SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, 2001, p. 107-112.

⁵ SIEGEL, K.; ANDERMAN, S.; SCHRISMASHAW, E. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, v. 16, 2001, p. 631-653.

⁶ SANCHEZ, Z. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas**. Tese (Doutorado). UNIFESP. São Paulo, 2006.

⁷ SIMMEL, G. Fundamental religious ideas and modern science: an inquiry. In: HELLE, H.; NIEDER, L. **Essays on Religion**. New Haven: Yale University, 1997.

⁸ KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 35, 2001, p. 352-359.

Wilges explica a religião em diversos aspectos. Para ele, religião é o conjunto de crenças, leis e ritos que visam um poder que o homem, de fato, considera supremo, do qual se julga dependente, com o qual pode entrar em relação pessoal. Diz ainda que as religiões são constituídas por:

- uma doutrina, ou seja, um conjunto de crenças e mitos sobre a origem do cosmos, sobre o sentido da vida, sobre o significado da morte, do sofrimento e do além;
- um conjunto de ritos e cerimônias que empregam e atualizam símbolos religiosos;
- um sistema ético, com leis, proibições, regras de conduta, que são mais ou menos claramente expressas e codificadas;
- uma comunidade de fiéis, com diferentes tipos de líderes e sacerdotes, que estão mais ou menos convencidos das crenças e que seguem os preceitos dessa religião.⁹

1.3 Religião e saúde

A relevância da prática de uma religião e da fé no estabelecimento adequado de saúde, em diversos níveis, vem sendo estudada e confirmada por muitos meios.¹⁰ Atualmente já existe literatura considerável e concreta que relaciona positivamente a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano.¹¹

No Brasil, desde a virada do século XIX para XX, diversos autores têm estudado a religiosidade em suas relações com o sofrimento individual e os transtornos mentais.¹² Hoje em dia, o bem-estar espiritual é uma dimensão da avaliação do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde.¹³

Estudos científicos apontam para um papel fundamental da religiosidade, principalmente no tratamento de doenças crônicas e severas. Tais pacientes são beneficiados pela prática religiosa, em especial nos períodos que estão sujeitos a

⁹ WILGES, I. **Cultura religiosa**: as religiões no mundo. Petrópolis: Vozes, 1995.

¹⁰ MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO, F.; KOENIG, H.; Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, 2006, p. 242-250.

¹¹ PARDINI, D. A.; PLANTE, T. G.; SHERMAN, A.; STUMP, J. E. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 19, 2000, p. 347-354; MILLER, W. R.; THORENSEN, C. E. Spirituality, religion and health: an emerging research field. **Am. Psychol.**, v. 58, n. 1, 2003, p. 24-35.

¹² DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 2008.

¹³ FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOWOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2003, p. 446-455.

mudanças sociais e psicológicas estressantes oriundas das condições geradas pela patologia.¹⁴

Em 2001, o médico e pesquisador Harold Koenig, diretor do Centro para Estudos da Religião e Espiritualidade da Universidade de Duke, publicou o maior tratado já escrito sobre religião e saúde, em que agregou e debateu todas as obras publicadas indexadas do século XX nesta área.¹⁵ Nesse tratado, enfatiza os benefícios físicos e mentais da religiosidade, em especial proporcionando um sistema imunológico mais resistente e menor propensão a certas doenças.

Um estudo com 40 pacientes psiquiátricos e 40 pacientes cardíacos, realizado na UNICAMP, verificou que, os pacientes psiquiátricos buscam mais freqüentemente igrejas pentecostais do que pacientes cardíacos e, além disso, buscam mais a cura de seus problemas via prática e envolvimento religioso, do que os pacientes com problemas cardíacos.¹⁶

Na cidade de Nova Iorque, uma pesquisa abordou a relação entre preferência e prática religiosa com sintomas depressivos entre 1.855 adultos (40% judeus, 47% católicos). Os pesquisadores concluíram que os judeus estavam mais propensos a fazer consultas na área de saúde mental, tomavam mais drogas psicotrópicas e estavam 75% mais propensos a ter depressão. A freqüência religiosa foi associada com menor depressão entre católicos. A porcentagem de pessoas que não freqüentavam nenhum serviço religioso era alta, tanto no grupo de pessoas afetadas por períodos de depressões como no grupo daqueles que sofriam de depressões persistentes.¹⁷

Investigando a religião entre idosos deficientes e não-deficientes, Idler, com uma amostra de 2.812 idosos em Yale, verificou que a freqüência religiosa foi positivamente relacionada à menor ingestão de álcool e à abstenção ao fumo.¹⁸ A

¹⁴ KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, v. 97, n. 12, 2003, p. 1194-1200.

¹⁵ KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press, 2001.

¹⁶ MACHADO, A. **Um estudo das práticas religiosas do doente mental internado**: incidências, influências e histórias de vida. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1993.

¹⁷ KENNEDY, G. et al. The relation of religious preference and practice to depressive symptoms among 1855 older adults. **Journal of Gerontology**, v. 51, n. 6, 1996, p. 301-308.

¹⁸ IDLER, E.; KASL, S. Religion among disabled and nondisabled persons I: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. **Journal of Gerontology**, v. 52, n. 6, 1997, p. 294-305.

freqüência religiosa significativamente relacionada a menor depressão e maior otimismo apenas em pessoas fisicamente incapacitadas.

No estudo *Tolerância do suicídio, religião e taxas de suicídio*, Neeleman e outros, com uma amostra composta por 28.085 adultos, observaram que para quem tem formação religiosa, a tolerância ao suicídio é 50% mais baixa, e é maior a taxa de suicídio em mulheres, associada à menor crença religiosa e à menor freqüência a igrejas.¹⁹

Nos Estados unidos, pesquisadores investigaram o envolvimento religioso e a mortalidade. O estudo, com nove anos de duração e com uma amostra de 21.204 adultos de todas as idades, afirma que pessoas que não freqüentavam serviços religiosos viviam em media 55 anos além dos 20 anos, comparados com 62 anos para aqueles que freqüentavam uma vez por semana ou mais; entre os negros a expectativa de vida era de mais 60 anos após completarem 20 anos de idade para os que iam uma vez por semana ou mais à igreja, comparados com os 46 daqueles que nunca compareciam à igreja.²⁰

No mesmo ano, uma pesquisa com 106 homens homossexuais HIV+ afirma que as atividades religiosas (orações, freqüência a igrejas, conversas sobre temas espirituais, leituras espirituais/religiosas) foram associadas com um importante aumento nas contagens do CD4+ e nas porcentagens de CD4+; os efeitos na função imunológica não afetaram a progressão da doença. A pesquisa verificou ainda que aqueles que buscavam apoio na religião tiveram menos depressão e menor ansiedade.²¹

Marques investigou a inter-relação entre o bem-estar espiritual e a saúde geral com 506 pessoas, entre 16 e 78 anos, residentes em Porto Alegre (RS). Este estudo apontou para uma inclusão da espiritualidade na concepção de saúde, unida às dimensões biológica, psicológica e social, e confirmou que a espiritualidade pode

¹⁹ NEELEMAN, J. et al. Tolerance of suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. **Psychological Medicine**, v. 27, n. 5, 1997, p. 1165-1171.

²⁰ HUMMER et al. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**, n. 36, 1999, p. 273-285.

²¹ WOODS, T. et al. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV infected gay men. **Journal of Psychosomatic Research**, n. 46, 1999, p. 165-176.

trazer uma importante contribuição para a promoção da saúde e para a prevenção da doença.²²

Em Pelotas (RS), Volcan e outro investigaram a relação entre bem-estar espiritual e prevalência de possível transtorno mental em 464 jovens universitários. Concluíram que jovens com bem-estar espiritual baixo ou moderado apresentavam o dobro de chances de apresentar também transtorno mental.²³

O médico e pesquisador Durgante, em seu livro *Pondo fé na ciência*, observa que, a exemplo das euopéias, as principais universidades norte-americanas, como Harvard, Duke, Columbia, Georgetown, Saint Louis, Rochester, Yale, entre outras, discutem temas como religiosidade-espiritualidade e preces de intercessão, curas, milagres, fé em pacientes terminais, atividades religiosas e proteção neurológica contra doença de Alzheimer e outras inúmeras correlações.²⁴

O ano de 2007 foi um marco para a pesquisa no campo da Espiritualidade e Religiosidade. A conceituada *Revista de Psiquiatria Clínica* publicou um fascículo inteiro, reunindo artigos dos mais importantes pesquisadores do Brasil e do mundo, na área da espiritualidade e religião. Com a edição feita pelo mais importante pesquisador brasileiro na área, Alexander Moreira-Almeida, até onde se sabe, é a única revista médica em português a publicar todo um número abrangendo esse assunto. A seguir, alguns resultados de alguns artigos publicados nesta revista.

Sanches e Nappo, em uma revisão de literatura, a religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas, destacaram que estudos têm apontado para evidência de que as pessoas que freqüentam regularmente um culto religioso, ou que dão relevante importância a sua crença religiosa, ou ainda que pratiquem, no cotidiano, as propostas da religião professada, apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Além disso, os dependentes de drogas apresentam melhores índices de recuperação quando seu tratamento é permeado

²² MARQUES, L. F. A Saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, 2003, p. 56-65.

²³ VOLCAN, S. et al. Relação entre bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2003, p. 1-10.

²⁴ DURGANTE, C. E. A. **Pondo fé na ciência**. Porto Alegre: Doravante, 2005. p. 26.

por uma abordagem espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico.²⁵

Outro importante artigo publicado na revista aborda o uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. Foi realizado um ensaio controlado comparando grupo experimental submetido à prática espiritual com grupo controle. A análise dos resultados obtidos neste estudo confirmou a hipótese de que o uso de práticas espirituais apresenta resultados positivos na evolução clínica e comportamental de pacientes portadores de deficiência mental.²⁶

No que diz respeito ao impacto da espiritualidade e saúde física, Guimarães e Avezum fizeram uma revisão de literatura e encontraram relevantes e concisos achados referentes às associações entre a espiritualidade/religiosidade e a atividade imunológica, a saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade, além de aspectos de intervenção com uso de prece intercessora. Os pesquisadores dizem ainda que existe um crescente acúmulo de evidências sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física, mas por essas evidências ainda não serem adequadamente robustas, este se constitui em promissor campo de investigação.²⁷

Koenig, examinando a religião, espiritualidade e transtornos psicóticos, comenta que, enquanto cerca de um terço das psicoses tem conteúdo religioso, nem todas as experiências religiosas são psicóticas. Na realidade, elas podem ter efeitos positivos no curso de doenças mentais graves, levando os clínicos a terem de decidir se devem tratar as crenças religiosas e desencorajar as experiências religiosas ou se devem apoiá-las.²⁸

Investigando as experiências de quase morte (EQMs), Greyson, examinou as evidências relacionadas às explicações que têm sido propostas para o fenômeno das EQMs. Os resultados demonstraram que as EQMs produzem mudanças positivas em atitudes, crenças e valores, mas também podem levar a problemas

²⁵ NAPPO, S.; SANCHEZ, Z. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 73-78.

²⁶ LEÃO, F.; LOTUFO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 54-59.

²⁷ GUIMARÃES, H.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 88-94.

²⁸ KOENIG, H. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 95-104.

interpessoais e intrapsíquicos. Esses problemas, embora tenham sido comparados a vários transtornos mentais, diferem desses quadros psicopatológicos. Várias estratégias terapêuticas têm sido propostas para ajudar indivíduos que apresentam consequências problemáticas de uma EQM, mas tais intervenções ainda não foram testadas.²⁹

Panzini e outros, avaliando a qualidade de vida e espiritualidade, encontraram resultados que apontam indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade (por exemplo: filiação religiosa, oração e *coping* religioso/espiritual). Os autores concluíram que novas pesquisas são necessárias, entretanto, especialmente no Brasil.³⁰

Por meio de uma revisão de literatura, Peres e outros investigaram a importância da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. A pesquisa sugere que muitos estudos demonstram associação positiva entre espiritualidade e religiosidade e melhora em variáveis e marcadores de doenças crônicas. Por esse motivo, ressaltam que é importante que o reconhecimento desses aspectos e a integração no manejo dos pacientes com dor crônica sejam conduzidos por profissionais da área da saúde.³¹

Recentemente, André Stroppa e Alexander Moreira-Almeida publicaram:

Crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. Por outro lado, dependendo do tipo e uso das crenças religiosas, podem gerar culpa, dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. A importância da relação entre religiosidade e saúde mental é reconhecida teoricamente, porém profissionais de saúde mental têm dificuldades ao lidar com a religiosidade e espiritualidade de seus pacientes. Um treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Religiões podem tanto orientar a pessoa de maneira rígida e

²⁹ GREYSON, B. Experiências de quase morte: implicações clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 116-125.

³⁰ PANZINI, R. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 105-115.

³¹ PERES, M. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007, p. 82-87.

inflexível, desestimulando a busca de cuidados médicos, como podem ajudá-la a integrar-se a uma comunidade e motivá-la para o tratamento.³²

1.4 Religião e consumo de drogas

A área relacionada ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas é, possivelmente, a área da “epidemiologia da religião”, onde são encontrados os resultados menos dúbios, mais consistentes. É plausível que alguns fatores estejam na base dessa associação negativa entre religiosidade e uso de substâncias psicoativas: valores negativos associados com uso e abuso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, recomendações e proibições explícitas aos jovens e demais adeptos para que não experimentem ou utilizem as substâncias, uma rede social de apoio mais intensa que, além de apoiar, também vigia o comportamento do membro em sua vida pessoal. A associação de uso de substâncias com noções de pecado, tentação, queda, afastamento da fé, talvez também contribua para que alguns membros recusem a experimentação ou o uso contínuo de substâncias psicoativas.³³

Dentre estes estudos, um dos mais antigos foi realizado na Irlanda e teve como amostra 458 estudantes universitários daquele país. Notou-se o maior consumo de álcool entre estudantes com menor crença em Deus e menos frequência aos cultos religiosos.³⁴

No estudo de Lorch e Hughes, o levantamento realizado entre 13878 estudantes, a importância dada à religião foi fator protetor fundamental ao consumo de drogas, ou seja, quanto maior a importância dada à religião, menor envolvimento com drogas.³⁵

Na Espanha, Luna e outros concluíram, numa investigação entre 955 estudantes universitários, que aqueles que consideravam a religião algo importante

³² STROPPIA, A.; ALMEIDA, A. **Saúde e espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Saúde e espiritualidade. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

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

³⁴ PARFREY, P. S. The effect of religious factors on intoxicant use. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, v. 4, n. 3, 1976, p. 135-140.

³⁵ LORCH, B. R.; HUGHES, R. H. Religion and youth substance use. **Journal of Religion and Health**, v. 24, n. 3, 1985, p. 197-208.

em suas vidas eram os mesmos que relatavam menor consumo de álcool e outras drogas e também consideravam mais perigoso o consumo destas substâncias.³⁶

No mesmo ano, Hawks e Bahr sugeriram que a religiosidade, expressa através da prática de uma religião, retarda o primeiro uso de álcool e também influencia a menor frequência posterior do consumo de álcool. Suas investigações confirmam que a frequência a igrejas e sinagogas estaria inversamente relacionada com o uso de álcool e outras drogas.³⁷

No que diz respeito ao sexo, pesquisas ressaltam uma diferença de gênero no que se refere à postura frente à religiosidade e ao uso de drogas. A partir de um estudo com 210 estudantes universitários americanos, os autores concluíram que, particularmente para as mulheres, a crença religiosa estava relacionada à cautela no uso de álcool e drogas e nos padrões de comportamento sexual. No entanto, para os homens, a religiosidade só foi identificada como protetora do consumo de outras drogas, que não álcool e tabaco.³⁸ A mesma relação também foi verificada entre estudantes universitários de cursos das áreas de saúde e educação, na Escócia, no qual se observou que, apesar de tanto homens como mulheres praticantes da religião professada consumirem menos drogas que os não pertencentes a nenhum grupo religioso, os homens sempre faziam um consumo mais intenso que as mulheres e eram mais receptivos ao consumo de drogas lícitas e ilícitas.³⁹

Koenig e outros examinaram a relação entre alcoolismo e diversas atividades religiosas. No estudo com 2.969 participantes com idades entre 18 e 97 anos da Carolina do Norte, constataram que pessoas que freqüentavam a igreja regularmente e eram engajadas em preces e leituras da Bíblia apresentaram índices significativamente menores de alcoolismo.⁴⁰

³⁶ LUNA, A. et al. The relationship between the perception of alcohol and drug harmfulness and alcohol consumption by university students. **Medicine Law**, n. 11, 1992, p. 3-10.

³⁷ HAWKS, R.D.; BAHR, S.H. Religion and drug use. **Journal of Drug Education**, v. 22, n. 1m 1992, 1-8.

³⁸ POULSON, R. et al. Alcohol consumption, strength of religious beliefs and risky sexual behaviour in college students. **J. AM. Coll. Health**, 1998, p. 227-232.

³⁹ ENGS, R. C.; HANSON, D. J.; GLIKSMAN, L.; SMYTHE, C. Influence of religion and culture on drinking behaviors: a test of hypotheses between Canada and USA. **British Journal of Addiction**, v. 85, n. 11, 1990, p. 1475-1482.

⁴⁰ KOENIG, H. G. et al. Religious practices and alcoholism in a southern adult population. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 54, n. 3, 1994, p. 225-231; CHAMBERLAIN, T. J.; HALL, C. A. **Realized Religion: research on the relationship between religion and health**. Pennsylvania: Templeton Foundation Press, 2000.

Quatro variáveis religiosas estiveram claramente relacionadas com um significativo envolvimento menor com drogas: Aderir e participar de programas religiosos para jovens, valorizar os ensinamentos religiosos, considerar a importância de crer em Deus e considerar a importante rezar quando se tem dificuldades, foram os resultados encontrados no estudo feito em 1994 por Singh e Mustapha, em Trinidad y Tobago.⁴¹

No ano seguinte, na Alemanha, seguindo a idéia de Luna e outros, Cronin verificou, entre 216 estudantes, que o consumo de drogas foi significativamente maior em estudantes do ensino médio que davam pouca importância para a religião e espiritualidade.⁴² Dois levantamentos entre estudantes universitários nigerianos apontaram para a constatação de que a ausência de uma religião relacionava-se a um uso maior de álcool, tabaco e maconha.⁴³

Amey e outros pesquisaram o impacto da religião nas diferenças raciais e o uso de drogas na adolescência. A amostra de 11.728 formandos foi realizada em 130 escolas. Os resultados apontam que o envolvimento religioso (afiliação, importância e frequência) foi inversamente relacionado ao consumo de cigarros, álcool, maconha e outras drogas e sugerem ainda que a religião é um fator importante para a prevenção do uso de drogas mais para os brancos do que para os negros.⁴⁴

No ano de 1997, Kenneth Kendler, um conceituado estudioso em psiquiatria, observou, dentre outras coisas, em 1.698 mulheres gêmeas, que a religiosidade foi um dos fatores não-genéticos mais significativos para reduzir o risco de uso e dependência de álcool e drogas. Seis anos mais tarde, o mesmo autor e colaboradores investigaram 2.616 gêmeos de ambos os sexos. Neste estudo, os autores verificaram que as dimensões “religiosidade geral”, “envolvimento com Deus”, “capacidade de perdão” e “considerar Deus como juiz”, contribuíram para a

⁴¹ SINGH, H.; MUSTAPHA, N. Some factors associated with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. **Journal of Drug Education**, v. 24, n. 1, 1994, p. 83-93.

⁴² CRONIN, C. Religiosity, religious affiliation and alcohol and drug use among American college students living in Germany. **International Journal of Addiction**, v. 30, n. 2, 1995, p. 231-238.

⁴³ NDOM, R. J. E.; ADELEKAN, M. L. Psychosocial correlates of substance use among undergraduates in Ilorin University, Nigeria. **East African Medical Journal**, v. 73, n. 8, 1996, p. 541-547.

⁴⁴ AMEY, C. H.; ALBRECHT, S. L.; MILLER, M. K. Racial differences in adolescent drug use: the impact of religion. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 10, 1996, p. 1311-1332.

menor prevalência de dependência de álcool e nicotina, abuso e dependência de drogas ilícitas e comportamento anti-social.⁴⁵

Em 1998, Patock-Peckham e colaboradores investigaram 364 estudantes universitários do Arizona com a média de idade de 20 anos e verificaram que a religiosidade intrínseca (valores e normas religiosas e éticas introjetadas) relacionou-se, em protestantes, ao menor uso de álcool e menos problemas relacionados ao álcool.⁴⁶

Pesquisando a literatura científica até o ano de 1997, Booth e Martin apontam para um efeito positivo da religião na recuperação dos dependentes de drogas e destacam o papel fundamental desempenhado pela Igreja na área da prevenção e do tratamento destes. Relatam que existe uma relação inversa entre a religiosidade e o uso de substâncias psicotrópicas, mesmo que não se possam descartar os diversos problemas derivados da eventual mensuração dos índices de religiosidade, além de um certo viés amostral de algumas dessas pesquisas.⁴⁷ Em um estudo com 14 adultos jovens que na adolescência se recuperaram de abuso de drogas, os achados indicaram que a espiritualidade foi um dos fatores identificados como auxiliares para a recuperação a longo prazo.⁴⁸

Queiroz, em sua tese de doutorado realizada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, avaliou o consumo de drogas (maconha, alucinógenos, cocaína, crack, anfetaminas, anticolinérgicos, inalantes, tranqüilizantes, opiáceos, sedativos e anabolizantes) em alunos de graduação dos 21 cursos da USP, na cidade de São Paulo. Identificou-se que o estudante usuário (comparado com o não-usuário) além de não ter ou não praticar religião, era predominantemente do sexo masculino, tinha entre 20 e 24 anos, trabalhava e

⁴⁵ KENDLER, K. S.; GARDNER, C. O.; PRESCOTT, C. A. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 3, 1997, p. 322-329.

⁴⁶ PATOCK-PECKHAM, J. A.; HUTCHINSON, G. T.; CHEONG, J.; NAGOSHI, C. Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 49, 1998, p. 81-88.

⁴⁷ BOOTH, J.; MARTIN, J. E. Spiritual and religious factors in substance use, dependence, and recovery. In: KOENIG, H. G. (Ed.). **Handbook of Religion and Mental Health**. San Diego: Academic Press, 1998. p. 175-200.

⁴⁸ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 107-112.

residia sozinho ou com amigos. Além disso, tendia a não manter bom relacionamento com os pais, principalmente com a mãe.⁴⁹

A devoção pessoal, expressa essencialmente pelas orações dirigidas a Deus, mostrou-se inversamente associada ao abuso e à dependência das drogas psicotrópicas, com a exceção do tabaco, entre os adolescentes entrevistados pelo *Nacional Comorbidity Survey* nos EUA.⁵⁰ Os pesquisadores Koenig e Larson, num levantamento de 52 estudos, em 48 deles constataram que indivíduos religiosos faziam menos uso de drogas ilícitas.⁵¹

Kerr-Corrêa e colaboradores, no ano de 2002, realizaram um levantamento com 11.876 estudantes, sendo 11.382 universitários e 624 secundários, do Estado de São Paulo. Os autores identificaram que, entre os estudantes secundaristas, o uso excessivo de álcool relacionou-se a não praticar religião. Já entre os estudantes universitários, o uso de maconha associou-se a não ter religião e o uso de solventes a não praticar religião. Os pesquisadores concluem que o uso de álcool e drogas é modulado por normas, valores e práticas grupais, tanto do grupo familiar como de grupos extra-familiares (amigos, religião, etc).⁵² Também entre crianças e jovens caribenhos de 10 a 18 anos, aqueles que estavam envolvidos com algum grupo religioso, freqüentando suas atividades religiosas, apresentavam menos comportamentos de risco, incluindo o consumo de álcool e drogas, evidenciando o papel protetor de religiosidade.⁵³

Tavares, Beria e Lima avaliaram uma amostra representativa de 2.410 estudantes adolescentes e identificaram que a ausência de práticas religiosas relacionou-se a uso 30% superior de drogas, comparando-se estudantes que não praticavam e os que praticavam.⁵⁴

⁴⁹ QUEIROZ, S. **Fatores relacionados ao uso de drogas e condições de risco entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, USP, 2000. p. 1-191.

⁵⁰ MILLER, L.; DAVIES, M.; GREENWALD, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 39, 2000, p. 1190-1197.

⁵¹ KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001.

⁵² KERR-CORRÊA, F.; SIMÃO, M.; DALBEN, I. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 3, n. 1, 2002, p. 32-41.

⁵³ BLUM, R. W. et al. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 3, 2003, p. 456-460.

⁵⁴ TAVARES, B.; BERIA, J.; LIMA, M. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, 2004, p. 787-796.

Um estudo epidemiológico entre treze mil estudantes nos sete países da América Central identificou que a prática religiosa estava inversamente relacionada a consumos prematuros de cigarro e maconha (isto é, a primeira possibilidade de tentar e o primeiro uso real) além de diminuir as chances de exposição ao álcool.⁵⁵

No intuito de compreender o mecanismo pelo qual a religiosidade poderia ser considerada protetora do consumo de drogas, Stylianos investigou padrões de consumo e conceitos de religiosidade entre 276 estudantes universitários no Chipre, através de questionários enviados por e-mail. Os resultados comprovam que a religiosidade controla indiretamente as atitudes frente ao consumo de drogas através da percepção da imoralidade do ato.⁵⁶

Em nosso país, foi publicado um estudo qualitativo que corrobora achados internacionais quantitativos, validando a suposição para a realidade brasileira, evidenciando que a maior diferença entre adolescentes usuários e não-usuários de drogas psicotrópicas, de classe social baixa, era a religiosidade desses e de sua família. Nesse estudo, os autores observaram que 81% dos não-usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração e que apenas 13% dos usuários faziam o mesmo. Neste segundo grupo, porém, a prática religiosa estava diretamente relacionada à busca de reabilitação frente ao consumo de drogas e se deu posteriormente ao início do consumo abusivo de drogas.⁵⁷

Um estudo realizado na Hungria com 1.240 adolescentes destacou a relação inversa entre o consumo de tabaco, de álcool e de maconha, e a prática religiosa.⁵⁸ Roehe concluiu em sua dissertação de mestrado que a experiência religiosa pelos integrantes de N/A se mostrou determinante no processo de recuperação, e que isso acaba por ser um requisito para a recuperação, uma vez que o programa de

⁵⁵ CHEN, C. et al. Religiosity and the earliest stages of adolescent drug involvement in seven countries of Latin America. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 12, 2004, p. 1180-1188.

⁵⁶ STYLIANOU, S. The role of religiosity in the opposition to drug use. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v. 48, n. 4, 2004, p. 429-448.

⁵⁷ SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004, p. 43-55.

⁵⁸ PIKO, B. F.; FITZPATRICK, K. M. Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. **Addictive Behaviors**, n. 29, 2004, p. 1095-1107.

recuperação do grupo é uma versão “terapêutica” dos princípios básicos da doutrina judaico-cristã.⁵⁹

No mesmo período, foi publicado outro estudo brasileiro, em que foram avaliados 2287 estudantes de escolas públicas e particulares de Campinas (SP). O estudo verificou que o uso pesado de pelo menos uma droga foi maior entre os estudantes que tiveram educação na infância sem religião. O uso no mês de cocaína e de “medicamentos para dar barato” foi maior nos estudantes que não tinham religião. O uso no mês de ecstasy e de “medicamentos para dar barato” foi maior nos estudantes que não tiveram educação religiosa na infância.⁶⁰

Explorando as diferenças epidemiológicas de acordo com a religião professada, em 1985, Lorch e Hughes verificaram que entre os estudantes primários e secundários no Canadá e nos Estados Unidos, aqueles que pertenciam e participavam de uma Igreja Protestante Fundamentalista (pentecostal) tinham menor envolvimento com álcool e outras drogas. Cinco anos depois, observou-se que os protestantes liberais e católicos tinham mais problemas relacionados com o consumo de álcool do que os protestantes conservadores (batistas e metodistas).⁶¹

De acordo com a pesquisa de Francis, que avaliou 11.173 estudantes britânicos entre os 13 e os 15 anos de idade, os protestantes, tanto tradicionais como pentecostais, mostraram-se mais propensos a rejeitar uma oferta de consumo de qualquer droga do que os católicos ou sujeitos sem religião.⁶²

No Brasil, discutindo o mesmo tema, Dalgalarondo e outros pesquisaram o uso de álcool e de drogas entre os quatro principais grupos populacionais brasileiros relativos à denominação religiosa. Verificou-se que, em um extremo, estariam os evangélicos (históricos, pentecostais e neopentecostais) e, no outro, os sem religião, associados ao maior uso de álcool e drogas.⁶³

⁵⁹ ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n.3, Maringá, set./dez. 2004.

⁶⁰ DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, 2004, p. 82-90.

⁶¹ LORCH, B. R.; HUGHES, R. H. Religion and youth substance use. **Journal of Religion and Health**, v. 24, n. 3, 1985, p. 197-208.

⁶² FRANCIS, L. J. The impact of personality and religion on attitude towards substance use among 13- 15 year olds. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 44, 1997, p. 95-103.

⁶³ DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meire Aparecida; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; SILVA, Cleide Aparecida M. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, 2005, p. 182-190.

Após estudarem 322 estudantes de medicina em Marília (SP), Borini e colaboradores verificaram que a prevalência do uso de álcool (incluindo bebedores discretos, moderados e excessivos) era significativamente menor entre os protestantes (50%) em relação aos católicos (75,2%), espíritas (75%) e ateus (94,5%). Os pesquisadores também não detectaram bebedores excessivos entre os protestantes e os espíritas.⁶⁴

Pesquisadores da universidade de São Paulo publicaram seus achados epidemiológicos, afirmando que, num estudo entre 926 estudantes universitários desta cidade, alunos com renda familiar alta e sem religião eram os de maior risco para o consumo de drogas. Além disso, este mesmo estudo detectou a ausência de bebedores excessivos entre espíritas e protestantes praticantes.⁶⁵

Mesmo não sendo freqüente entre os pesquisadores, alguns autores trazem a teoria de que há um possível papel da religiosidade na recuperação do dependente químico e no controle da recaída: desenvolve o aumento do otimismo, melhor percepção do suporte social, maior resiliência ao estresse e diminuição dos níveis de ansiedade. Esses seriam aspectos responsáveis pelo sucesso de programas que abordam a espiritualidade/religiosidade no tratamento contra as drogas.⁶⁶

De acordo com Galanter, o papel da espiritualidade na recuperação de usuários de drogas relaciona-se com a promoção da abstinência. Destaca ainda a importância e o valor de a espiritualidade ser abordada na prática clínica. Porém, aproximar a espiritualidade como tratamento coadjuvante ao tratamento convencional ainda representa uma tarefa muito difícil para a psiquiatria.⁶⁷

No mesmo ano, Sanchez investigou os diversos tratamentos para dependência química realizados por grupos religiosos, que não seguem os padrões médicos convencionais, e destacou que:

Ainda que existam outros fatores que contribuam para a mudança de conduta dos dependentes químicos, é a espiritualidade desenvolvida ao

⁶⁴ BORINI, P. et al. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 2, 1994, p. 93-103.

⁶⁵ SILVA, L. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 2006, p. 280-288.

⁶⁶ PARDINI; PLANTE; SHERMAN; STUMP, 2000, p. 347-354.

⁶⁷ GALANTER, M. Spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. **Psychiatric Services**, v. 57, n. 3, 2006, p. 307-309.

longo de alguns meses, através do contato com a informação religiosa, que os faz permanecer no caminho da abstinência. Sozinhos estes procedimentos não seriam suficientes a longo prazo, e, os resultados mostram que é inegável o papel positivo da fé desenvolvida através da religião professada, na recuperação do usuário da droga.⁶⁸

Sanchez observou ainda que

a religião não promove apenas a abstinência do consumo de drogas, mas, em especial, oferece recursos sociais de reestruturação: nova rede de amizades, ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, atendimento “psicológico” individualizado, suporte financeiro num primeiro momento, valorização das potencialidades individuais, coesão do grupo, apoio incondicional dos líderes religiosos, sem julgamentos.⁶⁹

A oração é o principal método de tratamento da síndrome de abstinência e de qualquer sintoma de recaída associada à fissura. A oração é utilizada sempre que surge a vontade de usar e sempre que sentirem necessidade de “conversar com Deus”.⁷⁰

Por fim, o mais recente livro que aborda o assunto, *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*, ressalta:

As diversas formas de religião fornecem um sentido para a vida, constroem uma perspectiva na qual o sofrimento, as doenças, a morte, as perdas inevitáveis que todo ser humano enfrenta, passam a ser algo dotado de sentido. Isso propicia uma apreensão da vida mais tolerável, e favorece a saúde mental. Um sentido para a vida também pode fornecer um senso de objetivo a todas as ações apreendidas, uma direção no destino, algo que incrementaria a esperança e a motivação.⁷¹

⁶⁸ SANCHEZ, 2006, p. 282-283.

⁶⁹ SANCHEZ, 2006, p. 345-346.

⁷⁰ SANCHEZ, 2006, p. 347.

⁷¹ DALGALARRONDO, 2008.

2 PESQUISA SOCIAL

Este capítulo será dividido em duas partes. Na primeira, será apresentada metodologia utilizada neste trabalho e, na segunda, os resultados obtidos.

2.1 Metodologia

Para alcançar os objetivos traçados, o presente trabalho adotou simultaneamente as metodologias qualitativa e quantitativa. A pesquisa quantitativa é aquela associada à necessidade de obtenção de precisão numérica, descrevendo variáveis quanto suas tendências centrais ou de dispersão e a possibilidade de generalizações.⁷² A metodologia qualitativa se caracteriza por ser uma abordagem que procura descrever e analisar a cultura e o comportamento de pessoas e seus grupos, a partir do ponto de vista das pessoas que estão sendo estudadas.⁷³ Esta abordagem metodológica proporcionou compreender sentimentos e opiniões a respeito da visão e entendimento que os dependentes têm da influência da espiritualidade e religiosidade no afastamento das drogas.

Participaram desta pesquisa dez indivíduos, de ambos os sexos, acima de dezoito anos, com diagnóstico de dependência química, conforme os critérios dos diagnósticos DSM IV, que necessariamente passaram por internação psiquiátrica, para ser entendido a importância que o Dependente Químico atribui ao tratamento psiquiátrico. Os participantes estavam em abstinência por, no mínimo seis meses, o que indica que já passaram pelo período de desintoxicação – o mais crítico do tratamento. Todos os sujeitos contatos aceitaram participar do estudo e ficou acertado que cada participante receberá da autora uma cópia do trabalho, quando este for encerrado.

⁷² MOREIRA D. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 152.

⁷³ BRYMAN, A.; BURGESS, R. G. *Analyzing qualitative data*. London: Routledge, 1992.

Como instrumentos foram utilizados: um breve protocolo para informações sócio-demográficas,⁷⁴ elaborado pela autora da pesquisa, investigava sexo, idade, estado civil, escolaridade, status ocupacional, denominação religiosa, histórico de dependência na família e histórico de uso de drogas. Outro instrumento utilizado é a escala para avaliação de *coping* religioso-espiritual (CRE).⁷⁵ Esta escala foi validada em 2002 por Panzini e é o primeiro instrumento de avaliação de CRE validado e utilizado no Brasil. este instrumento é baseado na escala norte-americana RCOPE.

A escala de CRE fornece os conceitos de *coping* religioso-espiritual e de estresse. Inicialmente pede a descrição breve da sua maior situação de estresse que a pessoa vivenciou nos últimos três anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante. As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1 - nem um pouco, 2 - um pouco, 3 - mais ou menos, 4 - bastante, 5 - muitíssimo).

Foi aplicado também, um questionário,⁷⁶ originalmente criado pela autora para este trabalho, que se caracteriza por ser um questionário individual, semi-estruturado, totalizando seis perguntas que respondem o quanto o dependente químico atribui a fé como importante em sua vida e em sua recuperação. Este instrumento proporcionou a compreensão de fenômenos sociais envolvendo o comportamento e as opiniões da amostra frente ao papel da religião. As respostas deste questionário serão transcritas nos resultados.

Os três instrumentos utilizados neste trabalho foram respondidos presencialmente. Os resultados do protocolo de informações sócio-demográficas foram analisados quantitativamente e dispostos em uma tabela para melhor compreensão do leitor. Os resultados da escala de *coping* religioso-espiritual são analisados no programa SPSS.⁷⁷ Porém, neste trabalho optou-se para ser utilizada como uma escala comparativa ao questionário criado pela autora. Para os dois instrumentos (escala CRE e o questionário elaborado pela autora) foi realizada uma análise comparativa e descritiva dos dados, privilegiando o método qualitativo. Aos

⁷⁴ Anexo A.

⁷⁵ Anexo B.

⁷⁶ Anexo C.

⁷⁷ SPSS. Statistical Package for the Social Sciences, versão 10.0 para Windows.

participantes da pesquisa foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde são explicados os objetivos e a importância da pesquisa.⁷⁸

2.2 Resultados

Neste tópico, serão apresentados os resultados dos três instrumentos utilizados para realização deste estudo. O primeiro instrumento analisado pela autora foi o protocolo de informações sócio-demográficas que privilegiou uma breve análise estatística, e para melhor compreensão deste, os dados foram organizados nas tabelas 1 e 2, dispostas a seguir:

2.2.1 Protocolo de informações sócio-demográficas

Tabela 1: Dados sócio-demográficos da Amostra Total (N= 10)

Variável		Válida
Sexo	Homens	80,0
	Mulheres	20,0
Escolaridade	Fundamental	10,0
	Médio	60,0
	Superior	20,0
	Pós-Graduação	10,0
Estado Civil	Solteiro	40,0
	Casado	40,0
	Divorciado	20,0
Dependência na família	Pai	30,0
	Mãe	10,0
	Filhos	0,0
	Irmãos	10,0
	Avós	10,0
	Outros	40,0
Trabalha atualmente	Sim	90,0
	Não	10,0
Praticam a religião	Sim	70,0
	Não	30,0

Fonte: Protocolo de Informações sócio-Demográfico elaborado pela autora.

Tabela 2: Continuação dados sócio-demográficos da Amostra Total (N= 10)

Variável		% Válida
Religião Declarada	Católica	30,0
	Budismo	10,0
	Espírita	20,0
	Evangélica	30,0
	Duas/mais simultâneas	10,0
Idade	18 a 20	10,0
	21 a 30	30,0
	31 a 45	40,0
	46 a 60	20,0

⁷⁸ Anexo D.

Idade de início do uso	11 a 14 anos	40,0
	15 a 18 anos	40,0
	19 a 22 anos	20,0
Tempo de abstinência	De 6 meses a 12 meses	10,0
	De 13 meses a 24 meses	30,0
	De 25 meses a 48 meses	30,0
	De 49 meses a 72 meses	20,0
	Mais de 72 meses	10,0
Substância de preferência	Alcool	20,0
	Crack	10,0
	Cocaína	20,0
	maconha	10,0
	Duas ou mais	40,0

Fonte: Protocolo de Informações sócio-Demográfico elaborado pela autora.

2.2.2 Escala de Coping Religioso/espiritual (CRE)

O segundo instrumento utilizado foi a Escala de *Coping* religioso/espiritual, que inicia pedindo que os participantes descrevam em poucas palavras a situação de maior estresse que vivenciaram nos últimos três anos. As respostas estão descritas a seguir:

Sujeito 1: *“Quando decidi me tratar”*.

Sujeito 2: *“A morte da minha irmã”*.

Sujeito 3: *“Quando meu marido me obrigou a me internar numa clínica para tratar o alcoolismo, ou eu me tratava e largava o vício de vez ou teria que sair de casa”*.

Sujeito 4: *“No dia que fui preso”*.

Sujeito 5: *“Minha última internação psiquiátrica”*.

Sujeito 6: *“Quando tive ser internado para tratar a dependência, sem dúvida, foi humilhante, deprimente”*.

Sujeito 7: *“Quando acordei de uma overdose e meus pais me encontraram, era uma gritaria, foi terrível”*.

Sujeito 8: *“Foram muitas situações ruins e de estresse que tive nos últimos anos, a droga faz nossa vida virar um inferno, mas acho que foi quando não tinha dinheiro pra pagar uma dívida para os caras da boca, fui ameaçado, entrei em pânico”*.

Sujeito 9: *“O mesmo que já disse no outro questionário, quando cheguei bêbado no serviço e fui pra rua”*.

Sujeito 10: *“Quando vi que toda minha família tinha ido embora por minha causa, ficou eu a casa e a droga”*.

A escala CRE abrange 87 questões fechadas, que são compostas por CREP (*coping* religioso espiritual positivo) e CREN (*coping* religioso espiritual negativo), que nada mais é do que comportamentos religiosos (negativos e positivos) utilizados para enfrentar o estresse. São 66 perguntas que abordam o *coping* religioso espiritual positivo e 21 itens investigam o *coping* religioso espiritual negativo.

Doze itens positivos da escala tem relação com a oração:

1. Orei pelo bem-estar de outros
2. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas
11. Supliquei a Deus para fazer tudo certo
13. Procurei em Deus força, apoio e orientação
17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida
26. Roguei a deus para que as coisas ficassem bem
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
45. Rezei por um milagre
56. Pedi perdão pelos meus erros
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identifica espiritualmente

As 12 questões acima relacionadas apresentaram alto índice de enfrentamento religioso: 8 participantes marcaram bastante e muitíssimo e apenas dois responderam nem um pouco e mais ou menos.

Os itens 25 e 22 que abordam o *Coping* religioso de colaboração “senti que Deus estava atuando junto comigo” e “fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus”. Assim como os itens anteriores, 7 sujeitos responderam como bastante e muitíssimo. Nestas questões, somente um participante respondeu nem um pouco.

Os itens que destacam o perdão religioso: “Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas” e “busquei ajuda espiritual para superar minhas mágoas e ressentimentos”, também demonstraram um alto índice de enfrentamento religioso: 7 entrevistados responderam bastante e muitíssimo.

Ainda tratando de *coping* religioso positivo, as questões que abordam a conexão espiritual “busquei proteção e orientação de entidades espirituais” e “procurei realizar tratamentos espirituais” tiveram 8 sujeitos que pontuaram bastante e muitíssimo.

Entretanto o item “avalié meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos”, que destaca o foco religioso, apenas 5 sujeitos pontuaram bastante e muitíssimo.

O mesmo aconteceu em relação às questões que tratam do apoio de membros da instituição religiosa “me juntei a outros que tivessem a mesma fé” e “procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa” as respostas bastante e muitíssimo foram marcadas por 4 participantes.

Os 21 itens da escala (4, 6, 7, 9, 23, 32, 35, 36, 41, 42, 50, 51, 53, 59, 64, 69, 73, 76, 78, 83 e 84) que abordam o *coping* religioso negativo, tiveram baixo índice de respostas de enfrentamento.

As duas questões que se referem à reavaliação de Deus como punitivo “fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé” e “culpei Deus pela minha situação”, foram os itens negativos com maior pontuação de enfrentamento, 3 entrevistados responderam bastante e muitíssimo.

A questão “Convenci-me que forças do mal atuaram para isso acontecer”, refere-se à reavaliação demoníaca ou malévola e também foram pontuadas como bastante e muitíssimo por 3 participantes.

Na reavaliação dos poderes de Deus “questionei se Deus tem limites”, nenhum dos participantes utilizou esse comportamento como forma de enfrentamento.

O item “Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora” expressa o *Coping* religioso por delegação. Apenas um entrevistado marcou bastante em sua resposta.

Em relação ao descontentamento espiritual “Questionei se Deus realmente se importava”, apenas 2 sujeitos marcaram bastante, todos os demais responderam nem um pouco.

Questionando o descontentamento religioso “senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando”, neste item 3 sujeitos marcam muitíssimo, 2 marcaram bastante e somente 2 responderam nem um pouco.

A última questão avaliada aborda a intervenção divina “não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas para mim”. Não teve nenhuma pontuação como estratégia de enfrentamento utilizada pelos entrevistados.

2.2.3 Questionário

Por último, serão expostas as respostas dadas ao questionário elaborado pela autora. Para facilitar o entendimento, as questões seguirão a ordem proposta no questionário, enumeradas de 1 a 6. Em algumas questões, os entrevistados

serão identificados como sujeitos e enumerados de 1 a 10 para facilitar o entendimento das respostas.

As respostas à primeira pergunta, “O quanto você considera a fé importante na sua vida”, serão transcrita a seguir:

Sujeito 1: *“Bastante importante”*.

Sujeito 2: *“A falta de fé quase me tirou a vida, e a fé me devolveu a vida. Fé é o mais importante”*.

Sujeito 3: *“Muito importante”*.

Sujeito 4: *“Não sei o quanto é importante na minha vida”*.

Sujeito 5: *“Pra mim é bem importante”*.

Sujeito 6: *“Fé é o mais importante da minha vida”*.

Sujeito 7: *“Nada é mais importante do que a fé, ela que nos dá a vida”*.

Sujeito 8: *“Importante”*.

Sujeito 9: *“Muito importante”*.

Sujeito 10: *“Importante”*.

Quando questionados sobre “Em que momento da sua vida, você sentiu necessidade de procurar uma religião ou desenvolver sua espiritualidade”, segunda questão, a maior parte das respostas se referia ao pior momento que tiveram quando ainda usavam drogas. Três entrevistados relataram situações de conflito familiar:

Sujeito 3: *“O dia que minha filha de oito aninhos me viu caindo de bêbada e disse que eu não tinha mais jeito, na real não senti necessidade de procurar uma religião, mas percebi que precisava de algo maior”*.

Sujeito 10: *“Quando cheguei em casa cheirado [sob efeito de cocaína] e tive a infelicidade de agredir fisicamente minha esposa... no dia seguinte ela saiu de casa levando meus filhos e nunca mais voltou”*.

Sujeito 8: *“Foi no dia que troquei o carrinho de bebê do meu guri... fui até a boca [local da compra de drogas] e troquei por pedra, como meu guri ainda não tinha cama ficou sem ter onde dormir, ali eu vi que tava perdido e precisava de orientação”*.

Um dos entrevistados atribuiu à demissão do trabalho:

Sujeito 9: *“Cheguei bêbado no meu trabalho, briguei feio com meu chefe, que já tinha me avisado do meu comportamento, fui demitido da empresa que trabalhava há mais de onze anos, nunca imaginei que isso pudesse acontecer, aí eu vi que só Deus poderia me ajudar”*.

Um indivíduo relatou como sendo uma overdose o momento em que viu a necessidade de buscar a religião:

Sujeito 7: *“Foi quando tive um teto, apaguei, achei que tivesse morto, acordei dos dias depois no hospital, tive a chamada overdose, precisei chegar a esse ponto pra conhecer Jesus”.*

Quatro sujeitos reconheceram a necessidade de se aproximar da religião no momento em que precisaram de uma internação psiquiátrica para tratar a doença:

Sujeito 1: *“No momento em que resolvi tratar a dependência química”.*

Sujeito 6: *“Quando me vi numa clínica, numa unidade de internação fechada, cercado por loucos... foi horrível, mas foi o início da minha nova vida”.*

Sujeito 2: *“Durante a internação na unidade de dependência química, numa das palestras, senti Deus querendo entrar na minha vida”.*

Sujeito 5: *“Sem dúvida, quando tive minha 1ª internação, ou eu me entregava a Deus ou eu morria”.*

O sujeito 4 diz que nunca teve um momento em que sentiu necessidade dessa busca, mas que não duvida que um dia terá.

No que diz respeito à terceira pergunta, onde se questionou “como você pratica a fé em sua vida”, dois entrevistados responderam que era acreditando num Deus ou poder superior. Um sujeito respondeu que era fazendo caridade e fazendo o bem aos seus semelhantes. Três sujeitos praticam a fé através da oração diária ou sempre que sentem vontade/necessidade de orar. Os demais entrevistados disseram que praticam a fé indo ao templo religioso.

“Que papel a fé tem na recuperação da sua doença” é a questão número 4. Foram obtidas as seguintes respostas:

Sujeito 1: *“A fé é um dos meus suportes, junto com o apoio familiar e a minha força de vontade”.*

Sujeito 2: *“Nossa, como eu já disse, foi o que me devolveu a vida, não estaria limpa se não fosse pela misericórdia do Senhor”.*

Sujeito 3: *“Se não fosse a fé que tenho no poder de Jesus estaria até hoje naquela desgraça que é a vida no mundo das drogas”.*

Sujeito 4: *“Claro que Deus sempre ajuda, mas não foi acreditando só nisso que to bem hoje, junto com outras coisas teve um papel”.*

Sujeito 5: *“O crescimento e conhecimento espiritual é essencial para paz de espírito, coisa que um dependente não tem quando está na ativa, é difícil mas fundamental entender e conhecer a Deus”.*

Sujeito 6: *“O papel principal”.*

Sujeito 7: *“Me colocou em ordem de novo, na igreja a gente não tem como estar naquele mundo mundano, a fé transforma”.*

Sujeito 8: *“ A fé move o universo para bem, assim nos afasta do mal [drogas]”.*

Sujeito 9: *“A fé me traz a paz e o bem estar que eu sempre busquei no álcool e nunca encontrei”.*

Sujeito 10: *“A fé cumpre o papel que não encontramos em outras coisas, meio inexplicável, mas muito importante sim”.*

À quinta questão, “Você recorre/recorreu a algum ritual religioso para lidar com a fissura (vontade intensa de consumir drogas) ou situações de risco”, apenas dois entrevistados disseram não ter nenhum ritual religioso para lidar com essas situações. Um deles (sujeito 1) não tem ritual religioso e o outro (sujeito 4) usa de tarefas atribuídas ao tratamento psicológico e psiquiátrico, bem como nessas horas liga para pessoas de confiança como modo de pedir ajuda.

Os outros oito sujeitos utilizam de rituais religiosos para lidar nas dificuldades:

Sujeito 2: *“Rezo, rezo muito, até passar aquela vontade louca, daí passa”.*

Sujeito 5: *“Ligo para o meu orientador espiritual, ele sempre me atende e me tranqüiliza com palavras de fé”.*

Sujeito 8: *“Tenho evitado a fissura com meditações diárias, procuro meditar e me isolar”.*

Sujeito 7: *“Quando entro na igreja toda a loucura se vai...”*

Sujeito 3: *“A oração me livra de qualquer tentação”.*

Sujeito 9: *“Rezando e lendo a Bíblia, leio as passagens que o pastor me indica nas horas de aperto”.*

Sujeito 6: *“Orando, conversando com Deus”.*

Sujeito 10: *“Peço para meus familiares rezarem junto comigo, me dá força”.*

A sexta e última pergunta deste questionário, “Dentre os recursos que você recorreu para manter-se em abstinência, enumere em ordem de importância”, 70,0% dos entrevistados atribuíram ao apoio religioso e espiritual o caráter de fator mais importante para a manutenção da abstinência. Em segundo lugar, 20,0% dos entrevistados atribuíram ao apoio familiar o caráter de fator mais importante para manterem-se abstinentes. Apenas 10,0% dos entrevistados respondeu que o apoio psiquiátrico e psicológico foi o fator mais importante na recuperação.

Dos 70,0% dos entrevistados que atribuíram à espiritualidade e à religiosidade o caráter de fator mais importante na recuperação, 40,0% deles responderam que o apoio familiar é o segundo fator mais importante, 20,0% relata

outros fatores como força de vontade e prática de esportes e 10,0% atribuiu ao apoio psiquiátrico/psicológico.

Já os 20,0% dos entrevistados que responderam que o apoio familiar é o mais importante fator na recuperação, 10,0% atribuiu ao apoio religioso/espiritual como o segundo mais importante e 10,0% delegou ao apoio psiquiátrico/psicológico o papel de segundo fator mais importante.

Todos entrevistados atribuíram ao tratamento medicamento o lugar de último fator mais importante do tratamento.

3 DISCUSSÃO

A partir de agora, este estudo se propõe a comparar os resultados encontrados nos três instrumentos utilizados, além de discuti-los com o referencial teórico citado nesta pesquisa. É importante ressaltar que as suposições restringem-se apenas à amostra estudada.

3.1 Informações sócio-demográficas

A prática da religião é citada por 70% dos entrevistados. Desses, 60% praticam a fé dentro e fora da igreja, e 20% não freqüentam nenhum templo religioso, porém praticam a fé fora da igreja. Apenas 10% dos sujeitos não praticam nenhum tipo de religião.

Discutindo em relação ao sexo, 80% dos entrevistados são homens, justificado pelo maior consumo de álcool/drogas neste sexo. Já as mulheres demonstraram dar mais importância à religiosidade e à espiritualidade, freqüentando mais templos da religião professada, quando comparadas aos homens. São elas também que mais utilizam de comportamentos negativos para lidar com as dificuldades.

Averiguando as possibilidades de história de dependência na família, todos os entrevistados apresentam algum familiar com história de dependência química. Chamou a atenção que, em 30% dos sujeitos, o pai também é dependente de álcool e/ou outras drogas.

Quando analisada a escolaridade dessa população, o Ensino Superior só foi atingido por alcoolistas e usuários de cocaína, o único entrevistado que não concluiu o Ensino Fundamental era dependente de crack.

Os evangélicos apontaram preferência pelo álcool, tratando-se da relação religião e droga de preferência. Os dependentes químicos cruzados (usuários de mais de um tipo de droga) são católicos, em sua maioria. Não se notou diferenças entre sexo e drogas de preferência, bem como, não se observou diferenças relacionando tipo de droga de preferência com os motivos de conflito que fizeram os entrevistados buscar a religião.

Os evangélicos conservadores e liberais são os sujeitos que há mais tempo estão sem usar drogas, de acordo com os dados obtidos. Observando o tempo de abstinência, são os evangélicos que se mantém mais tempo sem fazer uso de qualquer tipo de droga, lícita ou ilícita.

3.2 Relação entre denominação religiosa e enfrentamentos

São os evangélicos que mais utilizam comportamentos religiosos positivos para enfrentar o estresse (avaliando a escala CRE). Esses dados vão de encontro com as pesquisas de Lorch e Hughes,⁷⁹ Francis⁸⁰ e Dalgalarondo,⁸¹ as quais sugerem que indivíduos de denominação protestante têm menor envolvimento com álcool e drogas, assim como têm maior propensão a rejeitar o uso dessas substâncias.

Em contrapartida, também são os evangélicos que mais utilizam de comportamentos negativos para lidar com estresse. Em especial os comportamentos que contemplam a reavaliação de Deus como punitivo, rejeição social dentro da igreja e a reavaliação demoníaca e malévola.

A baixa pontuação nos itens que abordam o *coping* religioso por delegação, isto é, quando o sujeito passivamente espera que Deus resolva seus problemas, pode estar relacionado ao fato de que a particularidade da dependência química exige uma luta e um esforço diário e permanente, onde o fato de estar abstinente depende, em primeiro instante, do próprio dependente de drogas.

Coerente com essas respostas, o item que aborda o *coping* religioso de colaboração que diz respeito quando homem e Deus são ativos, havendo co-responsabilidade e parceria na resolução dos problemas, apresentou um alto índice

⁷⁹ LORCH; HUGHES, 1985.

⁸⁰ FRANCIS, 1997.

⁸¹ DALGALARRONDO; SOLDERA; CORRÊA FILHO; SILVA, 2005.

de pontuação. Esse aspecto pode estar relacionado com a necessidade que o dependente químico em recuperação tem em assumir responsabilidades e responder por suas decisões.

3.3 A fé como fator protetor à recaída

Os indivíduos de menos idade são os que menos atribuem à espiritualidade e à religiosidade o caráter de fator protetor para manter-se longe das drogas. Eles são os que mais cedo fizeram o primeiro uso de substâncias de dependência e que também usavam um número maior no que se refere à diversidade de substâncias. Esses resultados coincidem com os achados de Lorch e Hughes,⁸² onde a importância dada à religião foi fator protetor fundamental ao consumo de drogas, ou seja, quanto maior a importância dada à religião, menor envolvimento com drogas.

Confirmando as conclusões de Sanchez que diz: “Ainda que existam outros fatores que contribuam para a mudança de conduta dos dependentes químicos, é a espiritualidade desenvolvida ao longo de alguns meses, através do contato com a informação religiosa, que os faz permanecer no caminho da abstinência”,⁸³ foram os sujeitos que há mais de dois anos estão abstêmios que demonstraram uma estreita relação com a religião professada e a ela atribuem o principal fator da manutenção da abstinência.

3.4 A instituição religiosa como suporte social

As questões que tratam do apoio de membros da instituição religiosa “*me juntei a outros que tivessem a mesma fé*” e “*procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa*”, tiveram significativa relevância, confirmando os achados de Sanchez - que observou que a religião não promove apenas a abstinência do consumo de drogas, mas, em especial, oferece recursos sociais de reestruturação: nova rede de amizades, ocupação do tempo livre em trabalhos voluntários, atendimento “psicológico” individualizado, suporte financeiro num primeiro momento, valorização das potencialidades individuais, coesão do grupo, apoio incondicional dos líderes religiosos, sem julgamentos⁸⁴ - e de Stylianou - que

⁸² LORCH; HUGHES, 1985.

⁸³ SANCHEZ, 2006, p. 282.

⁸⁴ SANCHEZ, 2006.

relata que os resultados comprovam que a religiosidade controla indiretamente as atitudes frente ao consumo de drogas através da percepção da imoralidade do ato.⁸⁵ Em especial, os aspectos de suporte social oferecido pela igreja ficam mais evidentes no caso dos evangélicos, que realizam um forte acolhimento, demonstram mais zelo, preocupação e cuidado com os membros da igreja.

A importância da igreja como suporte social também é destacada por alguns entrevistados conforme a resposta abaixo: *“me colocou em ordem de novo, na igreja a gente não tem como estar naquele mundo mundano, a fé transforma”*.

Na igreja/templo religioso, o fiel passa a seguir as regras adotadas, e passa a respeitar as normas e valores determinados pela religião. Naturalmente essas normas levam a um distanciamento das drogas, devido à conscientização gradual da degradação moral associada ao uso de drogas e também pelo medo da rejeição por parte dos membros da igreja. A gratidão que o dependente químico tem pela instituição religiosa, apoiado na fé, afasta-o de atitudes e comportamentos que não estejam de acordo com a moral difundida pela religião.

3.5 O papel da oração

As respostas obtidas na quinta pergunta do terceiro instrumento utilizado nesta pesquisa, *“Você recorre/recorreu a algum ritual religioso para lidar com a fissura?”* e as 12 questões que abordam o tema oração, no segundo instrumento demonstram que a oração parece ser o ritual mais adotado para evitar a fissura e lidar com as dificuldades, uma vez que 80,0% dos entrevistados fazem orações nessas ocasiões. Este aspecto corrobora os resultados encontrados no estudo de Miller, que demonstra que a devoção pessoal, expressa essencialmente pelas orações dirigidas a Deus, mostrou-se inversamente associada ao abuso e à dependência das drogas psicotrópicas⁸⁶ e na pesquisa de Sanchez, onde afirma que a oração é o principal método de tratamento da síndrome de abstinência e de qualquer sintoma de recaída associada à fissura, é utilizada sempre que surge a vontade de usar e sempre que sentem necessidade de “conversar com Deus”.⁸⁷

⁸⁵ STYLIANOU, 2004.

⁸⁶ MILLER, 2000.

⁸⁷ SANCHEZ, 2006, p. 347.

A oração atua também como um ansiolítico, pois além de promover a fé, é nesse momento que o indivíduo divide suas angústias, sua luta diária contra a vontade de consumir drogas, confiante na resposta que terá do Divino.

3.6 O despertar da fé

Ficou claro que a busca pela fé nessa população está diretamente ligada à história de dependência química, pois quando questionados sobre *“em que momento da sua vida, você sentiu necessidade de procurar uma religião ou desenvolver sua espiritualidade”* (referente ao questionário, terceiro instrumento aplicado) a maioria dos entrevistados relatou que foi no pior momento que teve quando ainda usavam drogas. Observou-se também que esses momentos foram de brigas e separação familiar, perda de emprego. Outro fator importante de estresse durante a dependência química é o tratamento e internação psiquiátrica, 40% dos sujeitos sentiram necessidade de buscar apoio religioso/espiritual nesse momento da vida. Esses achados podem explicar as declarações de André Stroppa e Alexander Moreira-Almeida:

Crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo...⁸⁸

É notório, porém, que esse despertar para fé, não acontece apenas por uma situação única e isolada, mas as situações citadas pelos entrevistados são relatadas por muitos como a “gota d’água”, isto é, parte dos recorrentes conflitos causados pelo o consumo de drogas, que na maioria das vezes é decorrente de uma desestruturação existencial e comportamental.

Quando inquiridos sobre qual a importância que a fé teve na recuperação de sua doença (quarta pergunta do questionário) pode-se dizer que muitos sujeitos encaram a fé como a salvação de sua doença e como suporte indispensável para alcançar a abstinência e conseguir manter-se assim. Mesmo os que não atribuem a fé o caráter de fator principal na recuperação da doença consideram a fé importante em suas vidas.

⁸⁸ STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p. 232.

3.7 O tratamento

A respeito do principal fator a que os entrevistados atribuem sua recuperação e a manutenção da abstinência, 100% dos evangélicos atribuem à religiosidade/espiritualidade de acordo com última pergunta do questionário.

Um possível papel da religiosidade está na recuperação do dependente químico e no controle da recaída, desenvolvendo o aumento do otimismo, melhorando a percepção do suporte social e proporcionando maior resiliência ao estresse e à diminuição dos níveis de ansiedade. Esses seriam aspectos responsáveis pelo sucesso de programas que abordam a espiritualidade/religiosidade no tratamento contra as drogas.⁸⁹ Isso pode explicar, em parte, o fato de o tratamento psicológico/psiquiátrico e o tratamento farmacológico não terem sido citados pelos entrevistados como fator principal, pode estar relacionado com a formalidade dos atendimentos médicos convencionais que, na maioria das vezes, prioriza fatos e queixas isoladas e não presta um atendimento que vê o paciente como um todo, único e integral, com necessidades e particularidades independentes da patologia apresentada.

Além disso, demonstra a necessidade que o indivíduo sente em ser tratado como pessoa completa, avaliando e tratando cada um num contexto bio-psico-sócio-espiritual.

Talvez se o tratamento psiquiátrico pelo qual foram submetidos tivesse em algum momento um aporte espiritual, a delegação dessa questão poderia tomar um rumo diferente. Isto confirma a idéia de Galanter, segundo a qual afirma que o papel da espiritualidade na recuperação de usuários de drogas relaciona-se com a promoção da abstinência, pois ele atribui importância e valor na abordagem da espiritualidade na prática clínica.⁹⁰ Porém, aproximar a espiritualidade como tratamento coadjuvante ao tratamento convencional ainda representa uma tarefa muito difícil para a psiquiatria.

⁸⁹ PARDINI; PLANTE; SHERMAN; STUMP, 2000

⁹⁰ GALANTER, 2006.

CONCLUSÃO

Como já foi dito por Dalgalarondo,⁹¹ seria limitado e contraditório tirar conclusões exatas se tratando de um assunto tão complexo, instigante e essencial na sobrevivência humana, que causa tantas dúvidas, curiosidade e divergências. Para tanto, a intenção neste momento é fazer algumas breves considerações a partir dos achados deste estudo, a fim de despertar a continuidade de novas investigações acerca do assunto.

As respostas dos entrevistados demonstraram que espíritas e católicos recorrem menos à religião como auxílio para a manutenção e promoção da abstinência, quando comparados aos evangélicos. A oração é o ritual mais utilizado pelos entrevistados para lidar com a fissura e os sintomas de abstinência.

Este estudo permitiu concluir que 80% dos entrevistados buscam a religião e desenvolvem a espiritualidade num momento mais crítico e de maior envolvimento com álcool/outras drogas. Esses momentos, em geral, têm relação com problemas familiares e a necessidade de tratamento e internação psiquiátrica. Esses aspectos indicam que a perda em diversos aspectos (perda do convívio familiar, perda de emprego e perda/privação da liberdade) levam o dependente químico a buscar a religiosidade.

Além disso, 70% da amostra atribuíram à espiritualidade/religiosidade o caráter de principal fator na recuperação da dependência química e apenas 10% dos sujeitos delegam esse aspecto ao tratamento psicológico/psiquiátrico.

Apesar de, historicamente, a questão da espiritualidade/religiosidade, por muito tempo, ter sido negligenciada pela saúde mental, o aumento na demanda de pesquisas nos últimos anos demonstra o interesse desses profissionais acerca do

⁹¹ DALGALARRONDO, 2008.

tema. É necessário ressaltar que o objetivo desses estudos é que a multiplicação desses conhecimentos possibilite novos avanços nas áreas de ensino, pesquisa e principalmente na mudança de conduta na prática clínica.

Trabalhar junto ao paciente, assuntos religiosos e espirituais, sem tomar partido religioso, mas respeitando a necessidade religiosa de cada um, levantando a história de fé centrado no paciente, pode trazer grandes benefícios e evoluções no tratamento, bem como irá beneficiar o vínculo médico/paciente. Apoiar e incentivar crenças religiosas que beneficiem a saúde em geral, assim como fazer encaminhados religiosos sempre que necessário, são tarefas importantes que devem ser praticadas pelos profissionais da área da saúde. Essa abordagem bio-psico-sócio-espiritual pode fazer com que o paciente aceite e melhore sua capacidade de lidar com as dificuldades da doença, além do que, estabelece maior confiança no tratamento por parte do paciente.

No entanto, ao menos no Brasil, sabe-se que esses profissionais não estão prontos para realizar esse tipo de abordagem. É necessário, então, que treinamentos e ensino do assunto sejam implantados nos currículos das universidades brasileiras, como já tem sido feito em outros países. Assim como a abordagem desse tema pode trazer benefícios incalculáveis, também pode ter resultados negativos se o assunto não for discutido e tratado com seriedade por parte das instituições de ensino.

De modo geral, pelos resultados de pesquisas já realizadas nessa área, e pelos achados encontrados nesta pesquisa, fica evidente a necessidade dos tratamentos médicos convencionais se adaptarem a essa necessidade e incluírem em suas abordagens terapêuticas a espiritualidade/religiosidade do paciente, não só como um item coadjuvante ao tratamento, mas como item indispensável para o bem estar do ser humano em todos seus aspectos e dimensões.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (Org.). **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
- AMEY, C. H.; ALBRECHT, S. L.; MILLER, M. K. Racial differences in adolescent drug use: the impact of religion. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 10, 1996.
- BLUM, R. W. et al. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 3, 2003.
- BOOTH, J.; MARTIN, J. E. Spiritual and religious factors in substance use, dependence, and recovery. In: KOENIG, H. G. (Ed.). **Handbook of Religion and Mental Health**. San Diego: Academic Press, 1998.
- BORINI, P. et al. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 2, 1994.
- BRYMAN, A.; BURGESS, R. G. **Analyzing qualitative data**. London: Routledge, 1992.
- CHAMBERLAIN, T. J.; HALL, C. A. **Realized Religion**: research on the relationship between religion and health. Pennsylvania: Templeton Foundation Press, 2000.
- CHEN, C. et al. Religiosity and the earliest stages of adolescent drug involvement in seven countries of Latin America. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 12, 2004.
- CRONIN, C. Religiosity, religious affiliation and alcohol and drug use among American college students living in Germany. **International Journal of Addiction**, v. 30, n. 2, 1995.
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, 2007.

DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, 2004.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meire Aparecida; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; SILVA, Cleide Aparecida M. Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e drogas e saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, 2005.

DURGANTE, C. E. A. **Pondo fé na ciência**. Porto Alegre: Doravante, 2005.

ENGS, R. C.; HANSON, D. J.; GLIKSMAN, L.; SMYTHE, C. Influence of religion and culture on drinking behaviors: a test of hypotheses between Canada and USA. **British Journal of Addiction**, v. 85, n. 11, 1990.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOWOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2003.

FRANCIS, L. J. The impact of personality and religion on attitude towards substance use among 13- 15 year olds. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 44, 1997.

GALANTER, M. Spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. **Psychiatric Services**, v. 57, n. 3, 2006.

GREYSON, B. Experiências de quase morte: implicações clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

GUIMARÃES, H.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

HAWKS, R.D.; BAHR, S.H. Religion and drug use. **Journal of Drug Education**, v. 22, n. 1m 1992.

HUMMER et al. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**, n. 36, 1999.

IDLER, E.; KASL, S. Religion among disabled and nondisabled persons I: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. **Journal of Gerontology**, v. 52, n. 6, 1997.

KENDLER, K. S.; GARDNER, C. O.; PRESCOTT, C. A. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, v. 154, n. 3, 1997.

KENNEDY, G. et al. The relation of religious preference and practice to depressive symptoms among 1855 older adults. **Journal of Gerontology**, v. 51, n. 6, 1996.

KERR-CORRÊA, F.; SIMÃO, M.; DALBEN, I. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 3, n. 1, 2002.

KOENIG, H. G. et al. Religious practices and alcoholism in a southern adult population. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 54, n. 3, 1994.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 35, 2001.

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

KOENIG, H. Religião, espiritualidade e transtornos psíquicos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, v. 97, n. 12, 2003.

LARANJEIRA, R. et al. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

LEÃO, F.; LOTUFO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

LORCH, B. R.; HUGHES, R. H. Religion and youth substance use. **Journal of Religion and Health**, v. 24, n. 3, 1985.

LORCH, B. R.; HUGHES, R. H. Religion and youth substance use. **Journal of Religion and Health**, v. 24, n. 3, 1985.

LUNA, A. et al. The relationship between the perception of alcohol and drug harmfulness and alcohol consumption by university students. **Medicine Law**, n. 11, 1992.

MACHADO, A. **Um estudo das práticas religiosas do doente mental internado:** incidências, influências e histórias de vida. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1993.

MARQUES, L. F. A Saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, 2003.

MILLER, L.; DAVIES, M.; GREENWALD, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 39, 2000.

MILLER, W. R.; THORENSEN, C. E. Spirituality, religion and health: an emerging research field. **Am. Psychol.**, v. 58, n. 1, 2003.

MOREIRA D. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO, F.; KOENIG, H.; Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, 2006.

NAPPO, S.; SANCHEZ, Z. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

NDOM, R. J. E.; ADELEKAN, M. L. Psychosocial correlates of substance use among undergraduates in Ilorin University, Nigeria. **East African Medical Journal**, v. 73, n. 8, 1996.

NEELEMAN, J. et al. Tolerance of suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. **Psychological Medicine**, v. 27, n. 5, 1997.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. **Porto Alegre: Artmed, 1993.**

PANZINI, R. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

PARDINI, D. A.; PLANTE, T. G.; SHERMAN, A.; STUMP, J. E. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 19, 2000.

PARFREY, P. S. The effect of religious factors on intoxicant use. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, v. 4, n. 3, 1976.

PATOCK-PECKHAM, J. A.; HUTCHINSON, G. T.; CHEONG, J.; NAGOSHI, C. Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample. **Drug and Alcohol Dependence**, n. 49, 1998.

PERES, M. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, 2007.

PIKO, B. F.; FITZPATRICK, K. M. Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. **Addictive Behaviors**, n. 29, 2004.

POULSON, R. et al. Alcohol consumption, strength of religious beliefs and risky sexual behaviour in college students. **J. AM. Coll. Health**, 1998.

QUEIROZ, S. **Fatores relacionados ao uso de drogas e condições de risco entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, USP, 2000.

ROEHE, M. V. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n.3, Maringá, set./dez. 2004.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, 2001.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, 2001.

SANCHEZ, Z. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas**: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese (Doutorado). UNIFESP. São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004.

SIEGEL, K.; ANDERMAN, S.; SCHRISMISHAW, E. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, v. 16, 2001.

SILVA, L. et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, 2006.

- SIMMEL, G. Fundamental religious ideas and modern science: an inquiry. In: HELLE, H.; NIEDER, L. **Essays on Religion**. New Haven: Yale University, 1997.
- SINGH, H.; MUSTAPHA, N. Some factors associated with substance abuse among secondary school students in Trinidad and Tobago. **Journal of Drug Education**, v. 24, n. 1, 1994.
- STROPPIA, A.; ALMEIDA, A. **Saúde e espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Saúde e espiritualidade. Belo Horizonte: Inede, 2008.
- STYLIANOU, S. The role of religiosity in the opposition to drug use. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, v. 48, n. 4, 2004.
- TAVARES, B.; BERIA, J.; LIMA, M. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, 2004.
- VOLCAN, S. et al. Relação entre bem estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, 2003.
- WILGES, I. **Cultura religiosa**: as religiões no mundo. Petrópolis: Vozes, 1995.
- WOODS, T. et al. Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV infected gay men. **Journal of Psychosomatic Research**, n. 46, 1999.

ANEXO A

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo: () M () F Nasc: ____/____/____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado
Outro: _____

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____ Atualmente trabalha() sim
() não

Religião: _____ Praticante () sim () não

História de dependência na família: () sim () não

() pai () mãe () filho () irmão () avós () outros
Qual? _____

Idade de início do uso de
drogas: _____

Substância de preferência:

Data do última vez que fez uso da substância de dependência: __/__/__

6. Histórico do uso de substâncias

Substância	Na vida	Idade	Atualmente
Maconha			
Crack			
Morfina/ Dolantina			
Alcool			
Ecstasy			
Cocaína injetável			
Cocaína aspirada			
Heroína			
Anfetaminas			
Tranquilizantes			
LSD/ outros psicodélicos			
Loló/cola/lança perfume			
Tabaco			
Outros			

ANEXO B

Escala CRE – Escala de Coping Religioso-Espiritual

Panzini e Bandeira (2005) - versão brasileira da RCOPE *Scale* (Pargament, Koenig & Perez, 2000).
Desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia - Curso de Pós-Graduação em Psicologia do desenvolvimento

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a **eligião** e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada
Marque só uma alternativa em cada questão.
Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Rezei por um milagre

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Procurei a misericórdia de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

50. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

51. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

56. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

57. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

67. Procurei auxílio através da meditação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Montei um local de oração em minha casa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Procurei conversar com meu eu superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Voltei-me para a espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

ANEXO C

QUESTIONÁRIO:

1. O quanto você considera a fé importante na sua vida?
2. Em que momento da sua vida, você sentiu necessidade de procurar uma religião ou desenvolver sua espiritualidade?
3. Como você pratica a fé em sua vida?
4. Que papel a fé tem na recuperação da sua doença?
5. Você recorre/recorreu à algum ritual religioso para lidar com a fissura ou situações de risco?
6. Dentre os recursos que você recorreu para manter-se em abstinência, enumere em ordem de importância:
 - () apoio familiar
 - () apoio religioso/ espiritual
 - () apoio psiquiátrico/ psicológico
 - () tratamento medicamentoso
 - () outro: _____

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE/ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “A Espiritualidade e a Religiosidade na Recuperação de Dependentes Químicos”

Pesquisadora: Samanta Juliana dos Santos Vitt

Orientador(a): Gisela Streck

O sr (sra) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender a importância da religiosidade e da espiritualidade na recuperação dos dependentes químicos. Para isto, será necessário a participação de dez voluntários com diagnóstico de dependência química.

Ao participar deste estudo o sr (sra), permitirá que a pesquisadora utilize suas informações para a realização desta pesquisa. Entretanto, os dados obtidos serão mantidos em sigilo, somente a pesquisadora e o orientador (a) terão conhecimento dos dados.

O participante tem a liberdade de desistir a qualquer momento do estudo caso julgue necessário, sem qualquer prejuízo. A qualquer momento poderá pedir maiores esclarecimentos sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do Comitê de Ética em Pesquisa.

O maior desconforto para o participante será o tempo que deverá dispor para entrevista. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. O maior benefício para o participante será a sua contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico de grande importância, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O sr (sra) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Orientador

TELEFONES:

Pesquisadora: (51) 3249 3838

Orientador (a): (51) 3342 2325

Membro da Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa: (51)